

# HYGIA de ENFERMERIA

Nº 64, Año XIII 3º Cuatrimestre de 2006

Colegio de Enfermería de Sevilla



**Obesidad y sobrepeso en la población escolar de primaria del municipio de Paradas (Sevilla)**

**Protocolo de actuación de enfermería en embarazo ectópico**

**Recuperación funcional tras fractura pertrocanterea de cadera**

**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**

# Arteterapia en Enfermería: Un camino para la innovación

**E**l pasado mes de noviembre tuvo lugar el Primer Congreso Nacional de Terapias Creativas, organizado por las tres universidades de Barcelona.

Acudí a la cita con entusiasmo, con el deseo de encontrar a iguales en este a veces solitario camino de descubrimientos, que recorro desde hace cuatro años.

Se cumplió con creces mi objetivo, sumándosele a ello el privilegio de conocer a algunas de las pioneras en esta disciplina, procedentes de otros países. Disciplina que en España, por su corta historia, se puede decir que está aun en sus comienzos.

La arteterapia tiene, en efecto, una más larga trayectoria en otras latitudes. En numerosos países europeos y en Estados Unidos comienza su andadura alrededor de las décadas de los cuarenta y cincuenta. Está reconocida como profesión en el Reino Unido, Holanda e Israel.

Pese a su breve trayectoria en nuestro país, son diversas y eficaces las iniciativas puestas en marcha en el seno del sector de la salud. La Asociación Nacional de Arteterapia dispone de un registro de profesionales que regula con rigor la práctica de la profesión.

Pero antes de hacer un recorrido por sus enormes posibilidades en el ámbito sanitario, y dada la presente situación de la arteterapia en este sector, creo necesario tratar de contestar la "obligada" pregunta: ¿Qué es la arteterapia?

La arteterapia es una disciplina que consiste en aplicar los aspectos terapéuticos del arte a un proceso personal. Se fundamenta en la creatividad de la actividad artística.

Los usuarios de arteterapia no tienen que poseer aptitudes artísticas para beneficiarse de esta modalidad de tratamiento. La producción de imágenes y objetos artísticos se utiliza con el fin de ayudar a restablecer la capacidad natural del individuo para relacionarse de forma satisfactoria consigo mismo y con el mundo que lo rodea; es decir para recuperar la salud en su más amplio sentido.

La arteterapia utiliza diferentes lenguajes artísticos: pintura, escritura, escultura, música, danza, poesía etc... Es cada persona la que a través de su creatividad se convierte en artista, la que se expresa. De sus propias manos surge algo que puede

mirar, transformar materialmente, una obra de la cual puede tomar distancia... El material así escogido dará forma a sus miedos, sus conflictos, sus puntos fuertes y débiles...

Lo que se busca es que el individuo se exprese desde su interior sin miedo a sufrir, potenciando el atreverse a ser uno mismo, en un proceso de conocimiento, aceptación, creación y acompañamiento. El contemplarse autor de todo lo creado, permite al ser tomar responsabilidad sobre su propia obra, sobre sí, y afirmarse en la capacidad para ir transformándola aquí y ahora. Este proceso de la creación tiene su raíz en lo profundamente humano. Al contactar con su esencia, con el ser profundo, se hace posible activar nuestro potencial auto-sanador.

La arteterapia se muestra como una herramienta útil para sanar. En muchos de los casos desde la belleza, el bienestar, la alegría y el placer. Permite al paciente, dentro del máximo respeto, explorar sus sombras y sus luces, sus posibilidades y sus dificultades, con el objetivo de que la persona pueda aceptarse y ser dueña desde la conciencia, de la posibilidad de cambiar lo que le daña.

Desde mi punto de vista, uno de los retos actuales para la sanidad y por tanto para los profesionales de Enfermería como agentes de salud, responsables de los cuidados y protagonistas de la atención al paciente, es el de contemplar los aspectos emocionales en el proceso que rodea el binomio salud-enfermedad en todas sus fases.

Cada vez son más numerosas las evidencias científicas que señalan en esta dirección, y las investigaciones que exploran las diferentes trayectorias de personas que muestran su peculiar modo de enfermar con respecto a otras, así como la influencia de las emociones en los procesos de enfermedad y en los de recuperación de la salud. Tengo la convicción profunda de que la arteterapia es un eficaz instrumento para los profesionales sanitarios, en un abordaje del proceso que no fragmente al ser entre emoción y cognición; mente y cuerpo.

Sin duda la arteterapia tanto en hospitales como en atención primaria ayuda a paliar el desequilibrio emocional que la enfermedad puede conllevar. A través del acto creativo

la persona puede canalizar sus sentimientos, y por tanto puede manejarlos, adueñarse de ellos en vez de sentirse un juguete de lo que está ocurriendo.

Se produce un aumento del propio poder del paciente que se sitúa desde esta perspectiva como protagonista y conductor de su proceso. La enfermedad deja de ser un objeto difuso, una amenaza que lo impregna todo para convertirse en un dibujo, una fotografía, una escultura, que desde el espacio transaccional puede ser manejada, modificada, cambiada de lugar... Las posibilidades son infinitas.

La arteterapia actualmente está siendo utilizada con éxito en distintos pacientes y procesos. Destaca el caso de los niños, cuya necesidad de recibir ayuda en sus aspectos emocionales está ampliamente consensuada. Las experiencias realizadas muestran dos niveles en la percepción de la enfermedad por parte de los niños: uno es lo que muestran y otro lo que sienten en su interior. Es este último al que permiten salir a través de las representaciones simbólicas.

Se puede trabajar individualmente o en grupo, a través de distintas disciplinas: collage, pintura, dibujo, modelado, fototerapia, videoterapia, musicoterapia...

El uso para realizar sus obras de materiales hospitalarios, como la pintura sobre radiografías, ayuda a los pacientes a normalizar su entorno, su cotidianeidad.

Adolescentes, Salud Mental, Geriátrica, enfermos con Trastornos del Comportamiento Alimentario, enfermos de Alzheimer, Oncología, U.C.I., enfermos terminales... son algunos de los ejemplos de experiencias contrastadas, que se han llevado a cabo en la sanidad española.

En resumen, podríamos decir que esto no ha hecho más que empezar. No es difícil predecir que veremos crecer las posibilidades de esta poderosa herramienta, para hacer de los cuidados un arte.

Para cur-arte en salud.

**María José Malpica Soto.**

Profesora de la Escuela de Enfermería  
Francisco Maldonado de Osuna.

## EDITA

Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

## DIRECTOR

José María Rueda Segura

## SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

## DIRECCIÓN TÉCNICA

Miguel Ángel Alcántara González

## CONSEJO DE REDACCIÓN

Comisión Ejecutiva

## TIRADA

9.000 ejemplares

## ISSN

1.576-3056

## DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

## SOPORTE VÁLIDO

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

## REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 20  
Telf.: 954 93 38 00/Fax: 954 93 38 03  
Página Web:  
[www.enfermundi.com/sevilla](http://www.enfermundi.com/sevilla)  
Correo Electrónico:  
[coleg41@enfermundi.com](mailto:coleg41@enfermundi.com)

## MAQUETACIÓN, FOTOMECAÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.  
Telf. 95 435 00 03/Fax 95 443 46 24

# Sumario

**HYGIA**

Nº 64

- 3 *Editorial*
- 5 *Guía práctica para el manejo de citostáticos en enfermería*
- 15 *Protocolo de ayuda a la deshabituación tabáquica. Experiencia en un centro de salud*
- 22 *Protocolo de actuación de enfermería en embarazo ectópico*
- 26 *Aspectos legales en enfermería frente a los riesgos biológicos*
- 34 *Obesidad y sobrepeso en la población escolar de primaria del municipio de Paradas (Sevilla)*
- 42 *Problemas identificados en Atención Domiciliaria en pacientes dependientes y sus cuidadoras a través de la taxonomía NANDA*
- 49 *Informe de enfermería al alta hospitalaria: herramienta imprescindible para garantizar la continuidad asistencial*
- 57 *Recuperación funcional tras fractura pertrocanterea de cadera*



Título: Entre nubes  
Autor: Inmaculada Cobos Hernández  
Nº Colegiada: 11.392

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

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.

# Guía práctica para el manejo de citostáticos en enfermería

- **M<sup>a</sup> ROCÍO SÁNCHEZ CALDERÓN.** DE. Servicio de Urgencias. Dos Hermanas.
- **ROCÍO DEL MAR GARCÍA DÍAZ.** DE. Servicio de Urgencias del Aljarafe.
- **ESTER TORO SERRALBO.** DE. Hospital de Osuna.
- **VANESA TRIGUEROS AYALA.** DE. Hospital de San Juan de Dios. Bormujos.

## RESUMEN

Los citostáticos son fármacos capaces de inhibir el crecimiento desordenado de células tumorales, alterando la división celular y destruyendo las células que se multiplican más rápidamente. El efecto citotóxico no se limita solo a las células malignas sino que ejercen también su acción sobre los tejidos de proliferación rápida, como mucosas, medula ósea, intestino... De todos es sabido que el tratamiento de la enfermedad tumoral es el citostático por vía intravenosa. Este tratamiento farmacológico se usa como terapia única o asociada a otras medicinas como cirugía, radioterapia, hormonoterapia... El objetivo de nuestro trabajo es conocer bien el manejo seguro de citostáticos debido al uso en ciertos centros de Atención Primaria sin las correspondientes medidas preventivas.

### PALABRAS CLAVE:

Citostáticos,  
células tumorales,  
manejo seguro,  
medidas preventivas,  
exposiciones accidentales.

## INTRODUCCIÓN

Ante el continuo uso del metrotexate en Atención Primaria sin las correspondientes medidas preventivas necesarias, nos hemos visto en la obligación de hacer una reflexión sobre lo que son los citostáticos, sus efectos secundarios sobre el personal sanitario sin su correcta manipulación y cuál es la forma más adecuada de usarlos para evitar riesgos. Parece demostrado que el riesgo potencial para la salud del personal sanitario que está en contacto con compuestos citostáticos puede ser controlado por combinación de

acciones y controles característicos de higiene industrial, técnicas y prendas de protección personal del trabajo y de las precauciones que se tomen durante su manipulación.

Así la empresa debe establecer una acción preventiva, regulando los procedimientos en esta materia con el fin de:

- ✓ Proporcionar seguridad y protección al trabajador.
- ✓ Prevenir la contaminación medio ambiental por manejo inadecuado.

Las estrategias preventivas que se han ido desarrollando para el manejo

seguro de fármacos citostáticos han avanzado positivamente, quedando pendiente solamente la resolución del problema de la administración de estos fármacos en Atención Primaria ya que, no solo debe protegerse al personal sanitario sino también al paciente, a los familiares y al medio ambiente.

Así, hemos confeccionado una guía para el manejo seguro de citostáticos. Esperamos que esta guía sea de gran utilidad para los profesionales sanitarios, especialmente para enfermería que son los que están en contacto con estos fármacos citostáticos.

## DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Los citostáticos son fármacos capaces de inhibir el crecimiento desordenado de células tumorales, alterando la división celular y destruyendo las células que se multiplican más rápidamente. El efecto citotóxico no se limita solo a las células malignas sino que ejercen también su acción sobre los tejidos de proliferación rápida, como mucosas, medula ósea, intestino...

Los citostáticos se usan en tratamiento farmacológico (quimioterapia) de enfermedades neoplásicas, como terapia única o asociada a otras medicinas: cirugía, radioterapia, hormonoterapia, o inmunoterapia. Además, algunos como el metrotexate, se usa también en el tratamiento de patologías autoinmunes (como por ejemplo artritis reumatoide y psoriasis). Según su mecanismo de acción los podemos clasificar en:

◆ **AGENTES ALQUILANTES.** Son sustancias muy reactivas que forman enlaces covalentes con los aminoácidos, alterando a las proteínas, y con las bases púricas y pirimidínicas, bloqueando la función biológica del ADN. La mayoría se administran por vía intravenosa. Los de uso más habitual son: Mecloretamina (Caryolisina), Ciclofosfamida (Genoxal), Melfalán (Melfalán), Tiotepa (Oncotiotepa), Carmustina (Nitrumón, BCNU), Estreptozotocina (Zanor-sar), Decarbacina (Decarbacina).

◆ **ANTIMETABÓLICOS.** Producen inhibición de la síntesis de bases nitrogenadas y el ADN por un bloqueo enzimático a través de sustancias análogas a los metabolitos habituales. Estos fármacos se usan en el tratamiento, no sólo de tumores, sino también de enfermedades autoinmunes y en los casos de trasplantes para impedir la crisis de rechazo. Se administran por vía oral, intramuscular o intravenosa.

Los más importantes son: Metrotexate (Metrotexato), Citarabina (ARA- C), 5-Fluoracilo (Fluoracilo).

◆ **ANTIBIÓTICOS ANTITUMORALES.** Son Antibióticos que actúan sobre el ADN o el ARN inhibiendo la duplicación o la transcripción. En este grupo se encuentran los siguientes fármacos: Bleomicina (Bleomicina), Mitomicina (Mitomycin C), Dactinomicina (Lyovac).

◆ **ALCALOIDES DE LAS PLANTAS.** Los alcaloides de la Vinca detienen la mitosis porque impiden la formación del uso acromático. Son fármacos muy tóxicos que no pueden ser manejados fuera del ambiente hospitalario; Vimblastina (Vimblastina), Vincristina (Vincrisul), Vindesina (Enison), Etopósido (Vepesid).

◆ **AGENTES VARIOS.** Son un grupo de fármacos de difícil clasifica-

| Vesicantes                                                                                                                                                                                                          | Irritación local                                     | Poco Irritantes                                                                                                                                                                                                        | Alergénico                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| Clormetina<br>Dactinomicina<br>Doxorrubicina<br>Epirubicina<br>Estreptozocina<br>Lomustina<br>Mecloretamina<br>Mitomicina<br>Mitramicin<br>Vimblastina<br>Vincristina<br>Vindesina<br>Vinorelbina<br>Actinomicina D | Carmustina<br>Dacarbacina<br>Mitoxantrona<br>Tiotepa | Bleomicina<br>Busulfan<br>Carboplatino<br>Ciclofosfamida<br>Cisplatino<br>Citarabina<br>Estramustina<br>Etoposido<br>Fludarabina<br>Fluoruracilo<br>Hidroxiurea<br>Ifosfamida<br>Melfalan<br>Metotrexato<br>Paclitaxel | Bleomicina<br>Cisplatino<br>Ciclofosfamida<br>Doxorrubicina<br>Fluoruracilo<br>Metotrexato |

\*fig. 1. Efectos de citotóxicos a nivel local

ción, entre ellos están los derivados del platino como el Cisplatino (Neoplatín) o el Carboplatino (Paraplatín).

Los citostáticos, por alterar el funcionamiento celular, son fármacos citotóxicos aunque no únicos, por ejemplo la pentamidina o la ribavirina, que también son tóxicos para el metabolismo celular y requieren medidas específicas de prevención.

## EFFECTOS SOBRE LA SALUD

Estos efectos pueden ser:

- ◆ **Locales o inmediatos** relacionados con exposiciones accidentales, cutáneas o mucosas.
- ◆ **Sistémicos o largo plazo** producidos por exposiciones continuas y repetidas a bajas dosis por vía cutánea, inhalatoria, mucosa... *Efectos locales\**. fig. 1.

Se producen como consecuencia de vertidos, cortes con material contaminado o accidentes que ponen en contacto la piel o mucosa con el citostático. En función del fármaco utilizado pueden producirse irritación local (citotóxicos irritantes) o ulceración y posterior necrosis en la zona (citotóxicos vesicantes). Otros pueden provocar alergias (citotóxicos alérgicos).

### Efecto sistémico

Se producen en un periodo largo de tiempo por exposiciones repetidas a bajas dosis, y por ello es muy difícil demostrar epidemiológicamente la relación causa-efecto entre exposición laboral a estos fármacos y efectos sistémicos. Se puede considerar que los fármacos citostáticos son

potencialmente mutagénicos, teratogénicos y carcinogénicos.

Así, los hay que tienen mayor potencial carcinogénico y teratogénico como son los agentes alquilantes y los derivados de la vinca, y los hay que son menos agresivos como son los antimetabolitos (Metotrexate, Citarabina, Fluoruracilo)

## VÍAS DE EXPOSICIÓN

◆ **Piel y mucosas:** La exposición se produce por contacto directo. Las reacciones adversas más frecuentes son: irritación, dermatitis, etc, aunque también pueden producirse efectos sistémicos por absorción rápida de algún citostático como la ciclofosfamida.

◆ **Inhalatoria:** A través de los aerosoles que pueden formarse especialmente en la preparación de la dosis. Esta situación conlleva la absorción de medicamento en cantidad suficiente como para desencadenar efectos tóxicos de tipo sistémico. Los aerosoles se pueden generar durante la preparación, al retirar la aguja de un vial, en la apertura de una ampolla, al llevar a cabo la expulsión de aire de una jeringa o al inutilizar agujas usadas.

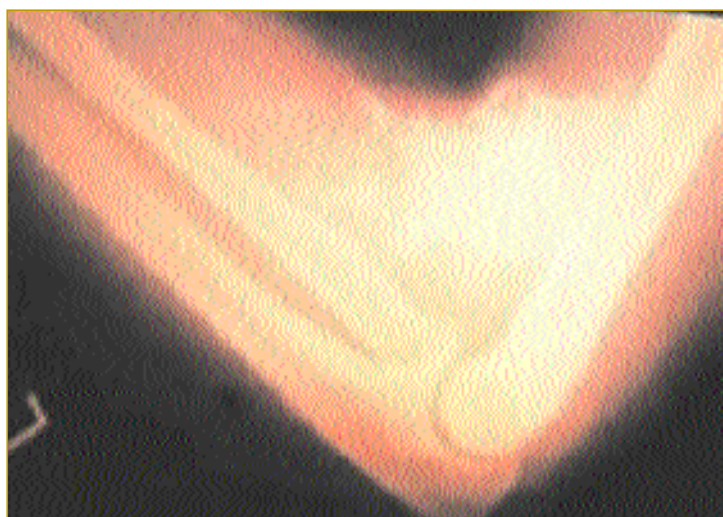
➔ **Oral:** Por ingestión de alimentos y bebidas contaminadas con citostáticos en el área de trabajo.

➔ **Parenteral:** Por introducción directa del medicamento a través de pinchazos o cortes producidos por rotura de ampollas y por extravasación de algún citostático \*fig. 2 y \*fig. 3.

### Síntomas

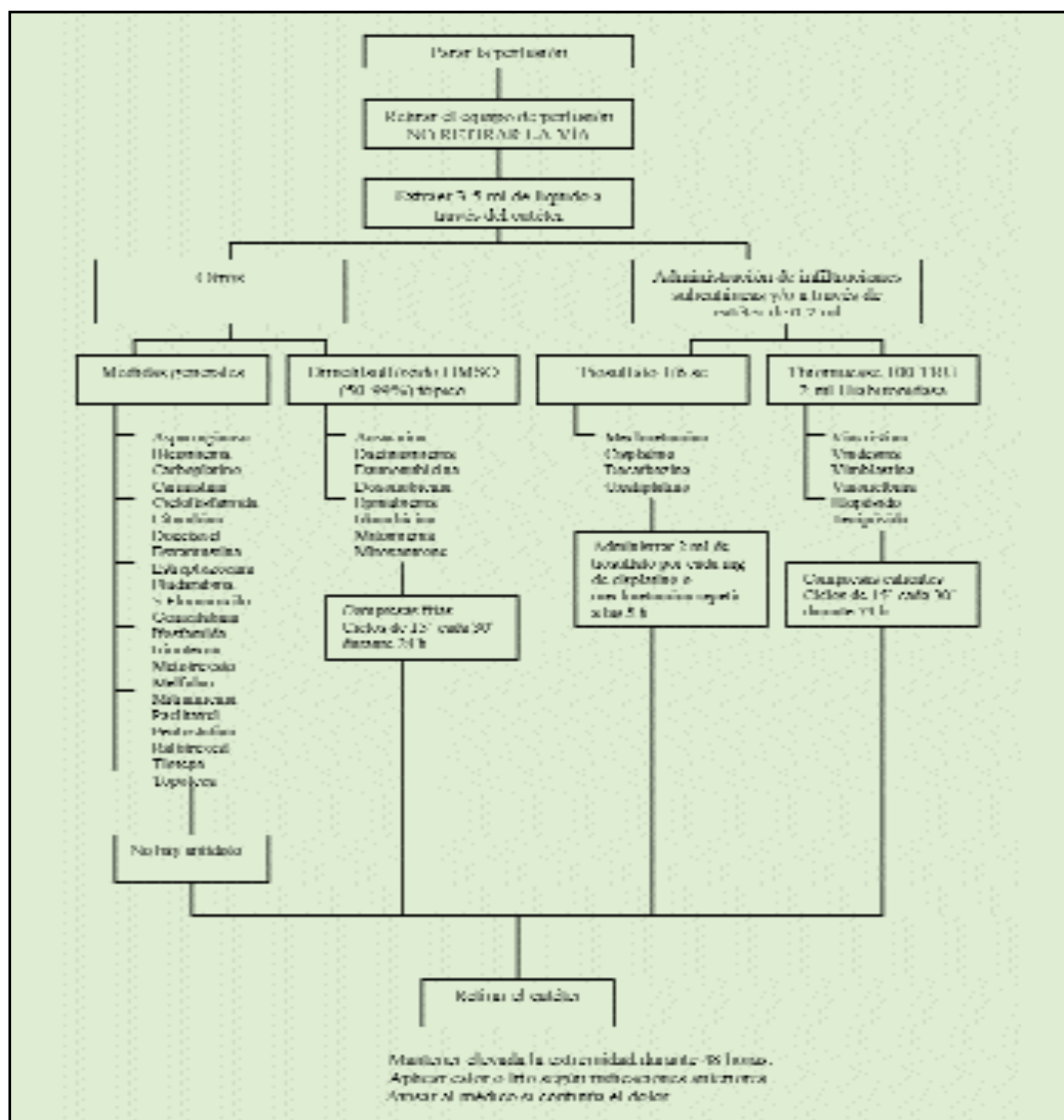
Los profesionales expuestos a estos fármacos deben valorar la existencia de síntomas relacionados con la exposición a citostáticos. Suelen ser vagos e inespecíficos, por lo que es necesario una interpretación prudente de la presencia de estos síntomas, indagando sobre la posible asociación de su aparición con la exposición. Los síntomas más habituales son los siguientes:

- Náuseas.
- Cefaleas.
- Vómitos.
- Aturdimiento.
- Vértigo.
- Pérdida de cabello.
- Malestar general.
- Hiperpigmentación cutánea.
- Irritación piel y mucosas.
- Prurito.
- Erupción urticariforme.



\*fig. 2.

Extravasación de citostático en la flexura brazo



\*Fig. 3. Acciones inmediatas ante extravasación citostáticos

## ¿QUÉ SE DEBE HACER CON UN MEDICAMENTO CITOSTÁTICO DESDE SU PERCEPCIÓN HASTA SU PREPARACIÓN?

En primer lugar, debe venir del laboratorio de origen indicando su empaque la clase de fármaco (citostático) y su conservación si es de nevera o temperatura ambiente.

La recepción de dichos paquetes la hace la auxiliar de enfermería que esté designada en el almacén de farmacia. La cuenta con sumo cuidado e igual-

mente la traslada a una habitación destinada a dichos medicamentos donde se encuentra una nevera de uso exclusivo y la campana de flujo donde los vamos a manipular para evitar los efectos secundarios antes citados.

La auxiliar de enfermería los coloca con mucho cuidado en su lugar correspondiente.

## ¿QUIÉN DEBE PREPARAR LOS CITOSTÁTICOS?

Todo el personal que esté cualificado y debidamente preparado en cuanto

al conocimiento de los riesgos que éstos pueden acarrear, normalmente enfermera o farmacéutico.

## EXCLUSIÓN DE TRABAJADORES SENSIBLES

Este tipo de fármacos no deben ser manipulados por los profesionales que se encuentren en las siguientes situaciones:

- ✓ Embarazadas y mujeres que deseen quedarse embarazadas.
- ✓ Mujeres durante el puerperio y la lactancia.

- ✓ Personal considerado de alto riesgo (con antecedentes de abortos o malformaciones congénitas).
- ✓ Personal tratado previamente con citotóxicos, con radiaciones ionizantes o ambos.
- ✓ Personal del que se sospeche daño genético.
- ✓ Personas con antecedentes de alergias a medicamentos citostáticos.
- ✓ El personal manipulador no debe ser expuesto a niveles de radiación superiores a 1 mili Sievert/año, debido al efecto sinérgico citotóxico de ambos agentes.

### ¿QUÉ NECESITAMOS PARA MANIPULAR ESTOS FÁRMACOS CON SEGURIDAD? \* fig. 4.

- ✓ Vestuario: se dispondrá de batas especiales, guantes, mascarilla de quirófano y gafas si la preparación lo precisa.
- ✓ Batas con peto, brazos y antebrazos plastificados.
- ✓ Guantes quirúrgicos de látex que se deberán cambiar cada media hora de trabajo aproximadamente o en su defecto trabajar con dos pares de guantes
- ✓ Mascarilla quirúrgica es la que filtra mejor el aire, no contamina ni es contaminante.
- ✓ Gafas siempre y cuando no se disponga de una cabina de flujo laminar tipo B.
- ✓ Campana de flujo laminar vertical tipo B: es una cabina cuadrangular o rectangular que tiene un filtro de entrada y otro de salida al exterior, expulsa el aire filtrado verticalmente. Esta cerrada por la parte frontal con un cristal de 2 ó 3 mm de grosor con una cavidad solamente para poder introducir manos y brazos. Esta campana habrá de ser limpiada



\*fig 4. Manipulación de los fármacos con seguridad

por dentro después de estar en enchufada de 10 a quince minutos con una solución de alcohol por su parte interna.

### ¿QUÉ SE INTRODUCE EN LA CAMPANA?

- ✓ Un paño estéril por la parte de arriba absorbente y por abajo plastificado.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Botella de alcohol.
- ✓ Contenedor de agujas y filtros.
- ✓ Un vaso de precipitado siempre y cuando los sueros se purguen dentro de la campana.
- ✓ Toda clase de contenedores, sue-

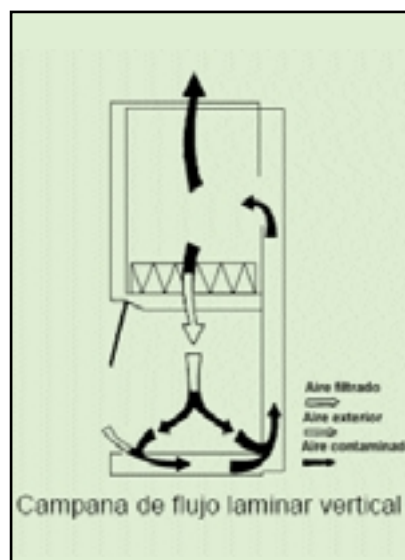


fig. 5. Funcionamiento de la campana de flujo laminar vertical

ros, ampollas y viales que se deban introducir paulatinamente dentro de la campana igualmente que esta, habrán sido pasados por alcohol, exceptuando jeringas, agujas, filtros y cualquier otro material fungible que tenga que introducirse dentro de la

campana, estos se introducirán abiertos.

### PREPARACIÓN DE ESTOS FÁRMACOS DENTRO DE LA CAMPANA

El área de trabajo se localiza normal-

mente en el Servicio de Farmacia, ubicado posiblemente si es posible en zona aireada y sin corrientes y estar dotado de campana de flujo vertical \*fig. 5 y fig. 6.

En la zona no comer, beber ni fumar. El manipulador no debe llevar joyas ni maquillaje.



\*fig 6. CAMPANAS DE FLUJO LAMINAR VERTICAL



Antes de todo tener todo el material en el lugar de trabajo.

Para evitar confusiones deben prepararse etiquetas en las que figure:

- ◇ Nombre, apellidos y ubicación del paciente.
- ◇ Nombre comercial o principio activo del fármaco.
- ◇ Dosis del fármaco.
- ◇ Tipo de suero en el que va diluido (Fisiológico/Glucosado. 5%)
- ◇ Volumen de dicho suero (50 ml/ 100ml/ 250ml/ 500ml).
- ◇ Fecha de preparación y estabilidad de la solución.

La campana debe de ser enchufada 15 ó 20 minutos antes de empezar a manipular dichos fármacos. Una vez limpia procedemos a introducir el primer suero y citostático correspondiente.

Mientras se ha procedido a la limpieza de la campana el manipulador se lavara las manos con algún jabón que sea desinfectante.

En la campana no se deben hacer movimientos bruscos, para evitar romper la corriente de flujo.

Se debe trabajar a unos ocho centímetros a cada lado de esta.

Las ampollas se deben abrir con una gasa estéril impregnada en alcohol de 70°, para evitar cortes y salpicaduras. Trabajar con jeringas que más cómodas sean para el manipulador.

Los tapones de los viales deberán desinfectarse igualmente con alcohol.

No pinchar más de una vez un vial.

Cuando los viales sean liofilizados se deben utilizar siempre los filtros de venteo; y cuando no sean liofilizados en algunos por la clase de tapón que tienen el laboratorio recomienda la no-utilización de filtros, entonces se pueden introducir dos agujas o lo que es mas seguro, introducir una sola aguja metiendo en el vial menos aire de la dosis que tenemos que sacar para evitar rebosamiento.

El vial y la aguja se deben mantener siempre verticalmente para su llenado. Es en la forma que fluye el flujo de la campana.

En cada llenado de citostático cambiaremos aguja y jeringa.

Trabajando en una campana de Flujo Laminar Vertical del tipo B es difícil que se produzcan salpicaduras, pero pueden ocurrir en bata, gorro y mascarilla; entonces procederemos a cambiarlos rápidamente. Lo que ya es más normal es que suceda en los guantes, entonces procederemos a cambiarlos y a lavarnos las manos. También puede suceder que nos pinchemos con una aguja, inmediatamente haremos lo anteriormente dicho.

Cuando hayamos terminado todos los tratamientos, procederemos a la retirada de todo el material que hay dentro de la cabina, cerraremos convenientemente todos los contenedores y los tiraremos a un contenedor de basura especial que hay para estos medicamentos así como bata y todo el vestuario que nos hayamos puesto para la manipulación de estos fármacos.

Pasada una media hora de la terminación de los tratamientos volverá a limpiarse la cabina con alcohol.

## ELIMINACIÓN DE RESIDUOS

Los residuos de estos medicamentos y del material que ha estado en contacto con ellos, se tratarán como material contaminado.

### ✓ Fuentes de residuos:

- Medicamentos caducados.
- Soluciones preparadas que no se hayan administrado.
- Restos que queden en viales o ampollas.

□ Derrames accidentales en la campana de seguridad biológica, durante el transporte o la administración.

□ Materiales utilizados en la preparación y administración, como agujas, jeringas, ampollas, viales, equipos de administración, batas, guantes, mascarillas, gorros y gafas.

Los residuos de citotóxicos, se introducirán directamente en contenedores rígidos (de polietileno o poliestireno), de un solo uso, estancos, dotados de cierre hermético y adecuadamente señalizados. El tamaño de los contenedores estará en función del volumen de los residuos (5 l., 10 l., 15 l.). Estos contenedores, para su eliminación, serán introducidos en otros más grandes (30 ó 60 l.) de sus mismas características.

Todos los materiales punzantes o cortantes empleados en la preparación y administración de medicamentos citotóxicos, deben depositarse en recipientes resistentes, estancos, imperforables, y dotados de tapa que permita cerrarlos herméticamente. Nunca debe separarse la jeringa de la aguja antes de eliminarla, y nunca deben reencapsularse las agujas. El tamaño de estos contenedores estará en función del volumen de los residuos (1 l., 4 l., 7 l.). No utilizar nunca sistemas de corte de agujas, puesto que aumentan el riesgo de contaminación. Para su eliminación, estos contenedores de objetos punzantes y/o cortantes serán introducidos en otros mayores (30 ó 60 l.), y de sus mismas características.

Las soluciones preparadas que no se hayan administrado, deben ser devueltas al Servicio de Farmacia para su reciclaje o desecho.

Se debe realizar, siempre que sea posible, neutralización previa a la eliminación.

La recogida de los contenedores se realizará con una frecuencia que vendrá determinada por el número de los mismos, y por el horario de funcionamiento de cada Servicio. Debería intentarse que fuera una vez al día.

La eliminación extrahospitalaria de residuos requiere el transporte, por una empresa autorizada para ello, de los contenedores rígidos adecuadamente identificados, y su posterior tratamiento que consiste en la incineración. Este proceso debe realizarse en incineradores especiales que alcancen temperaturas de 1000°C dotados de filtros de alta seguridad que impidan que los vapores que se producen durante la incineración contaminen el medio ambiente.

## TRATAMIENTO DE LAS EXCRETAS

Las excretas y los fluidos biológicos de los pacientes tratados con citotóxicos pueden tener un elevado contenido de estos medicamentos o de sus metabolitos.

El personal que tenga que estar en contacto con excretas o productos biológicos debe adoptar las correspondientes medidas de precaución (guantes dobles de látex, y bata impermeable, mascarilla y gafas de protección cuando exista riesgo de salpicadura). Hay que adoptar estas medidas siempre que se atiende a pacientes con incontinencia. La duración de dichas medidas estará en función del fármaco administrado.

Cuando se utilice la orina para realizar determinaciones analíticas, su recogida y manipulación debe realizarse con especial precaución (guantes y bata). Deberá existir una identificación en la muestra, que

permita al personal del laboratorio adoptar las medidas de precaución oportunas.

No deberían eliminarse a través de la red de alcantarillado común productos que lleven más de un 0.01% de sustancias mutagénicas, teratogénicas y/o carcinogénicas.

Para la eliminación de las excretas de los pacientes tratados con estos medicamentos, se deberá disponer como mínimo, de baños dotados de un sistema que permita el lavado continuo que, en su caso, requerirá la adición previa de neutralizantes. El uso de este sistema debe de ser transitorio hasta que pueda disponerse de un sistema de evacuación independiente y dirigido a un colector para materiales peligrosos hospitalarios, con arqueta de registro. Debería disponerse además de estación depuradora propia en los centros sanitarios.

La lencería de pacientes que hayan recibido medicación citotóxica en los últimos 7 días, y que esté contaminada con orinas, heces, vómitos, etc., se colocará dentro de una bolsa para material lavable, y ésta a su vez dentro de una bolsa impermeable adecuadamente señalizada. Una vez en lavandería, se retirará la bolsa impermeable y se procederá a un prelavado con inmersión en neutralizante (ej. Hipoclorito Sódico), realizándose posteriormente el lavado habitual. Todo el personal en contacto con esta lencería deberá llevar guantes de látex y bata.

Deberá informarse a los familiares de los pacientes ambulatorios que las excretas pueden suponer un riesgo de exposición a citotóxicos para las personas encargadas de su cuidado. En caso de pacientes con incontinencia, los familiares al cuidado de estos pacientes deben utilizar guantes de látex y bata para la recogida de las excretas. Cuando los pacien-

tes utilicen el baño (para defecar u orinar), deberá mantenerse la cisterna en funcionamiento durante 10-15 minutos. La duración de estas precauciones dependerá del fármaco administrado.

## ACTUACIÓN ANTE EXPOSICIONES ACCIDENTALES

Cualquier unidad que trabaje con estos productos debe disponer de un equipo mínimo necesario para cubrir estas contingencias. El equipo de protección individual mínimo debe constar de los siguientes elementos:

- ✓ Adaptadores buco-nasales equipados con filtros adecuados para retener contaminantes en la forma en que puedan presentarse (polvos, aerosoles...).
- ✓ Gafas de seguridad.
- ✓ Guantes impermeables. Al no ser necesaria la tactilidad requerida en las manipulaciones convencionales, debe sacrificarse ésta frente a las propiedades de consistencia e impermeabilidad.

Por lo que respecta a materiales o equipos para la recogida, debe disponerse de los siguientes:

- ✓ Paños de celulosa, impermeables por una cara y absorbentes por otra para recoger pequeños derrames o vertidos de líquidos.
- ✓ Palas o recogedores.
- ✓ Sistema para humedecer o bien cubrir el producto en el caso en que el derramado sea un sólido, con el fin de que al recogerlo mediante palas o cualquier otro útil, no se provoque el acceso del contaminante al ambiente debido a la remoción.

- ✓ Dos contenedores rígidos para recoger los desechos.
- ✓ Descontaminadores o neutralizantes de superficies. La unidad debe disponer de colecciones de neutralizantes ya preparados para utilizarse de modo inmediato al incidente y neutralizar el vertido como primera medida.

Esta colección de elementos debe estar ubicada en lugar visible y accesible y convenientemente señalizada.

#### ✓ Actuación frente a una contaminación del medio ambiente:

Ante una contaminación ambiental (roturas, derrames, etc.) el personal de limpieza deberá utilizar el equipo de protección individual (guantes, adaptadores, filtros y gafas). Si el producto es susceptible de neutralización deberá neutralizarse antes de proceder a su retirada. Los restos se recogerán utilizando paños de celulosa impermeables por una cara, secos si el material derramado es líquido y embebidos en agua o neutralizante si es sólido. Se limpiará el área contaminada y posteriormente se realizarán tres aplicaciones consecutivas de alcohol de 70° sobre la zona contaminada.

Todo el material contaminado procedente de la operación se eliminará como se ha indicado en el apartado de eliminación de residuos etiquetándose los contenedores de desechos. El material de limpieza de vertidos accidentales deberá ser específico y exclusivo para este fin.

#### ✓ Actuación frente a una contaminación del personal expuesto:

En caso de contacto entre el manipulador y el medicamento, la norma general, es lavar de forma intensa la zona durante diez o quince minutos. Si el contacto se produce con los

ojos, lavar inmediatamente con agua abundante durante quince minutos y consultar con el oftalmólogo.

Deberá disponerse de una toma de agua (idealmente una fuente lavavojos), para el lavado en caso de contaminación cutáneo mucosa.

Si se contaminan los guantes o la ropa protectora, se desecharán inmediatamente, y se lavará profundamente la zona afectada.

## LEGISLACIÓN VIGENTE

- Decreto 204/1994 de 15 de Septiembre de ordenación de la gestión de los residuos sanitarios, publicado el 21 de Septiembre de 1994, en el Boletín Oficial de Castilla y León.
- Decreto 300/1992, de 24 de noviembre, de ordenación de la gestión de los residuos sanitarios. Diario Oficial de la Generalitat de Catalunya número 1688, de 30 de diciembre de 1992 (complementado por el Decreto 71/1994 de 22 de Febrero).
- Ley 20/1986 de 14 de Mayo. Ley Básica de Residuos Tóxicos y Peligrosos.
- Ley 31/1995 de 8 de Noviembre. Ley de Prevención de Riesgos Laborales.
- Orden 22 de Abril de 1992 publicada el 4 de Mayo en el Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid por la que se regulan las normas de funcionamiento y requisitos de los Centros, Servicios y Establecimientos, que manejan medicamentos citotóxicos.
- Real Decreto 300/1992, de 14 de Noviembre, de ordenación de la

gestión de los residuos sanitarios.

- Real Decreto 39/1997 de 17 de Enero. Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Real Decreto 665/1997, de 12 de Mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes cancerígenos durante el trabajo.

## CONCLUSIONES

1.- Se entiende por manejo de citostáticos el conjunto de operaciones que comprenden la preparación de una dosis a partir de una presentación comercial, su administración al paciente, recogida de desechos procedentes de las actuaciones profesionales, eliminación de excretas y fluidos biológicos de pacientes en tratamiento con citostáticos o cualquier actuación que implique un contacto potencial con el medicamento.

2.- Este tipo de operaciones llevan consigo un riesgo de posibles contactos con el medicamento a través de las distintas vías de exposición y cuyas consecuencias pueden ser la posible manifestación de efectos tóxicos tópicos, sistémicos o ambos.

3.- El nivel de exposición dependerá fundamentalmente del número de preparaciones o administraciones que se realicen al día, aunque no exclusivamente, ya que en ocasiones tendrá más relación con cómo se realiza el trabajo y si se cumplen o no las medidas de protección. Debe exigirse el cumplimiento de todas las normas de protección.

4.- La protección frente al riesgo que supone la manipulación de este tipo

de productos comienza por la exclusión de los profesionales que son más sensibles a la exposición a estos fármacos y debe continuar con una adecuada formación y vigilancia de la salud de todos los trabajadores que los manipulan.

5.- El personal que manipula citostáticos deberá conocer su técnica de preparación en la cabina de seguridad biológica, cómo administrarlos al paciente, cómo eliminar los residuos y las excretas de estos pacientes así como la actuación ante exposiciones accidentales.

6.- La Administración sanitaria deberá proporcionar a sus trabajadores la información, formación y los equipos de protección adecuados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. AMERICAN SOCIETY OF HOSPITAL PHARMACISTS A. S. H. P., "Safe handling of cytotoxic drugs". 1986.
2. ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE FARMACÉUTICOS DE HOSPITAL, (A.E.F.H.) "Manejo de medicamentos citostáticos". Segunda edición. 1987.
3. AZPIAZU, ARTIGAS, RODRÍGUEZ, HEBRA. "Consejos para la manipulación de citostáticos". Nursing. Marzo, 1985.
4. COMISIÓN CENTRAL DE SALUD LABORAL. INSALUD. "Borrador de recomendaciones para la manipulación de medicamentos citotóxicos". Madrid 1995.
5. DÍAZ M., JIMÉNEZ N. "Una aproximación al manejo de medicamentos citostáticos inyectables en hospitales españoles. (A.E.F.H.) 1987.
6. DIRECCIÓN GENERAL DE ORDENACIÓN Y PLANIFICACIÓN SANITARIA. GENERALITAT DE CATALUÑA. "Recomendaciones para la manipulación de medicamentos citostáticos y eliminación de sus residuos". 1988.
7. GUARDINO SOLA X., ROSELL FARRAS M<sup>a</sup> G., "Exposición laboral a compuestos citostáticos". I.N.S.H.T. 1986. NTP-163.
8. HERAS LOBO C., "Manejo de productos citostáticos". I.N.S.H.T. 1995.
9. "Protocolo de manipulación de citostáticos". H.U.V. Arrixaca. Servicio de Farmacia.
10. USP-DI. Ministerio de Sanidad y Consumo. "Información de medicamentos para el profesional sanitario". 14<sup>a</sup> Edición 1992.
11. SALUD LABORAL "un debate permanente". Sindicato de Enfermería SATSE. 1998.
12. GUÍA PARA EL MANEJO DE FÁRMACOS CITOSTÁTICOS. SINDICATO DE ENFERMERÍA SATSE. 2000.
13. PUBLICACIÓN DE LA EXPOSICIÓN OCUPACIONAL A LOS ANTINEOPLÁSICOS Y OTRAS MEDICINAS PELIGROSAS EN CENTROS DE ATENCIÓN MÉDICA. Instituto Nacional para la Seguridad y Salud Ocupacional. 2004-165.

# Protocolo de ayuda a la deshabituación tabáquica. Experiencia en un centro de salud

■ **Blanca Espinosa Gallardo.**

Centro de Salud "Ntra. Sra. de la Oliva", Alcalá de Guadaira.

## RESUMEN

La Atención Primaria de Salud es un ámbito privilegiado para el desarrollo del consejo antitabaco, dada su elevada cobertura que proporciona al personal sanitario múltiples oportunidades de aconsejar a quienes todavía no han pensado en dejar de fumar, y de ayudar a aquellas personas fumadoras que quieren intentar dejarlo, tanto individualmente como en grupo.

El personal de enfermería establece, a menudo, un vínculo de comunicación con los pacientes más intenso que el de otros profesionales sanitarios, por lo que la potenciación del papel de la enfermería posibilitaría, además, una mayor integración de las actividades preventivas y asistenciales.

Este protocolo nace con la idea de servir de marco general de las actuaciones de Ayuda al Fumador desde la Atención Primaria de Salud, estableciendo en este sentido algunas propuestas de organización y funcionamiento, que posibiliten la coordinación entre profesionales y el dar respuesta a las demandas, cada vez más exigentes de la población.

### PALABRAS CLAVES

Fumador, exfumador, precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento, recaída, cooximetría, terapia grupal.

## INTRODUCCIÓN

El tabaquismo constituye la principal causa aislada evitable de pérdida de salud, calidad de vida y de muerte prematura en los países desarrollados. Así, en España el hábito de fumar representa el mayor problema de salud pública tanto por su extensión (el 37 % de la población española mayor de 16 años es fumadora)

como por la intensidad de la patología asociada (si se erradicara completamente el hábito, en España se evitarían unas 40.000 muertes al año). El tabaquismo reúne por tanto los criterios generalmente utilizados para tomar decisiones sobre la puesta en marcha de programas sanitarios de promoción de la salud y de prevención y control de la enfermedad. Es en este sentido el que los equipos de

Atención Primaria de Salud sean considerados como una de las piezas imprescindibles en cualquier plan de lucha antitabáquica, contribuyendo a disminuir la prevalencia del hábito a través de actuaciones de educación sanitaria dirigidas en dos sentidos: reducir el máximo posible el número de jóvenes que empiezan a fumar (retrasando al máximo el momento del inicio de los que lo hagan) y redu-

ciendo el número de fumadores, aconsejando y ayudando al mayor número posible de ellos para que consigan dejar de fumar.

Por todo esto, es conveniente no sólo la extensión del consejo sanitario antitabaco por parte de todos los profesionales de la salud, dada su probada efectividad y la excelente relación coste/efectividad de dicho consejo, sino también la creación de programas específicos, con intervención de segundo nivel (más especializada) para el seguimiento de todo fumador que decida dejar de fumar.

El programa para la Deshabituación Tabáquica (D.T.) que se describe a continuación se puso en marcha en febrero de 2004 en el Centro de Salud Ntra. Sra. De la Oliva de Alcalá de Guadaira, en principio con pocos recursos, pero poco a poco éstos fueron mejorando (aunque haría falta más tiempo de dedicación) para dar lugar a un servicio a los usuarios del que pocos centros de salud disponen. Es un servicio que creo hoy día imprescindible como un aspecto importantísimo al que dar respuesta en cuanto a las demandas de la población se refiere, y además, de plena actualidad.

El protocolo aplicado se fue formando con el tiempo, adaptándose a las circunstancias con las que me iba encontrando, y por supuesto, está sujeto a posibles mejoras que se puedan aportar, si los recursos disponibles lo permiten.



## MATERIAL Y MÉTODO

El mencionado protocolo se ha llevado a cabo prácticamente en exclusiva por enfermería, y se ha llevado 2 años funcionando. Los pacientes que han accedido a él han venido derivados en su gran mayoría de las consultas médicas (algunos de las de enfermería o matrona), previa realización del Test de Richmond. Dicho test mide la motivación que tiene el paciente de cara al abandono de su hábito tabáquico, y sólo se han derivado a aquellos que tenían una motivación muy alta a priori. A continuación se describe la metodología que se ha seguido en el programa y los resultados obtenidos en porcentajes.

## PROTOCOLO

### I. CRITERIOS DE INCLUSIÓN EN EL PROGRAMA DE D.T.

Lo primero que procede realizar es la identificación de la Etapa en la Conducta de Fumador en la que se encuentra el paciente, lo cual lo llevará a cabo cada médico o enfermer@ en su consulta. Las etapas son las siguientes:

○ *Fase 1: Precontemplación.* Se sienten en consonancia con su hábito y no piensan en dejarlo. No conocen o no quieren saber los riesgos que corre su salud como consecuencia del consumo de tabaco. En esta fase están el 50-60 % de los fumadores.

○ *Fase 2: Contemplación.* Piensan en dejar de fumar en un futuro más o menos próximo. Normalmente han hecho varios intentos para dejarlo, lo que les provoca cierto grado de frustración. Suponen el 30-40 % de los fumadores, y de ellos, el 50 % entran

en una fase de “estancamiento” denominado de contemplación “crónica”: pensar en dejar de fumar sustituye a actuar para dejar de fumar.

○ *Fase 3: Preparación para la acción.* El 10-15% se plantea dejar de fumar a corto plazo y están firmemente decididos.

○ *Fase 4: Acción.* Desde que dejan de fumar hasta los primeros 6 meses sin fumar. Existe máximo riesgo de recaída.

○ *Fase 5: Mantenimiento.* Más de 6 meses sin fumar.

○ *Fase 6: Exfumador.* Un año sin fumar.

○ *Fase 7: Recaídas.* La mayor parte de la gente necesita varios intentos antes de dejarlo definitivamente.

Una vez que se identifica en qué etapa se encuentra el paciente, se procede al registro en el ordenador y se derivará a nuestro programa a aquellos fumadores activos en fase de preparación para la acción que tengan un test de Richmond > 6. Si el paciente no está suficientemente motivado debe realizarse la llamada Intervención Mínima, que consiste en el Consejo Simple Sistemático por parte del profesional sanitario, definido éste como el consejo puntual, de 2-3 minutos de duración, individualizado, directo, eminentemente positivo y ofreciendo ayuda para dejar el hábito. Tiene una eficacia del 5-10 % de éxitos en el abandono del consumo al año de seguimiento, lo cual se puede considerar muy rentable, ya que precisa mínimos esfuerzos, recursos simples y poco tiempo de los profesionales.

### II. POBLACIÓN DIANA

La intervención sobre el hábito tabáquico se concibe como “oportunista”, es decir, a realizar durante cualquier contacto que la persona establezca con el sistema asistencial de Atención Primaria.



El 37% de los españoles mayores de 16 años fuma

### III PRIMERA VISITA DEL PROGRAMA

#### A) Historia clínica:

- Antecedentes patológicos.
- Medicación habitual.
- Gestación o lactancia.
- Pruebas complementarias (opcionales), como analítica o EKG.

B) *Historia del fumador*: tiempo que lleva fumando, si lo ha dejado alguna vez, si es así cuánto tiempo estuvo sin fumar, método usado,...

C) *Test de Fagerström*: valoración del grado de dependencia, que puede ser baja, moderada, alta o muy alta.

D) *Exploración física*: TA y peso.

E) *Cooximetría*: medición del CO en el aire espirado mediante cooxímetro tras una inspiración profunda, y reteniendo unos 15 segundos el aire en los pulmones. Es útil como método de validación de la abstinencia y para reforzar el mantenimiento de ésta, pues la disminución de la concentración de CO se produce al poco tiempo de dejar de fumar. El nivel normal sería de 0-2 p.p.m. (30 p.p.m. indica dependencia muy alta).



Realización de una cooximetría

F) *Reforzamientos*: consiste en explicar al paciente los beneficios personales que obtendrá al dejar de fumar, los riesgos para él mismo y los miembros de su entorno y las recompensas de salud y estéticas. En este sentido se reforzarán los motivos específicos para dejar de fumar en:

- ✓ *Adolescentes*: mal aliento, dientes amarillos, tos, disnea (puede afectar al deporte), falta de independencia, estar controlados por los cigarrillos, coste, impotencia, dolor de garganta, infecciones frecuentes.
- ✓ *Adultos asintomáticos*: doble riesgo de enfermedades del corazón, 6 veces más riesgo de enfisema, 10 veces más riesgo de cáncer de pulmón, 5-8 años menos de vida, impotencia, mal aliento, poca conveniencia y aceptabilidad social, arrugas.
- ✓ *Embarazadas*: mayor riesgo de aborto espontáneo, de muerte fetal y de bajo peso al nacer.
- ✓ *Adultos sintomáticos*: infecciones de VRA, tos, dolor de garganta, úlceras, angina, claudicación, osteoporosis, esofagitis.
- ✓ *Padres*: Tos e infecciones respiratorias en sus hijos, rol ejemplarizante para éstos.
- ✓ *Fumadores recientes*: mayor facilidad para dejarlo.
- ✓ *Para todos*: dinero ahorrado, sentirse mejor, mayor capacidad de ejercicio, vida más larga para disfrutar de la jubilación, de los nietos, etc.

G) *Entrega de guía informativa*.

### IV. SEGUNDA VISITA DEL PROGRAMA

A veces se realizan también las siguientes actividades en la 1ª visita, si hay tiempo.

- ✓ Establecer una fecha para dejar de fumar (Día "D").
- ✓ Instaurar el tratamiento elegido:

#### a) *Terapia sustitutiva con nicotina (TSN)*

- ✓ Sólo con chicles o comprimidos para chupar, cuando el test de Fagerström (T.F.) sea  $< 3$  (tener en cuenta posibles contraindicaciones, como aftas, dentadura postiza o riesgo de uso inadecuado).
- ✓ TSN con chicles/comprimidos más parches, cuando el T.F. sea  $> 4$ . Los parches pueden ser de 10, 20 ó 30 mg. Normalmente se usan los de 30 con T.F. de 9 a 10,0 sea, dependencia muy alta. Este tratamiento durará 2 meses y también está contraindicado en ciertos casos en los que habría que consultar con el médico de cabecera (IAM, arritmias cardíacas severas,...) y por supuesto, al igual que los chicles y comprimidos, está totalmente contraindicado en embarazo y lactancia.

b) *Terapia con Bupropion*. Si se considera necesario el tratamiento con éste, derivar al médico de cabecera, para la autorización de su uso, ya que tiene ciertas contraindicaciones (trastornos psicológicos como los maníaco-depresivos, bulimia o anorexia, alcoholismo, hepatopatía, tras tomar antidepresivos, si se está en tto. con IMAOS). El tratamiento suele durar de 1 a 2 meses.

c) En casos muy complicados se puede combinar todo, o derivar a la Unidad de Tabaquismo de Valme.

- ✓ Fijar fecha para la próxima visita: si existe alta dependencia, en 2-3 días. Si no, en una semana. Esto será distinto si decidimos incluir al paciente en terapia de grupo (ver más adelante en "Terapia Grupal").
- ✓ Recomendaciones para afrontar los primeros días sin tabaco. Las

damos por escrito y se refieren a cómo tomar el tratamiento y algunos consejos sobre la dieta y hábitos de vida más convenientes.

- ✓ Si comprobamos que la persona aún duda sobre si está o no preparada para dejar de fumar, sustituiremos todos estos pasos por la llamada “Entrevista Motivacional”, destinada a reforzar el sentido de autoeficacia del paciente y a hacerle identificar por sí mismo sus posibles motivaciones para dejar de fumar. Asimismo se le hará conocer las distintas opciones terapéuticas disponibles y que existen métodos para resolver los obstáculos que se presenten. Es importante en esta entrevista mostrar empatía con el paciente y evitar la confrontación.

## V. TERCERA VISITA DEL PROGRAMA

Realizada por el médico, sólo si es necesario, cuando se ha aconsejado el uso del bupropion o para la valoración de pruebas complementarias, si se han pedido.

## VI. REVISIONES

Es aconsejable llamar por teléfono previamente al paciente para recordarle la cita y reforzar la postura. La *metodología* a seguir en las revisiones es la siguiente:

- ✓ Realizar cooximetría. Felicitar si comprobamos que se ha producido la abstinencia.
- ✓ Rellenar la “Ficha de control”, en la cual reflejamos en qué momento del tratamiento está, nº de chicles/comprimidos que toma, si es el caso y cooximetría. Si existe falta de control sobre el peso, también reflejaremos aquí la evolución de éste en las sucesivas visitas.

✓ Registro de síntomas de abstinencia. Se le van enumerando al paciente, y éste los irá valorando de 0 a 5 (0, si no ha existido en absoluto, y 5 si ha sido en grado máximo, obligándole a acudir a su médico o guardar cama). Se pretende que el paciente compruebe que estos síntomas van en disminución normalmente en cada cita, y si no es así, intentar resolver los obstáculos aparecidos.

✓ *Resolución de obstáculos*: el más frecuente es el “craving”, o fuerte deseo de fumar, para lo cual le entregamos las instrucciones concretas por escrito para esos momentos clave, que suelen coincidir sobre todo a la hora de levantarse o después de comer. También puede aparecer nerviosismo, depresión o insomnio, para lo cual es recomendable evitar las bebidas con cafeína, tomar infusiones, hacer ejercicio o enseñarle técnicas de relajación. Igualmente son frecuentes el aumento del apetito (beber mucha agua y zumos, que además les ayudará a eliminar toxinas, vigilar la ingesta de alimentos ricos en calorías y sustituirlos por pepinillos y similares, alimentos muy condimentados para producir más saciedad), el estreñimiento (aumentar la ingestión de fibra), o la dificultad de concentración (evitar las bebidas alcohólicas y no exigirse un alto rendimiento al principio).

- ✓ Resolver dudas y problemas.
- ✓ *Establecer la siguiente cita*: la 1ª revisión es recomendable hacerla, como se ha dicho, entre 2-3 días (si la dependencia es muy alta) y una semana después del Día “D”. La 2ª a los 15 días, la 3ª al mes y la 4ª a los 2 meses. En todas ellas

se seguirá más o menos la misma metodología ya explicada, y se vigilará la posibles aparición de efectos secundarios de la medicación, en cuyo caso se derivará al médico. A partir de aquí las revisiones se espacian a los 3,6 y 12 meses del día “D”, y podrán ser presenciales (preferiblemente) o por teléfono si no es posible. Al año se les da el alta por nuestra parte, haciendo una despedida abierta, para que puedan volver a la consulta para cualquier problema que les pudiera surgir, o ante una posible recaída.

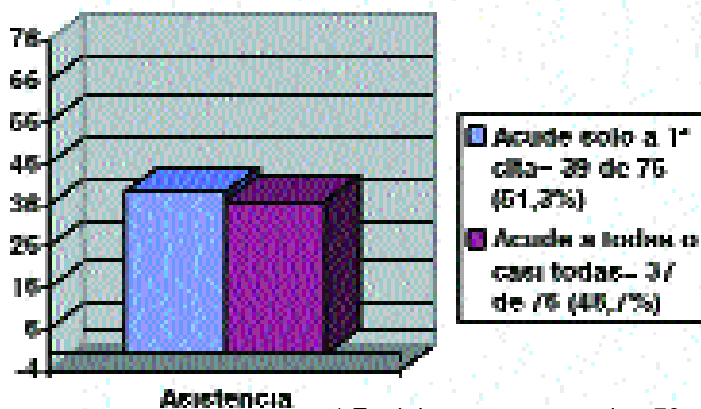
## VII. RECAÍDAS

- El *objetivo* de la prevención de recaídas es doble: prevenir el “desliz” y que éste no derive en una recaída.
- Las *causas* fundamentales de la recaída son:
  - a) Estados emocionales negativos (ansiedad, depresión,...).
  - b) Estados emocionales positivos (celebraciones festivas).
  - c) Presión social al consumo.
- Las *estrategias de prevención* de recaídas son básicamente dos:
  - a) Apoyo social: rodearse de un ambiente adecuado que le ayude en los momentos difíciles, tanto en el trabajo como en el entorno familiar, facilita mantenerse abstinentes. Hay que evitar a toda costa el dar “la calada” ocasional, no aceptando cigarrillos de otras personas.
  - b) Entrenar al fumador en estrategias de prevención de recaídas: destrezas para afrontar situaciones de riesgo, procedimientos de conductas alternativas y estrategias de intervención en el estilo de vida (relajación y ejercicio físico).



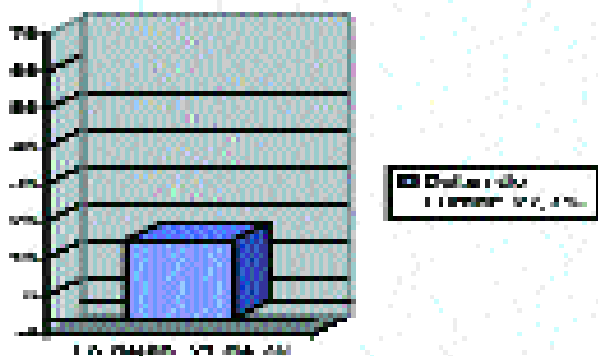
## RESULTADOS

### ■ Asistencia a terapia

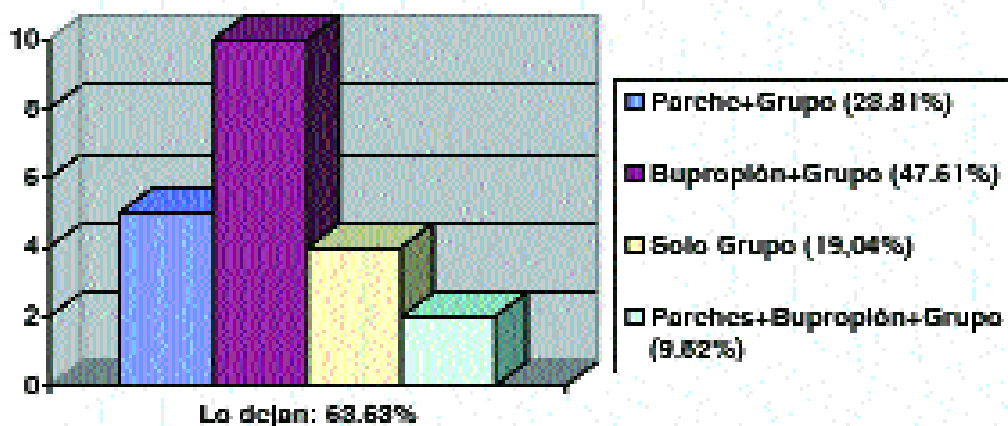


\* Total de personas captadas: 76

- Personas que dejan de fumar (del Total de captación -76-):

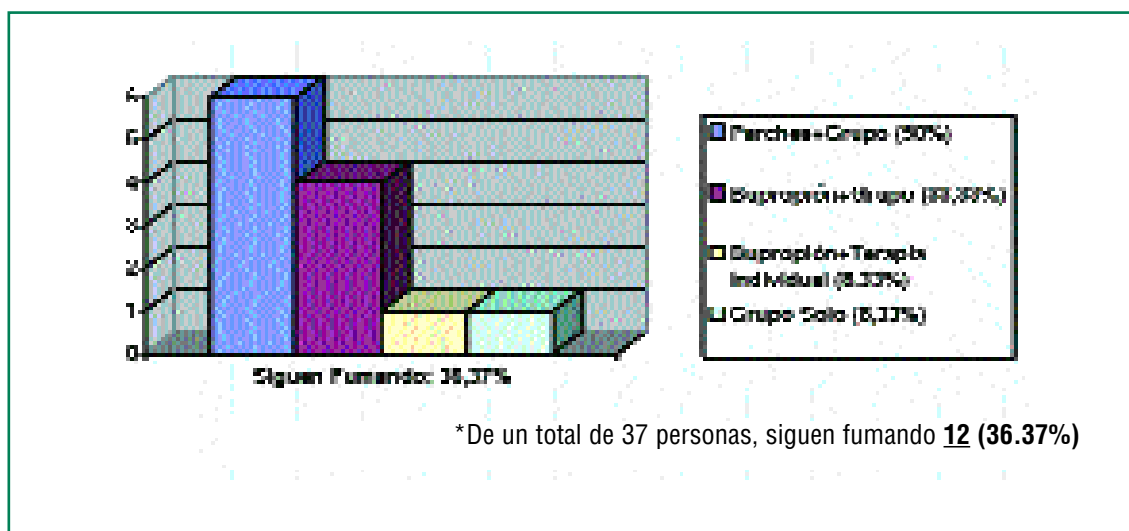


- Personas que dejan de fumar de los que acuden a todas o casi todas las sesiones:



\*De un total de 37 Personas lo dejan 21 (63.63%)

■ Personas que **no** dejan de fumar de los que acuden a todas o casi todas las sesiones:



## RESULTADOS

En los dos años que lleva en funcionamiento el programa en el centro, se han obtenido los siguientes resultados (pag. 20).

## CONCLUSIONES

Según los resultados expuestos en el apartado anterior, podríamos concluir que la eficacia del programa es bastante aceptable, teniendo en cuenta que el 63.63% de las personas que acude a todas o casi todas las

sesiones dejan de fumar (y permanecen sin hacerlo al año de seguimiento). Sin embargo existe un alto porcentaje (51.3%), que sólo vienen a la primera visita y no vuelven más, presumiblemente por falta de motivación o interés. Por todo ello se puede inferir que la eficacia del programa aumentaría con un cribaje de pacientes derivados más exhaustivo, lo cual, por otra parte, resulta difícil por falta de tiempo en consulta para ello y por los falsos positivos que se puedan producir a la hora de medir la motivación (test de Richmond).

## AGRADECIMIENTOS

Quisiera expresar mi agradecimiento al amigo y compañero (enfermero y psicólogo) José Ignacio Villar y al doctor Luis Lara por todo lo que tan desinteresadamente me han enseñado, y a la Adjunta de Enfermería del centro Ntra. Sra. De la Oliva, Charo Ruiz, por permitirme y facilitarme el acceso al mundo de la deshabituación tabáquica.

## BIBLIOGRAFÍA

- “Manual de Prevención y Tratamiento del Tabaquismo”. M. Barrueco Ferrero, M. A. Hernández Mezquita, M. Torrecilla García. Edita: Ergon, 2003.
- “Guía de Actuación con Personas Fumadoras desde los Centros Sanitarios”. Carmen Lineros González, Pilar Mentuy Isus, Carmen Ruiz Barbosa. Edita: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 1999.
- “Consejos Antitabaco en Atención Primaria de Salud”. Edita: Consejería de Servicios Sociales de Asturias, 1997.
- “Programa para dejar de fumar”. Elisardo Becoña Iglesias. Edita: Junta de Andalucía, Sevilla, 1997.
- “Recomendaciones de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) sobre el Tratamiento Farmacológico del Tabaquismo. Prevención del Tabaquismo”. 2001.
- “The clinician’s role in promoting smoking cessation among clinic patients”. 1992.

# Protocolo de actuación de enfermería en embarazo ectópico

- Ana María Moltó Boluda<sup>1</sup>
- Engracia Casaucao Saavedra<sup>1</sup>
- Adolfo Núñez García<sup>1</sup>
- M<sup>a</sup> del Mar Catalina Herrera<sup>1</sup>
- Carmen Salas Sosa<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Enfermera. Área quirúrgica

<sup>2</sup>Auxiliar de enfermería. Área quirúrgica  
Servicio de Quirófano. Hospital de Valme. Sevilla

## RESUMEN

La salpinguectomía o salpingostomía por gestación ectópica es considerada una intervención quirúrgica de urgencia, por lo que la necesidad de protocolizar los cuidados de enfermería es aún mayor que en otro tipo de actividades. Con este trabajo perseguimos la unificación de criterios en las tareas cotidianas que conforman una intervención de este tipo, para facilitar que el personal de enfermería actúe de la misma manera, obteniendo así resultados de cuidados de calidad.

En este protocolo describimos la técnica quirúrgica y detallamos las tareas a realizar por parte de la enfermera instrumentista como las de la enfermera circulante para que nuestra actuación sea rápida y eficaz.

## PALABRAS CLAVES:

Protocolo,  
Embarazo ectópico,  
Técnica quirúrgica,  
Laparoscopia ginecológica,  
Enfermera instrumentista,  
Enfermera circulante.

## INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico es el embarazo que se implanta y desarrolla fuera de la cavidad uterina, habitualmente en las trompas (90% de las veces). La evolución natural de un embarazo tubárico es el crecimiento, en un principio sin dar síntomas, pudiendo producirse la detención espontánea del crecimiento y su posterior reabsorción o lo que es más frecuente, producirse el estallido de la trompa, con una hemorragia intra-abdominal importante que compromete rápida y gravemente a la paciente, constituyendo una emergencia quirúrgica.

El poder trabajar con protocolos donde todas las tareas del equipo estén especificadas, nos ayuda en nuestro trabajo, tanto por unificar criterios y marcar directrices de actuación, como por salvaguardarnos de cometer "olvidos o errores involuntarios" en una situación donde todos los segundos cuentan.

## SUMMARY:

The salpingectomy or salpingostomy for gestation ectópica is considered a surgical intervention of urgency, which is why it is the need to notarize the nursing cares still bigger than in another type of activities. We pursued the unification of criteria in the quotidian tasks that conform a suchlike intervention, in order to make easy that the nursing staff performs on in the same way with this work, getting that way out of results cares of quality. We described the surgical technique in this protocol and we detailed the tasks to accomplish for the nurse's part instrumentalist like the ones belonging to the circulating nurse in order that our acting be fast and efficacious.

## KEY WORDS

Protocol  
Ectopic Pregnancy  
Technical surgical  
Gynaecological Laparoscopy  
Instrumentalist Nurse  
Circulating Nurse

## DEFINICIÓN DE EMBARAZO ECTÓPICO

Se presenta cuando el óvulo fecundado se implanta en tejidos fuera del útero y la placenta y el feto comienzan su desarrollo allí. El sitio más común es en las trompas de Falopio, sin embargo, los embarazos ectópicos también pueden presentarse en raras ocasiones en los ovarios, en el abdomen y en la parte inferior del útero (cuello uterino).

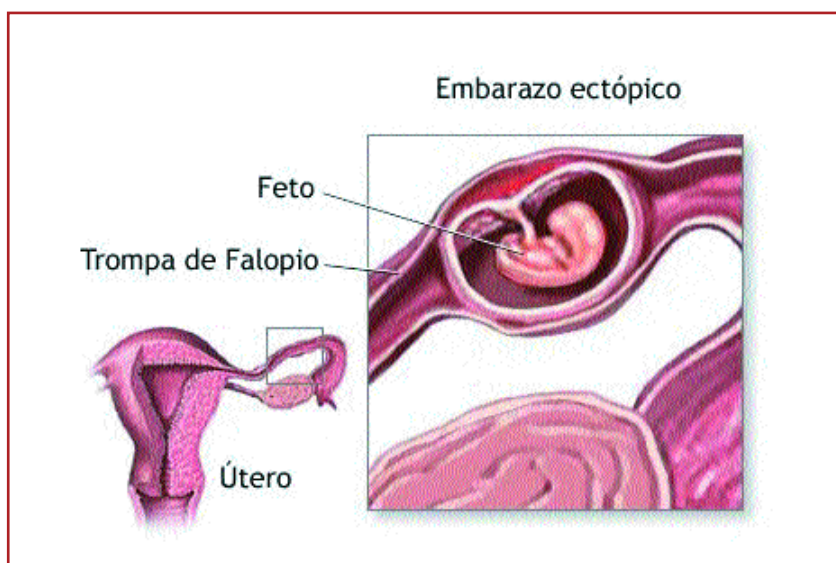
Las causas más importantes son:

- Infecciones tubáricas
- Uso de DIU
- Fallo en la ligadura tubárica
- Cirugía tubárica previa
- Hiperestimulación ovárica

El abordaje quirúrgico se puede realizar abriendo la cavidad abdominal (laparotomía) o por medio laparoscopia.

## PERSONAL QUE REALIZA LA ACTIVIDAD DENTRO DE QUIRÓFANO

- 1 Anestesista.
- 2 Ginecólogos (uno actuará como cirujano y otro como ayudante)
- 2 Enfermeras (una circulante y una instrumentista)
- 1 Auxiliar de enfermería



La evolución natural de un embarazo tubárico es el crecimiento, en un principio sin dar síntomas, hasta que se rompe y comienza a sangrar a través del lumen hacia la cavidad abdominal, lo que produce dolor y anemia progresiva. En ocasiones, se produce el estallido de la trompa, con una hemorragia intrabdominal importante que compromete rápida y gravemente a la paciente, constituyendo una emergencia quirúrgica.

## MATERIAL NECESARIO

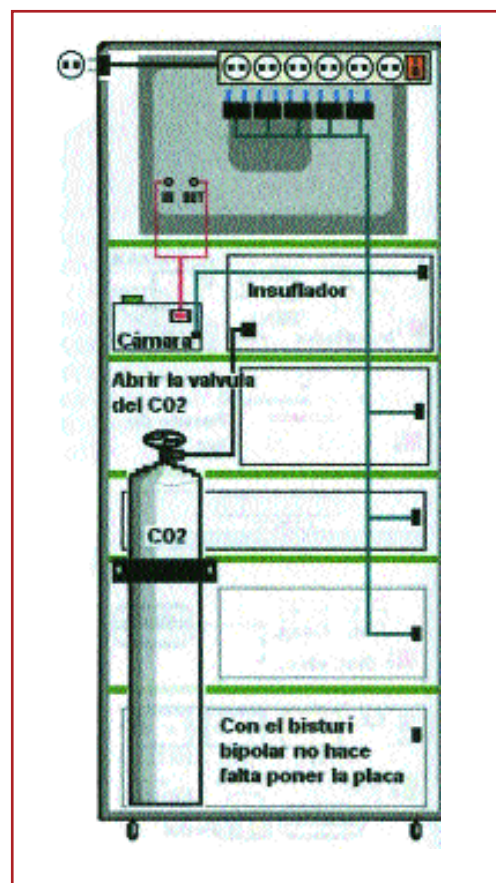
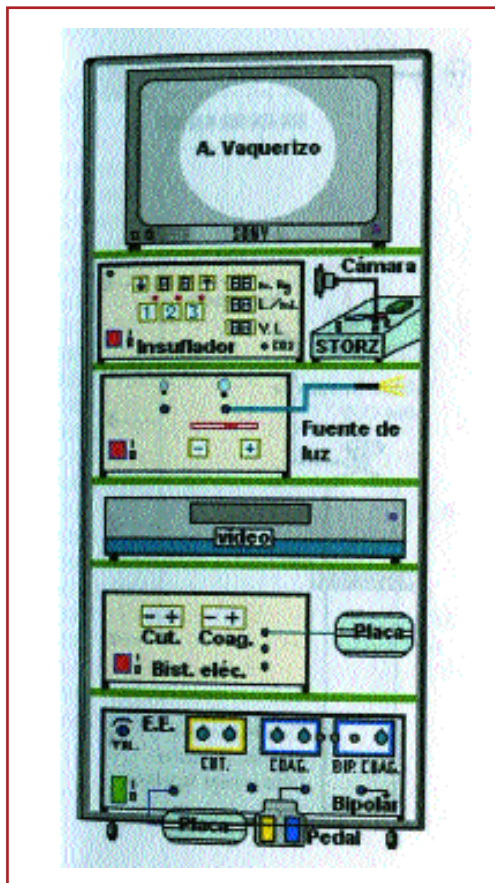
### A) En caso de laparotomía:

- ✓ 1 equipo universal de ropa estéril
- ✓ 1 caja ginecológica de donde se extraerán:
- 2 pinzas de disección c/ dientes y s/ dientes.
- Mango de bisturí y tijeras de Mayo y de Metzembau curvas y rectas.
- 2 portaagujas.
- 4 pinzas de Kocher.

- 4 pinzas de Cryler.
- 2 pinzas de Rochester Pean.
- 2 pinzas de Allis.
- 2 pinzas de anillas.
- 2 separadores de Roux.
- 2 separadores de Farabeuf.
- 1 cazoleta.
- ✓ Bisturí eléctrico y goma de aspiración con Terminal.
- ✓ Hojas de bisturí, gasas y compresas con contraste.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Paño verde estéril.
- ✓ Suero fisiológico para irrigación.
- ✓ Drenaje de redón del nº 12 o nº 14, si procede.
- ✓ Suturas:
- Vicryl nº 0 con aguja cilíndrica.
- Seda nº 0 C20.
- Vicryl rapid nº 0.
- Vicryl nº 1 con aguja triangular.
- Grapas para piel.
- ✓ Material necesario para anestesia general o raquídea.
- ✓ Solución antiséptica (yodo).
- ✓ 1 bote con formol para la muestra.
- ✓ Apósitos.

### B) En caso de laparoscopia:

- ✓ 1 equipo de ropa estéril para cirugía laparoscopia.
- ✓ Batas estériles, compresas y gasas.
- ✓ 1 mango de bisturí con hoja del nº 11.
- ✓ 2 Kocher c/dientes.
- ✓ Pinzas de disección c/dientes y s/dientes.
- ✓ Corte de mayo.
- ✓ 1 portaagujas.
- ✓ Sonda vesical y bolsa de orina estéril.
- ✓ 1 cazoleta.
- ✓ 1 jeringa de 10cc. con suero fisiológico.
- ✓ 1 espéculo vaginal.
- ✓ 1 pinza de Pozzi.



- ✓ 1 movilizador de útero.
- ✓ 1 óptica.
- ✓ Trócares de 5, 10 y 12 mm.
- ✓ 1 reductor de 12 a 5 mm.
- ✓ 1 aguja de Verres.
- ✓ 1 funda de cámara.
- ✓ 1 bolsa para instrumental.
- ✓ Cables de luz fría y neumo.
- ✓ Cable bipolar.
- ✓ Endopinzas de:
  - 1 pinza de agarre.
  - 1 pinza de agarre fuerte.
  - 1 pinza bipolar.
  - 1 pinza de tijeras.
- ✓ 1 sistema de irrigación/aspiración.
- ✓ Vicryl nº 0 y seda triangular 2/0.
- ✓ Apósitos pequeños.
- ✓ Equipamiento para anestesia general.
- ✓ Torre de laparoscopia.

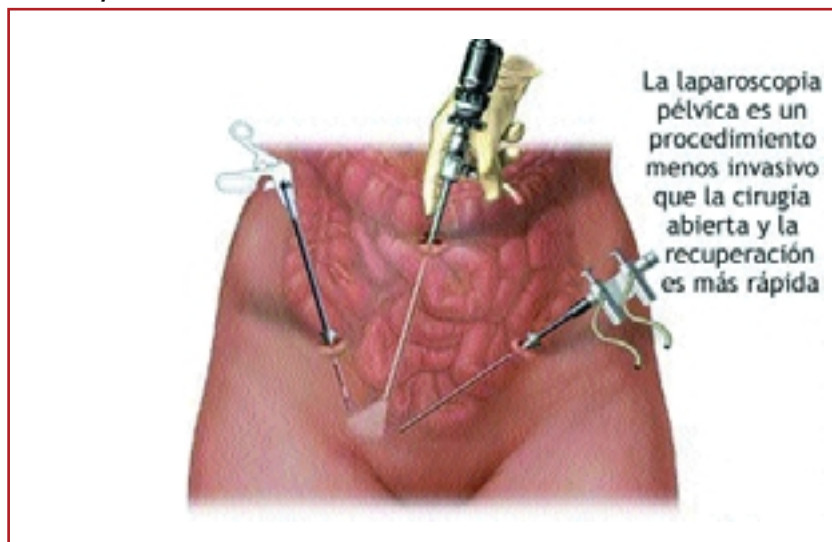
## PROCEDIMIENTO

### A) Laparotomía:

Enfermera instrumentista:

- Incisión de Pfannenstiel o mediana infraumbilical con bisturí frío.
- Apertura de la pared abdominal por planos con bisturí eléctrico y tijeras de mayo.

- Colocación de la valva suprapúbica.
- Colocación de compresas de vientre húmedas y campo de tela húmedo para separar las asas intestinales.
- Se levanta la trompa afectada con pinza de anillas y se colocan dos cryler.
- Se secciona con tijeras curvas y se liga con seda nº 0 y vicryl nº 0.



- Ligadura y cauterización de los vasos sangrantes.
- Entrega a la enfermera circulante de la pieza extraída para su envío a anatomía patológica.
- Recuento de gasas y compresas.
- Cierre de la cavidad por planos con sutura de vicryl nº 1 y vicryl nº 0.
- Sutura de grapas para piel y colocación de apósitos.

## B) Laparoscopia:

### Enfermera instrumentista:

- Se conectan los cables del neumó, la luz fría y la cámara con ayuda de la enfermera circulante.
- Sondaje vesical y colocación del movilizador de útero.
- Incisión infraumbilical con bisturí frío.
- Se introduce aguja de Verres para neumoperitoneo con una jeringa de 10 cc. y suero fisiológico para ver la correcta posición de la aguja.

- Colocación de trócares en fosa iliaca derecha e izquierda y zona infraumbilical.
- Extracción de la trompa por medio de las endopinzas.
- Lavado y aspiración de la cavidades
- Sutura de las incisiones con grapas o seda del nº 2/0.
- Colocación de apósitos.

### Enfermera circulante:

- Recepción del paciente y revisión de historia clínica.
- Colocación de la paciente en mesa quirúrgica en posición de Trendelenburg y con perneras.
- Ayudará al anestesista en la preparación y administración de la anestesia general.
- Ayudar a la enfermera instrumentista en la colocación de aparataje.
- Registro de la actividad quirúrgica.
- Recogida de muestra, etiquetación para su envío a anatomía patológica.

- Al terminar el acto quirúrgico, ayudará al anestesista en la recuperación anestésica y posterior traslado de la paciente a su cama.
- Recogida y reposición del quirófano.

## OBSERVACIONES

- Comprobar siempre posibles alergias de la paciente.
- La enfermera circulante debe estar pendiente de que no ocurran desconexiones accidentales y del nivel de CO<sub>2</sub> de la botella cuando se trate de una intervención por laparoscopia.
- El material de la torre como el cable de luz fría y la cámara son muy delicados por eso se debe evitar doblar el cable de la luz fría para no romper las fibras ópticas y guardar la cámara con su protector (la cámara no se esteriliza).

## BIBLIOGRAFÍA

- Enfermería de quirófano. Ediciones DAE (Grupo Paradigma). Volumen II.  
M A. García García, V. Hernández Hernández, R. Montero Arroyo, R. Ranz González.  
Edición 2005. Pág. 745-746.
- Técnicas de quirófano. Harcourt Brace. L. J. Atkinson, N. Fortunato. Edición 1998. Pág. 624.
- MedlinePlus Enciclopedia Médica: Embarazo ectópico.  
[www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000895.htm](http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000895.htm)
- El Embarazo Ectópico (Ectopic Pregnancy).  
[www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds\\_hrpregnant\\_sp/ectopic.cf](http://www.healthsystem.virginia.edu/UVAHealth/peds_hrpregnant_sp/ectopic.cf)
- Tendencias actuales en el tratamiento del embarazo ectópico.  
[www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29\\_3\\_03/gin02303.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gin/vol29_3_03/gin02303.htm)
- Urgencias Abdominales.  
[es.geocities.com/simplex59/urgenciasabdominales2.html](http://es.geocities.com/simplex59/urgenciasabdominales2.html)

# Aspectos legales en enfermería frente a los riesgos biológicos

## ■ Rafael Jesús López Suarez

Técnico Superior de Prevención de riesgos laborales

Diplomado en Enfermería de Empresa

Experto profesional en Enfermería legal y forense

## RESUMEN

El incumplimiento en la práctica del art. 40.2 de la Constitución Española así como las exigencias del ritmo de trabajo, las condiciones de trabajo, el derecho laboral, la evolución tecnológica, etc. obligaban a establecer un marco jurídico específico escrupulosamente proteccionista respecto a la seguridad y salud de los trabajadores, como amparo legal de los mismos ante las inseguras condiciones laborales.

Y la esencia de este nuevo marco se expresa mediante la Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos laborales y toda su reglamentación, en especial:

El RD 39/97 sobre el Reglamento de los Servicios de Prevención y el RD 664/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud frente a los riesgos biológicos en el trabajo.

Todos los estudios realizados sobre siniestralidad en los profesionales sanitarios apuntan a que el personal de enfermería, es el que mayor riesgo biológico presenta con diferencia de otras categorías laborales.

Es fundamental sensibilizar a las empresas sobre la inversión en costes de prevención tomando las adecuadas medidas preventivas y dispositivos de seguridad, que suponen un ahorro económico sustancial respecto a los costes de no prevención.

Finalmente no olvidar nunca **“REGISTRAR”** todo accidente biológico ante el servicio de prevención.

## PALABRAS CLAVE:

Ley 31/95 Prevención riesgos laborales.

RD 39/97 Reglamento Servicios Prevención.

RD 664/97 Disposiciones seguridad riesgos biológicos. Proyecto Epinetac 1996–2000.

## INTRODUCCIÓN

Los objetivos esenciales que pretende el artículo son:

1. Divulgar entre el personal de Enfermería los aspectos básicos de la actual normativa en prevención de riesgos laborales que afectan a su actividad laboral diaria.
2. Sensibilizar al profesional sanitario y a todo el sistema de gestión sanitaria sobre la

importancia de adoptar medidas preventivas en los puestos de trabajo respecto a los riesgos biológicos, adecuadas a la legislación vigente.

Conocer los aspectos esenciales de la normativa legal en salud laboral es fundamental para combatir eficazmente los riesgos laborales y supone la piedra angular de la llamada **“cultura preventiva”**.

Tengamos en cuenta que cada contagio profesional de una enfermedad derivada del trabajo

lleva aparejado todo un drama personal y familiar a sus espaldas, y la salud así como la vida de cualquier trabajador/a (al igual que la salud del paciente) bien merece realizar todos los esfuerzos necesarios en éste sentido.

Sirva pues mi **“granito de arena”** en ésta disciplina de la prevención como contribución personal al servicio de mi profesión y para todos los enfermeros/as que con su actividad diaria construyen la enfermería.

## OBSERVACIONES

### 1. MARCO NORMATIVO BÁSICO

En el año 1989 entra en vigor la Directiva Marco 89/391 CEE sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en el trabajo para todos los países miembros (1).

Los principios que establece dicha normativa deben incorporarlo a su derecho estatal todos sus miembros entre ellos lógicamente España.

Esta Directiva establece los fundamentos y generalidades de los principios de la acción preventiva para todos los Estados adheridos así como las normas mínimas de salud laboral de cumplimiento obligatorio, con el fin de armonizar e integrar los elementos de la prevención de forma coherente, sistemática y con plazos exigidos.

Tanto esta normativa principal como todas las que constituyen su desarrollo reglamentario en cada país miembro de la Unión Europea son de **“rango mínimo”** es decir, que las disposiciones que contemplan en su articulado jurídico se deben cumplir siempre como garantías mínimas de seguridad y salud para todos los trabajadores.

La transposición al Derecho Español de ésta Directiva Marco lo constituye la Ley 54/2003 de reforma del Marco Normativo de la Prevención de riesgos Laborales (2).

Esta ley (anteriormente llamada Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales) tiene por objeto afrontar la ejecución de las medidas contenidas en el Acuerdo de 30 de diciembre de

2002 que requieren para su puesta en práctica una norma con rango de ley formal y que se refieren a dos ámbitos estrechamente relacionados:

Por un lado la reforma del marco normativo de la prevención de riesgos laborales y por otro el reforzamiento de la función de vigilancia y control del sistema de Inspección de Trabajo y Seguridad Social.

Los principios legales articulados en dicha Ley son de carácter obligatorio para todas las empresas y administraciones del Estado y constituye nuestro “Credo de prevención de riesgos laborales”.

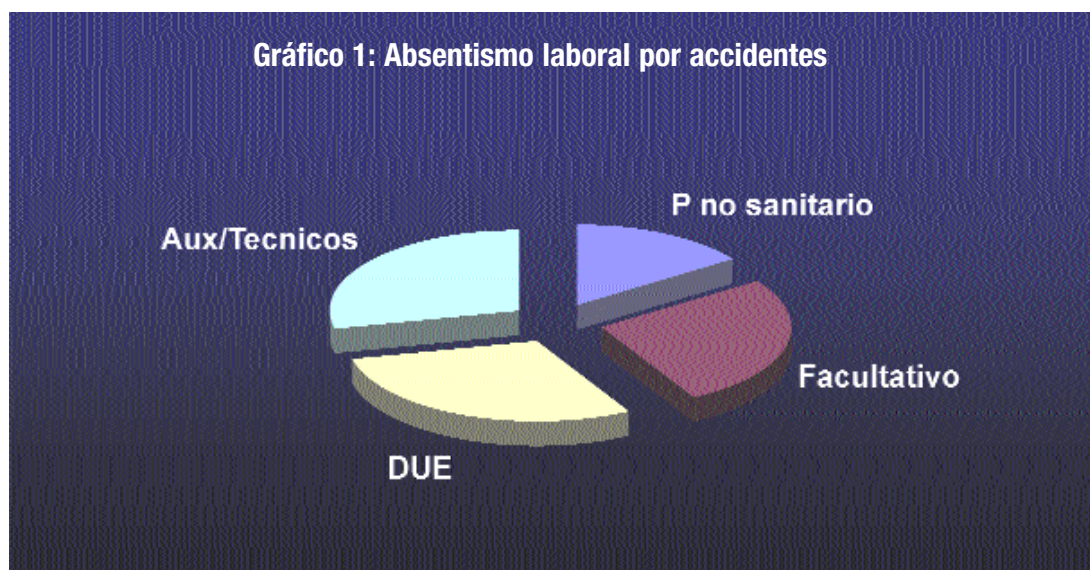
Esta Ley a su vez se desarrolla mediante toda una serie de Reglamentos en forma de “Reales Decretos” entre los que destacan:

- ✓ RD 39/1997 sobre el Reglamento de los Servicios de Prevención (3) el cual determina todas las disposiciones legales mínimas que deben cumplir los servicios de prevención de riesgos laborales, así como determina las aptitudes necesarias para el desarrollo de la actividad preventiva estableciendo la formación mínima necesaria para realizar estas funciones.
- ✓ RD 486/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo (4), entendiendo como lugares de trabajo las áreas del centro de trabajo edificadas o no, en las que los trabajadores deban permanecer ó acceder en razón de su trabajo.
- ✓ RD 1215/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización de los equipos de trabajo (5), entendiéndose por equipo de trabajo cualquier máquina, aparato,

instrumento o instalación utilizado en el trabajo.

- ✓ RD 773/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización de los equipos de protección individual (6), que define como equipo de protección individual el quipo destinado a ser llevado o sujetado por el trabajador para que le proteja de los riesgos que puedan amenazar su salud laboral.
- ✓ RD 664/1997 sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relacionados con la exposición a los agentes biológicos en el trabajo (7), es la normativa esencial que nos ocupa en este artículo y que tiene por objeto la protección de los trabajadores contra los riesgos para su salud y seguridad, derivados de la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

En la actividad laboral diaria para armonizar y dar homogeneidad y coherencia a éstas normativas a la hora de hacer mas fácil y flexible su aplicación práctica en los planes de prevención de los centros de trabajo, existe un Organismo Estatal que es el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (8) formado por miembros de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas, que aprobando los “Protocolos de Vigilancia de la salud” de los trabajadores con la participación de las sociedades científicas y los sindicatos representativos, proporcionan una herramienta esencial de aplicación de la reglamentación correspondiente que hemos mencionado anteriormente, destacando el protocolo respecto a riesgos biológicos.



## 2. EL AMPARO JURÍDICO DE LA ENFERMERÍA ANTE LOS RIESGOS BIOLÓGICOS

Los índices de siniestralidad que afectan a los profesionales de Enfermería son los más altos en cuanto a riesgos biológicos se refiere.

Así lo confirma el “Proyecto Epi-netac” (9), proyecto de la Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública sobre los accidentes biológicos en el personal sanitario y realizado durante el periodo 1996-2000.

Los accidentes biológicos pueden dar lugar a enfermedades como el SIDA y la Hepatitis (B y C), enfermedades que conllevan absentismo laboral y tratamientos muy duros que afectan a la salud física y mental del trabajador.

Se producen por lo tanto cambios bruscos en su entorno personal, familiar y laboral.

En muchas ocasiones el trabajador tiene que abandonar su puesto de trabajo temporalmente e incluso no pueda volver a incorporarse debido a las consecuencias de la enfermedad o a los riesgos que puede representar para otros pacientes (**gráfico nº 1**).

El impacto de todo ello en su vida es tanto económico como social y ante esta delicada situación nos planteamos los recursos de que disponemos.

Es llegado a éste punto donde encontramos el valor y la importancia de la legislación actual en materia de salud laboral.

La enfermería tiene derecho a recibir toda la información precisa sobre los aspectos preventivos en nuestros puestos de trabajo.

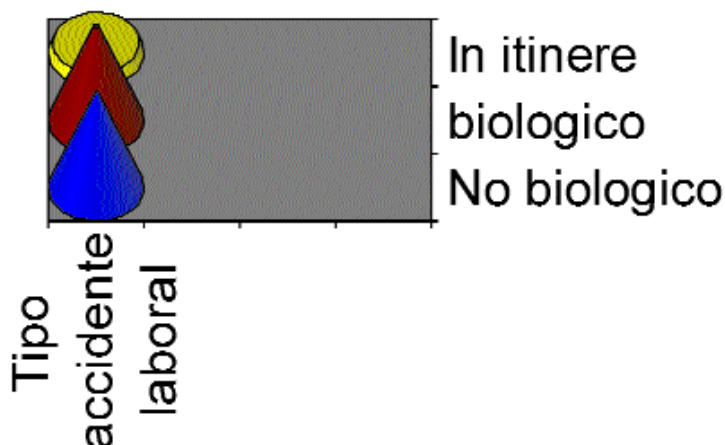
Los accidentes sufridos por pinchazos, cortes, salpicaduras, etc no se producen fortuitamente y tienen su origen en la mayoría de

los casos en una falta de medidas preventivas eficaces en nuestro lugar de trabajo.

En muchas ocasiones las prisas o estrés laboral contribuye a que se materialice el accidente biológico, pero lo fundamental consiste en tener a nuestra disposición los medios apropiados que cumplan las exigencias de seguridad y salud en nuestros puestos de trabajo (guantes, mascarillas, batas, catéteres de inserción venosa seguros...)

Si no disponemos de ello es necesario reclamarlo con pleno derecho a la institución en la que trabajamos.

No es suficiente con el lavado higiénico de manos, el uso de guantes, el hecho de evitar el reencapsulado de agujas o desechar los punzantes contaminados en contenedores habilitados; lo fundamental es exigir el cumplimiento de la normativa vigente y que los productos sanitarios cum-

**Gráfico 2: Accidentes Laborales en Hospital**

plan los controles de calidad correspondientes y su reglamentación específica.

### 3. REFERENCIA LEGAL BÁSICA ANTE EL RIESGO BIOLÓGICO

- ✓ La Constitución Española en su Art. 40.2 nos habla del derecho general de defensa de la seguridad y salud de los trabajadores en el trabajo.
- ✓ La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos laborales como normativa fundamental en la salud laboral en nuestro país, en su art.14 sobre el Derecho a la protección eficaz frente a los riesgos laborales nos habla del deber de protección de la empresa o Administración correspondiente.
- ✓ El derecho a la información, consulta, participación y formación en materia preventiva aparecen reflejados igualmente en

la Ley incluyendo evidentemente el derecho a la vigilancia de la salud en función de los riesgos.

- ✓ La Ley 14/1986 General de Sanidad (10) desarrolla aspectos importantes de la implicación de la Administración Sanitaria en cuanto a la prevención concretamente en el capítulo IV “de la Salud laboral” art. 21 y art. 22).
- ✓ La Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS (11) incorpora elementos preventivos importantes en su art.11.2 “Prestaciones de Salud Pública”, al introducir la promoción y protección de la salud laboral en el conjunto de las iniciativas organizadas por las Administraciones públicas para preservar, proteger y promover la salud de la población en general y por supuesto la de los profesionales del sistema sanitario público.
- ✓ La Ley 55/2003 del Estatuto Marco del Personal Estatutario

de los Servicios de Salud (12) en su art.17 sobre “Derechos individuales” considera un derecho de los trabajadores el recibir una protección eficaz en cuanto a seguridad y salud en el trabajo por parte de la empresa.

## COMENTARIOS

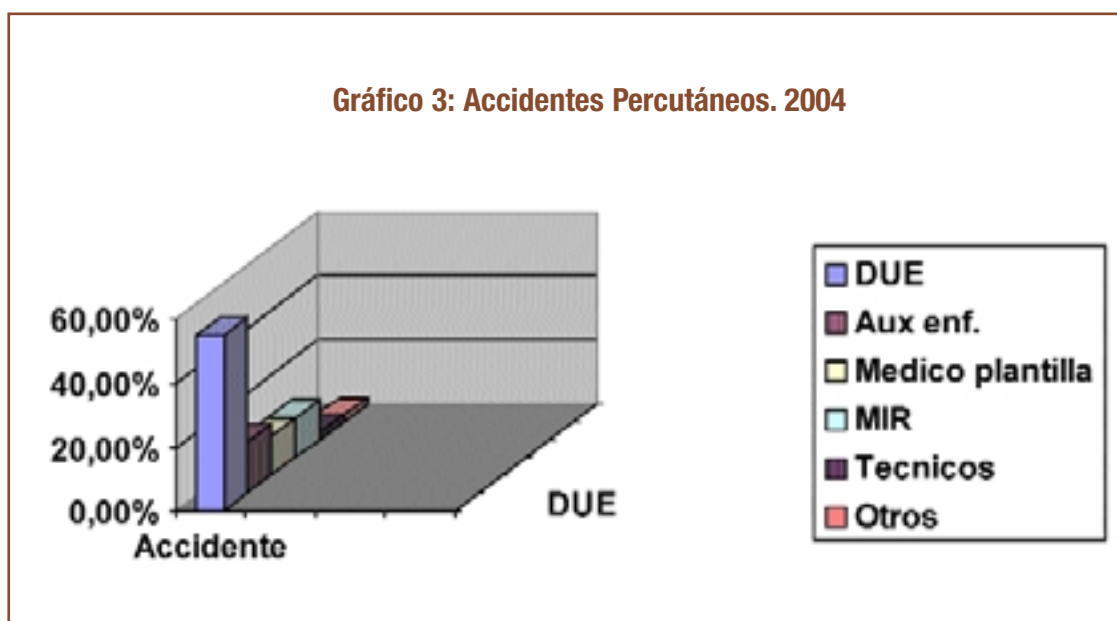
### 1. APUNTE ESTADÍSTICO

Los profesionales sanitarios padecen una media anual de accidentes por pinchazos de 3362 accidentes (**gráfico nº 2**).

Los que presentan mayor riesgo son Enfermería y personal en formación especializada de Medicina. La tasa supone 7,4 accidentes percutáneos por cada 100 trabajadores (**gráfico nº 3**).

No obstante debemos tener en cuenta las llamadas “**Infradeclaraciones**” es decir, los accidentes que no se declaran por el personal en muchas ocasiones ya sea por

**Gráfico 3: Accidentes Percutáneos. 2004**



pereza, miedo al despido, falta de información, falta de sensibilización respecto al tema, despreocupación, etc los cuales no se declaran en un 60%, dato realmente preocupante que por encima de todo debe llevarnos a la reflexión profunda sobre la importancia de este asunto.

Se estima que la cifra anteriormente descrita puede llegar a casi 5400 casos anuales (según datos del Estudio Epinetac).

La tasa de exposición por cada 100 trabajadores entre los enfermeros se ha incrementado en un 58% en el periodo entre 1996 y 2002.

Esto supone que de 5,43 exposiciones por cada 100 en el periodo de 1996 se pasa a 8,6 exposiciones en 2002 para las enfermeras no matronas y de 2,42 en 1996 a 3,82 en 2002 para las matronas.

En general enfermería declara el 46,3% de los accidentes percutáneos.

La falta de recursos materiales contribuye en gran medida a incrementar el riesgo de infecciones y

por ello es necesario poner todos los medios al alcance para evitarlo, como señala la propia Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública.

La consecución práctica de las medidas preventivas puede llegar a suponer un ahorro para el sistema sanitario del 73%, son los llamados **“Costes de Prevención”** porque suponen inversión en actividad preventiva, frente a los costes como consecuencia de pinchazos accidentales en el personal sanitario **“Costes de no Prevención”**.

## 2. REPERCUSIONES ECONÓMICAS DE LAS EXPOSICIONES ACCIDENTALES

A partir del estudio del coste medio anual del seguimiento de Hepatitis B, C y VIH en el personal sanitario que ha sufrido un accidente se han obtenido una serie de conclusiones respecto al importe económico de los costes por accidentes en el personal sanitario.

Los costes afectan a los sectores siguientes:

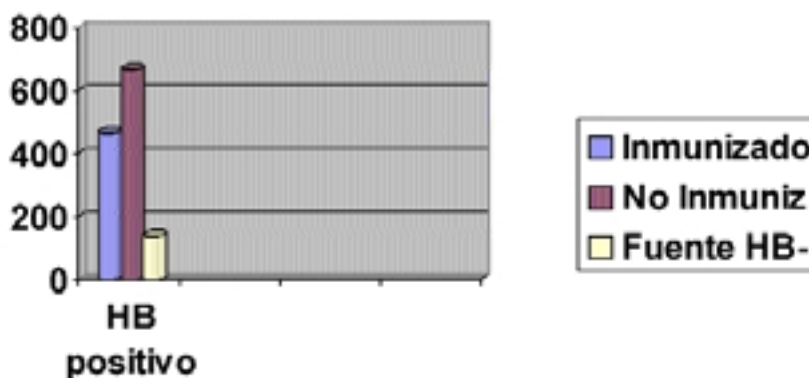
- ✓ Personal: Coste de dedicación del personal.
- ✓ Laboratorio: Costes de las analíticas realizadas.
- ✓ Farmacia: Costes de las dosis de Inmunoglobulina específica frente Hepatitis B Limpieza.
- ✓ Teléfono.
- ✓ Energéticos: Agua, gas y electricidad.
- ✓ Material sanitario y de oficina:
- ✓ Pérdidas productivas: Productividad perdida por el personal sanitario accidentado debido al tiempo empleado en el proceso de seguimiento.

El coste medio anual de cada inoculación supone unos 266 euros (**gráfico 4**).

En caso de fuente hepatitis B positiva el coste medio supone 518 euros si el accidentado no estaba inmunizado y de 320 euros si lo estaba.

El mayor coste reside en las pruebas **“SEROLÓGICAS”**.

**Gráfico 4: Coste medio anual (euros)  
Inoculaciones según relación: fuente Hop. B  
+ / estado vacunal sujeto accidentado**



### 3. DISPOSITIVOS DE BIOSEGURIDAD Y REGISTRO

El colectivo de Enfermería tanto de España como de toda la Unión Europea reclama medios y dispositivos seguros para reducir la exposición accidental al Sida y la Hepatitis.

Así lo manifiestan instituciones como el propio Consejo General de Enfermería (CGE) y el Sindicato de Enfermería (SATSE).

El grupo de mayor exposición a procesos infecciosos por accidentes biológicos lo representa la enfermería.

Cada enfermero lleva a cabo una media diaria de 12 pruebas con material punzante ya sea por punciones endovenosas así como por aplicación de inyectables.

Uno de cada dos profesionales de enfermería sufre un accidente al año y tras producirse el pinchazo accidental sólo el 52% de ellos se someten a los protocolos de prevención.

Cada año se declaran en España una media de 11660 exposiciones accidentales con material biológico, y este hecho sólo representa una parte que precisamente no es la mayor ya que como se ha comentado anteriormente tenemos que contar con los siniestros no declarados, que por miedos diversos gran número de profesionales no declaran ante los servicios de prevención.

Este aspecto me parece fundamental a considerar en relación a los aspectos legales relacionados con la exposición a los agentes biológicos ya que es fundamental tanto el registro de los accidentes biológicos en nuestro centro de trabajo, como proceder al seguimiento post-exposición por el servicio de prevención precisamente para la catalogación del siniestro como accidente de trabajo e incluso como enfermedad profesional, si llega el caso de producirse materialmente el contagio de hepatitis vírica o VIH (gráfico nº 5).

En definitiva de lo que estamos hablando es de “Cultura Preventiva” y de consecuencias económicas fundamentales a nivel personal y familiar.

Sirva de ejemplo ilustrativo el contagio de una enfermedad profesional como la hepatitis C por un trabajador sanitario, el cual no ha registrado un accidente con material biológico (sangre tras inoculación) y no se ha sometido al protocolo de exposición posterior por el servicio de Medicina Preventiva; este trabajador no presenta prueba documentada respecto al accidente y por lo tanto no puede demostrarse jurídicamente la relación causal del accidente con la enfermedad profesional correspondiente (aunque sea cierto).

Ello implica, que si desgraciadamente como ocurre en muchísimos casos tras su estado físico y emocional posterior se le propone para incapacidad parcial o total para el ejercicio profesional, la invalidez supondrá económica-

mente una cantidad ínfima respecto de la base reguladora de cotizaciones, asunto muy distinto si el proceso se hubiera registrado adecuadamente, con lo que las prestaciones económicas serían mucho más importantes y protectoras para el trabajador y para su familia evidentemente.

Yo creo, que en todo este asunto tienen mucho que decir los servicios de prevención de los centros de trabajo, concretamente el servicio de Medicina preventiva o vigilancia de la salud como responsables de la información control y seguimiento de los accidentes, así como responsables de la realización de los correspondientes reconocimientos de salud preventivos a todo los trabajadores, tanto inicialmente tras la incorporación del trabajador a su puesto como de forma protocolizada según riesgos específicos en los diferentes servicios (cumpliendo así el mandato legal de la Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales en su art. 22 de Vigilancia de la salud).

Por todo ello si disponemos de

dispositivos de seguridad que permitan una práctica enfermera segura y si registramos los accidentes laborales, estaremos contribuyendo para lograr una enfermería asistencial más segura tanto para el profesional como para el paciente y por lo tanto mayor garantía en la atención al paciente.

#### 4. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE ACCIDENTES BIOLÓGICOS

El servicio de Medicina preventiva del centro sanitario, es el área de los servicios de prevención que canaliza este proceso fundamental sobre el que a continuación se comentan los aspectos esenciales.

##### 4.1 Accidentes percutáneos (cortes, pinchazos...)

- Retirar el objeto con el que se ha producido el accidente.
- Limpiar la herida con agua corriente sin restregar, dejando fluir la sangre durante 2-3 minutos induciendo el sangrado si es preciso.

- Desinfectar la herida con povidona yodada u otro antiséptico y aclararla bien.

- Cubrir la herida con apósito impermeable.

##### 4.2 Salpicaduras de sangre o fluidos a piel

- Lavado con jabón y agua.

##### 4.3 Salpicaduras de sangre o fluidos a mucosas

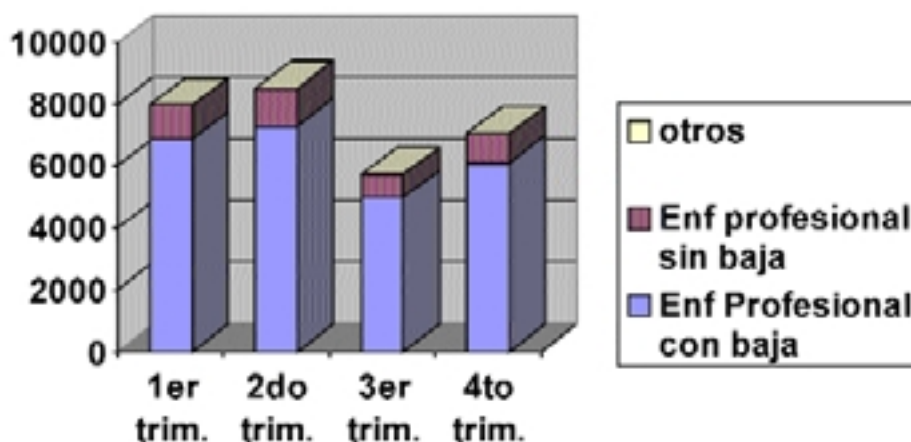
- Lavado inmediato con agua abundante.

##### 4.4 Recomendaciones prácticas de vacunación

- Cuando la evaluación de riesgos llevada a cabo por el servicio de prevención correspondiente (según Ley 31/95 de prevención de riesgos laborales, art. 16) demuestre la existencia de un riesgo para la seguridad y salud del trabajador por agentes biológicos contra el que exista vacuna eficaz, dicho servicio deberá ofrecer dicha vacuna y además hacerlo **“por escrito”**.

Son vacunas eficaces recomendadas para el trabajador son las referentes a:

Gráfico 5: Dato general. Año 2005



- ✓ **Gripe:** Siempre está indicada en todo el personal sanitario, anualmente.
- ✓ **Tétanos-Difteria (dT):** Si no se está vacunado. La vacuna viene acompañada de Difteria y se recomienda dosis de recuerdo cada 10 años.
- ✓ **Rubéola:** Si no se está vacunado. Recomendada a todo el personal sanitario incluido el masculino y se presenta en forma de triple vírica.
- ✓ **Hepatitis B:** Prioritaria en caso de no estar vacunado. 2ª dosis al mes (de la primera), y 3ª dosis a los seis meses.

La vacunación no supondrá gasto alguno para el trabajador.

Podrá elaborarse un certificado de vacunación que se expedirá al trabajador referido.

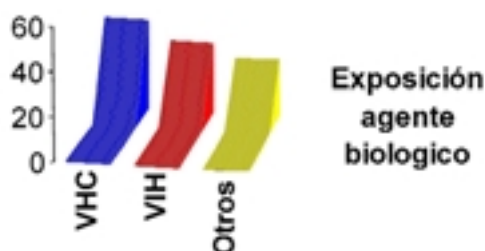
Todos los accidentes deberán ser comunicados al servicio de Medicina preventiva correspondiente, para su registro documentado con apertura de historia clínico-laboral y posterior plan de seguimiento.

Al personal expuesto por accidente al VHB se le debe ofrecer la vacunación correspondiente y gammaglobulina específica según los protocolos del servicio.

Al personal expuesto accidentalmente al VHC debe ofrecérsele profilaxis con gammaglobulina inespecífica (**gráfico nº 6**).

A pesar de no haberse demostrado la eficacia del tratamiento con Zidovudina (ZDV) para prevenir la infección por VIH tras accidente laboral, la aplicación de este tratamiento debe ser individualizada por lo que debe estar disponible a cualquier hora del día en los centros de trabajo.

**Gráfico 6: Hospital**



## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Directiva Marco 89/391 CEE. Disposiciones mínimas de seguridad y salud en el trabajo, para todos los países de la Unión Europea. Página 3.
- (2) Ley 54/2003 de Reforma del Marco Normativo de la Prevención de riesgos laborales. Anteriormente llamada Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales. Página 3.
- (3) RD 39/1997 sobre el Reglamento de los Servicios de Prevención. Pág. 4.
- (4) RD 486/1997 Disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. Página 4.
- (5) RD 1215/1997 Disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización de los equipos de trabajo. Página 4.
- (6) RD 773/1997 Disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización de los equipos de protección individual. Página 4.
- (7) RD 664/1997 Disposiciones mínimas de seguridad y salud relacionados con la exposición a los agentes biológicos en el trabajo. Página 5.
- (8) Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolos específicos de vigilancia de la salud de los trabajadores. Página 5.
- (9) Proyecto Epinetac (1996-2000). Sociedad Española de Medicina Preventiva y Salud Pública. Estudio y seguimiento de las exposiciones a los agentes biológicos en el personal de enfermería. Página 5.
- (10) Ley 14/1986 General de Sanidad. Página 7.
- (11) Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Página 7.
- (12) Ley 55/2003 Estatuto Marco Personal Sanitario de los Servicios de Salud. Página 7.

# OBESIDAD Y SOBREPESO EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE PRIMARIA DEL MUNICIPIO DE PARADAS (SEVILLA)

- **Amparo Barrera Montero.** Diplomada en Enfermería. Profesora Titular de Enfermería Materno Infantil. Escuela Universitaria Francisco Maldonado de Osuna. Enfermera de atención primaria del centro de Salud de Puebla de Cazalla.
  - **Juan Antonio Fernández López.** Doctor en Medicina. Profesor Titular de Farmacología. Escuela Universitaria Francisco Maldonado de Osuna.
  - **Lucía Raya Barrera.** Diplomada en Enfermería.
  - **María del Rosario López Zabala.** Doctora en Medicina. Especialista en Medicina Familiar y comunitaria. Médico de Atención primaria. Centro de Salud Reina Sofía.
- El presente estudio se ha realizado en la Escuela Universitaria de Enfermería de Osuna. Escuela Universitaria "Francisco Maldonado".

## RESUMEN

La obesidad se considera actualmente como la epidemia del siglo XXI. En los últimos treinta años se ha producido un incremento en su prevalencia, siendo uno de los trastornos nutricionales mas frecuentes en la infancia y en la adolescencia. En los estudios que se han realizado se objetiva un incremento en su incidencia en los países del sur de Europa. Dentro de nuestro País la incidencia es mayor en las comunidades de Andalucía y Canarias.

En Andalucía se ha triplicado su incidencia en los últimos 20 años. Este incremento ha motivado que tanto El Ministerio de Sanidad y Consumo, como la Consejería de Sanidad pusieran en marcha planes para actuar en los distintos segmentos que se relacionan con este incremento de prevalencia. Se actuará sobre los grupos de edades comprendidos entre los 6 y 12 años de edad.

Dentro de los objetivos marcados se hace una especial mención a la actuación a nivel escolar, en el campo de la educación, así como, dentro del campo de la educación sanitaria se marca el papel que desempeñarán los Diplomados en Enfermería por su labor asistencial de proximidad.

Todas las medidas se encaminan a disminuir la prevalencia y secundariamente a descender el coste asistencial y social que se sitúa actualmente en un 7% del total del gasto sanitario total de la Comunidad económica Europea.

## PALABRAS CLAVE:

Obesidad, Sobrepeso, población infantil, índice de masa corporal, prevalencia, percentil 95

## SUMMARY

Obesity is considered a XXI century epidemic. In the last thirty years there has been an increase in its prevalence, becoming one of the more frequent nutritional disorders in childhood and adolescence.

It has been observed in previous studies an increase in its incidence in countries of southern Europe. In Spain the highest incidence is found in Andalusia and the Cannary Islands.

In Andalusia its incidence is three times higher than it was twenty years ago. This increase is the reason for the campaigns of both national and regional Health Ministries to act on the different circumstances related with it. Most acts will be on 6 to 12 years old children.

Within the targets of these plans a special reference is made to the school and educational area, as well as health education and the role of nurses in primary care.

All these steps will be taken in order to reduce prevalence as well as health and social costs, that has been calculated to be a 7% of total health costs of the European Community.

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad compleja, donde existen múltiples factores implicados: ambientales, genéticos, neuroendocrinos, metabólicos, conductuales y de estilo de vida.

Su valoración en el niño y en el adolescente es mas difícil que en el adulto, debido a los cambios continuos que se producen en la composición corporal durante el crecimiento. Se consideran unos periodos críticos para el desarrollo de la obesidad : tercer trimestre de gestación y primer año de vida, entre los 5 y 7 años de edad y finalmente el que corresponde a la adolescencia.

La obesidad es la enfermedad nutricional de mayor prevalencia en los niños y adolescentes de los países industrializados, considerándose en el siglo actual, como uno de los grandes problemas de salud pública.

En EEUU el 20% de los niños presentan sobrepeso.

En la Unión Europea, el número de niños obesos aumenta a un ritmo de 400.000 al año. La obesidad representa hasta un 7% del gasto sanitario en la Europa de los 25.

En España la prevalencia de obesidad es del 13,9% y la de sobrepeso del 12,4%.

En Andalucía la obesidad infantil se sitúa en el 18%, mientras que la tasa de sobrepeso está en un 20 %. En los últimos 20 años se ha triplicado la obesidad en el tramo comprendido entre los 6 y los 12 años”.

El sistema sanitario tiene un importante papel en este proyecto, participando tanto en la prevención primaria, mediante el seguimiento de salud de los niños sanos y el consejo nutricional, como en la detección precoz del sobrepeso y su tratamiento

Se han propuesto líneas de actuación a desarrollar en diversos escenarios por el Ministerio de Sanidad y Consumo dentro de la estrategia NAOS que comprenden actuaciones a nivel de centros escolares, sistema sanitario, municipios, empresas, movimiento asociativo. Andalucía ha puesto en Marcha siguiendo la estrategia NAOS y las iniciativas de la Unión Europea dentro del “EU Platform on Diet Physical Activity and Health”, el Plan Andaluz de Obesidad Infantil

## OBJETIVO

Identificar la prevalencia de obesidad en los alumnos de primaria con edades comprendidas entre los de 5 a 12 años de edad de la Población de Paradas en Sevilla.

## MATERIAL Y MÉTODO

El presente trabajo se ha realizado en el municipio de Paradas, provincia de Sevilla.

Se realiza el estudio observacional sobre la totalidad de la población escolar de primaria, con un total 457 individuos, con edades comprendidas entre los 5 y 12 años de edad.

La labor de campo, consistente en la recogida de datos, se realizó durante los meses de octubre y noviembre del curso escolar 2005-06, en el Colegio Público de Educación Infantil y Primaria “Luis Vives” de Paradas, donde se analizaron la totalidad de la población escolarizada en los cursos 1º, 2º, 3º, 4º, 5º y 6º de enseñanza primaria.

Previamente a la recogida de datos se solicitó la autorización correspondiente, a la dirección del centro escolar. A todos los padres se les pidió consentimiento previo para la participación de los escolares en el estudio.

Las mediciones y la recogida de información se hicieron por el mismo equipo investigador para evitar el sesgo del observador. Esta labor fue realizada por dos diplomadas en enfermería con experiencia en medición de parámetros antropométricos

Se recogieron los siguientes datos: sexo, edad, peso, talla, perímetro de cintura, perímetro de caderas, pliegue subescapular, pliegue abdominal.

Las mediciones para el peso se realizaron utilizando una balanza electrónica calibrada periódicamente. La talla se midió utilizando tallímetros portátiles de pared homologados. Las circunferencias se midieron con cintas métricas inextensibles siguiendo protocolos estandarizados. Los pliegues cutáneos se midieron utilizando un cáliber homologado.

Con los datos recogidos se procedió a calcular:

- El índice de masa corporal (IMC) del alumno mediante la realización del cociente entre el peso del individuo en gramos y la talla expresada en cm al cuadrado.
- El índice de cintura y cadera que se determinó mediante el cociente entre el perímetro de la cintura y el de la cadera, ambos medidos en centímetros.

Se han definido el sobrepeso y la obesidad utilizando, utilizando como criterio el valor del IMC. Fueron considerados como puntos de cortes los valores correspondientes al percentil 85 para el sobrepeso y al percentil 95 para la obesidad, que se recogen especificados en función a la edad y sexo en la distribución de referencia para la población de las distintas edades, según las Tablas de la Fundación Orbegozo (1).

## RESULTADOS

Se ha realizado el estudio sobre la totalidad de los alumnos de primaria del colegio público “Luis Vives” de Paradas.

■ “Obesidad y sobrepeso en la población escolar de primaria del municipio de Paradas (Sevilla)”

Los alumnos estudiados fueron 457, de los que 232 (50,77%) eran varones y 225 (49,23%) eran mujeres. Con edades comprendidas entre los 5 y 12 años de edad.

Se procedió a la medición de parámetros antropométricos: peso, talla, perímetros de cintura y cadera. Se calculó a

partir del peso y la talla el índice de masa corporal (IMC). Se determinó el índice cintura cadera (ICC.)

Las características antropométricas de los escolares se muestra en la tabla nº 1.

**Tabla nº 1. Características antropométricas de los escolares de muestra**

| Variable   | Media | Desv. stand. | Mínimo | Máximo |
|------------|-------|--------------|--------|--------|
| Edad       | 9     | 2            | 5      | 12     |
| Peso (Kg)  | 38,4  | 10,9         | 15     | 82     |
| Talla (cm) | 136,1 | 14           | 107    | 171    |
| IMC        | 18,32 | 3,6          | 10,79  | 32,4   |
| PCT        | 1,5   | 0,7          | 0,5    | 3,5    |
| Cintura    | 63,53 | 9,5          | 34     | 90     |
| Cadera     | 76,9  | 28,6         | 52     | 113    |
| ICC        | 0,83  | 0,07         | 0,53   | 1,23   |

IMC: Índice de masa corporal. PCT: Pliegue cutáneo tricipital. ICC: Índice cintura/cadera.

Las medidas antropométricas de los escolares por género se expresa en la tabla nº 2.

Para el diagnóstico de obesidad escolar se utilizó el IMC, empleando para ello los datos antropométricos obtenidos en el aula por parte de las diplomadas en enfermería.

**Tabla nº 2. Medidas antropométricas de los escolares por género**

| Variable    | n = 457       |             |               |             |
|-------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
|             | Varones n=232 |             | Mujeres n=225 |             |
|             | Media         | Des. stand. | Media         | Des. stand. |
| Peso (Kg)   | 34,6          | 10,1        | 35,1          | 11,6        |
| Talla (c m) | 135,9         | 15,53       | 136,3         | 12,28       |
| IMC         | 28,18         | 3,35        | 18,46         | 3,84        |
| Cintura     | 64,22         | 9,55        | 62,82         | 9,47        |
| Cadera      | 74,66         | 9,56        | 79,1          | 11,3        |
| PCT         | 1,4           | 0,7         | 1,6           | 0,6         |
| ICC         | 0,85          | 0,08        | 0,82          | 0,06        |

La medida de los IMC en los escolares por género se recoge en la tabla nº 3.

Para el cálculo del IMC del escolar, se utilizaron los datos de peso y talla medidos en el aula. La prevalencia de obesidad encontrada fue la siguiente:

Se consideró escolar obeso por la medición del IMC,

aquel alumno de 12 o menos años de edad, cuyo IMC era superior al percentil 95 de los individuos de la misma edad y género.

Por este criterio 91 escolares (19,91 %) eran obesos, de los cuales 47 eran varones (10,28%) y 44 (9,63 %) mujeres.

Tabla nº 3. Medida de los IMC en los escolares por género

| Edad<br>en años | n=457         |             |               |             |
|-----------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
|                 | Varones n=232 |             | Mujeres n=225 |             |
|                 | IMC           |             | IMC           |             |
|                 | Media         | Des. stand. | Media         | Des. stand. |
| 5               | 16.21         | 2.8         | 15.96         | 3.11        |
| 6               | 16.91         | 2.71        | 17.08         | 3.54        |
| 7               | 16.99         | 2.86        | 17.34         | 2.86        |
| 8               | 17.46         | 3.2         | 17.85         | 2.69        |
| 9               | 18.89         | 3.69        | 18.65         | 3.68        |
| 10              | 19.98         | 4.2         | 19.84         | 4.95        |
| 11              | 18.87         | 2.97        | 19.66         | 3.82        |
| 12              | 18.58         | 2.43        | 19.15         | 4.28        |

La prevalencia de obesidad según la edad de los escolares y el género se expone en la figura nº 1.

La prevalencia de escolares obesos en relación al total de alumnos de su género y edad se recogen en la figura nº 2.

Se consideró escolar con sobrepeso por la medición del IMC, aquel alumno de 12 o menos años de edad, cuyo IMC era superior al percentil 85 de los individuos de la

misma edad y género e inferior al percentil 95.

Por este criterio 81 escolares (17.72 %) tenían sobrepeso, de los cuales 42 eran varones (9.19 %) y 39 (8.53 %) mujeres

La prevalencia de obesidad según la edad de los escolares y el género se expone en la figura nº 3.

Fig. 1. Prevalencia de obesidad diagnosticada por el IMC según la edad y el género

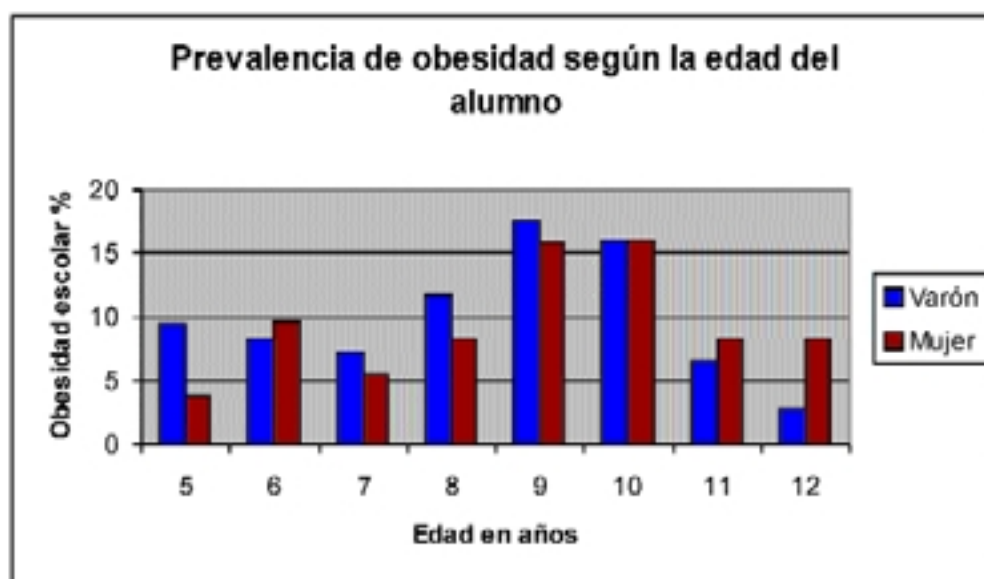


Fig. 2 Prevalencia de escolares obesos en relación al total de alumnos de su género y edad

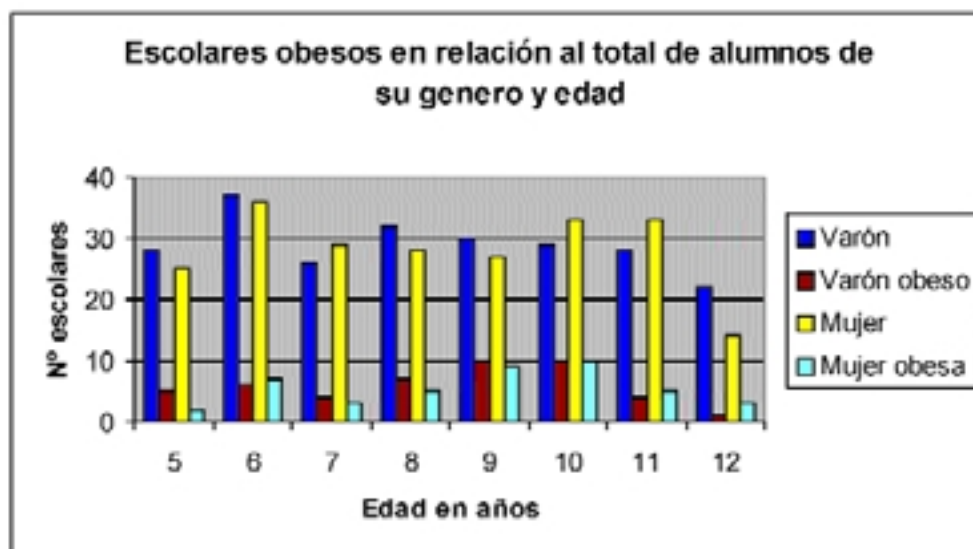


Figura nº 3. Prevalencia de obesidad según la edad de los escolares y el género

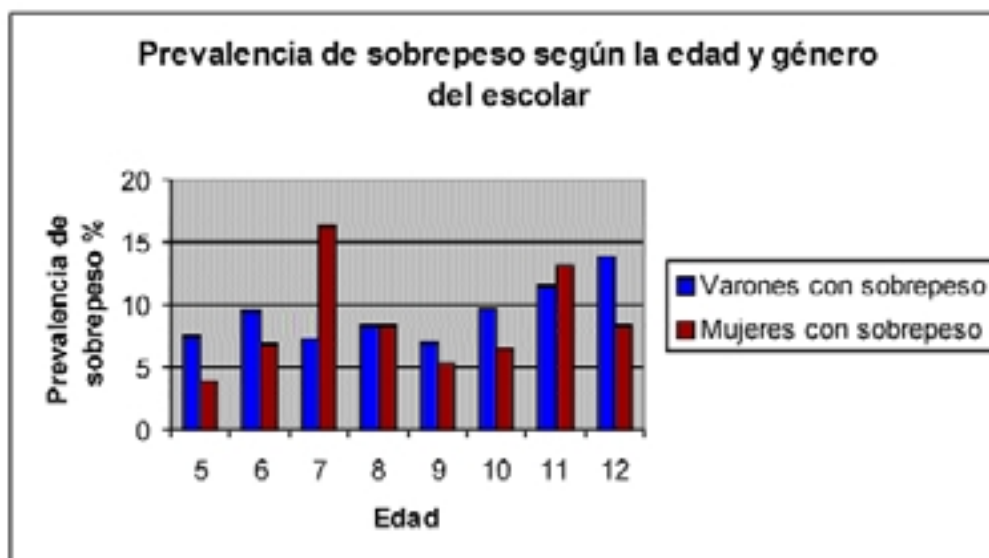


Figura nº 4. Prevalencia de escolares con sobrepeso en relación al total de alumnos de su género y edad



La prevalencia de escolares con sobrepeso en relación al total de alumnos de su género y edad se recogen en la figura nº 4.

En las tablas nº 4 y 5 se muestra la media y la desviación estándar de la circunferencia de la cintura por género en

nuestro estudio y relacionado con trabajos realizados en el Reino Unido (UK) (2) y en los Estados Unidos (3). Como se puede apreciar, los valores encontrados en nuestro estudio son mayores que los existentes en los países mencionados.

Tabla nº 4. Valores comparativos de la media y la desviación estándar de la circunferencia de la cintura en Paradas, UK y EEUU en el género femenino

| Edad | Nº | Media (DE)   | UK         | USA |
|------|----|--------------|------------|-----|
| 6    | 36 | 56,44 (8,7)  | 52,2 (3,8) | 53  |
| 7    | 29 | 59,91 (6,6)  | 54,4 (4,7) | 54  |
| 8    | 28 | 61,2 (7,5)   | 55,3 (4,6) | 58  |
| 9    | 27 | 64,01 (8,6)  | 56,8 (4,9) | 60  |
| 10   | 33 | 67,33 (10,7) | 58 (5,5)   | 63  |

**Tabla nº 5. Valores comparativos de la media y la desviación estándar de la circunferencia de la cintura en Paradas, UK y EEUU en el género masculino**

| Edad | Nº | Media (DE)   | UK         | USA |
|------|----|--------------|------------|-----|
| 6    | 37 | 57,83 (6,5)  | 52,8 (3,7) | 54  |
| 7    | 26 | 58,63 (6,4)  | 54,6 (4,0) | 55  |
| 8    | 32 | 63,65 (8,1)  | 55,7 (4,8) | 59  |
| 9    | 30 | 67,23 (11,9) | 58,1 (5,6) | 62  |
| 10   | 29 | 67,79 (9,8)  | 59,6 (5,7) | 64  |

## DISCUSIÓN

La obesidad infantil se considera una situación de riesgo para poder desarrollar en el futuro una enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2, entre otras patologías.

Un niño o adolescente obeso tiene el 80% de posibilidades de seguir siendo obeso de adulto. Esta persistencia de obesidad se asocia a un aumento de morbi-mortalidad.

Está demostrado que la prevalencia del síndrome metabólico aumenta directamente con el grado de obesidad y de resistencia a la insulina. Aproximadamente el 30% de los adolescentes obesos tiene dicho síndrome y nueve de cada diez tienen al menos una característica del mismo. Los datos actuales evidencian la necesidad de poner en marcha estrategias terapéuticas desde la infancia, dirigidas a corregir la obesidad en sus fases iniciales. (4,5)

En EEUU los estudios realizados por Lee JM han demostrado que los niños entre 6 y 11 años y entre 12 y 17 años, que eran obesos tenían dos veces mas posibilidades de desarrollar diabetes, que niños de su misma edad con peso normal. (6)

En los Estados Unidos las enfermedades relacionadas con el sobrepeso representan un 75% del coste de la asistencia sanitaria. Los gastos generados por la diabetes ascienden a 132 millones de dólares, la obesidad a 117 millones de dólares y la de enfermedades cardiovasculares a 351 millones de dólares. A nivel individual, los gastos médicos de un adulto norteamericano obeso son un 37% superiores a los de una persona de peso normal.

En relación a la distribución de costes en directos e indi-

rectos, es importante señalar que las dos terceras partes de los costes de la obesidad son indirectos.

La asociación de la obesidad en la infancia con la obesidad en la edad adulta y otros factores de riesgo cardiovascular, nos ha llevado a valorar la prevalencia actual en una población de nuestro medio. La prevalencia que hemos hallado ha sido superior a la de la mayoría de los estudios consultados.

Según el estudio enKid, finalizado en el 2001, sobre los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil española, la prevalencia de obesidad es del 13,9%, y del 12,4% en sobrepeso (7). En nuestro estudio hemos obtenido una prevalencia del 19,91% para la obesidad y un 17,72 % para el sobrepeso.

Considerando como criterio de definición de obesidad las recomendaciones de *The International Obesity Task Force*, (8) en Europa la prevalencia de sobrepeso en niños de 7 a 11 años oscila del 10 al 35%; y en adolescentes la prevalencia oscila del 9 al 23%. (9)

En EE.UU. la prevalencia de sobrepeso y obesidad también se ha duplicado en las últimas dos décadas, siendo actualmente del 15%. (10).

El aumento de la prevalencia implica que la lucha contra la obesidad en la Comunidad Autónoma Andaluza genera un gasto anual directo a las arcas sanitarias de más de 130 millones de euros. Costes que son equivalentes al existente en el conjunto de la Unión Europea, es decir un 7 % del gasto sanitario anual.

Este incremento de la prevalencia ha condicionado que se planteen cambios en la forma habitual de manejo de los problemas clínicos que ya se aplican en otros aspectos de la salud: abordaje de los tratamientos de forma pactada, trabajo grupal en educación para la salud, aplicación de estrategias cognitivo-conductuales y enfoque familiar sistémico.

Las iniciativas dirigidas a luchar contra la obesidad entre los jóvenes tienen que tomarse desde todos los niveles y

teniendo en cuenta a todos los actores implicados: colegios, familia, sociedad, autoridades públicas y sanitarias, industria de la alimentación. (11,12). El diplomado en enfermería es un eslabón fundamental en el campo de la educación para la salud y deberá implementar su participación en la planificación de estrategias en los campos anteriormente mencionados y dentro de sus competencias.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández M., Castellet J., García M., Narvaiza J.L., Rincón J.M., Ruiz I., et al. Curvas de crecimiento. Instituto de Investigación sobre crecimiento y desarrollo. Bilbao. Fundación Orbegozo.1985.
2. McCarthy H., Jarret K. Crawley H. The development of waist circumference percentiles in British children aged 5.0-16.9 y. *Eu J Clin Nutr.* 2001;55:902-7.
3. Freedman D., Serdula M., Srinivasan S., Berenson G. Relation of circumferences and skinfold thicknesses to lipid and insulin concentrations in children and adolescent: the Bogalusa Hear Study. *Am J Clin Nutr.* 1999; 69:308-17.
4. Cook S., Weitzman M., Auinger P., Nguyen M., Dietz WH. Prevalence of a metabolic syndrome phenotype in adolescents: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey,1988-1994. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003; 157: 821-7.
5. Weiss R., Dziura J., Burgert T.S., Tamborlane W.V., Taksali S.E., Yeckel C.W., et al. Obesity and the metabolic syndrome in children and adolescents. *N. Engl. J. Med.* 2004; 350: 2362-74.
6. Lee J.M., Herman W.H., McPheeters M.L., Gurney J.G. An epidemiologic profile of children whit diabetes in the U.S. *Diabetes Care* 29; 420-421.2006.
7. Serra L., Ribas L., Aranceta J., Pérez C., Saavedra P., Pena L. Childhood and adolescent obesity in Spain. Results of the enKid study (1998-2000). *Med. Clin. (Barc.)* 2003, 121: 725-32.
8. Dietz W.H., Bellizzi M.C. Assessment of childhood and adolescent obesity: results from an International Obesity Task Force workshop. *Am. J. Clin. Nutr.* 1999; 70: 117S-75S.
9. Lobstein T., Frelut M.L. Prevalence of overweight among children in Europe. *Obes. Rev.* 2003, 4: 195-200.
10. Ogden C.L., Flegal K.M., Carroll M.D., Johnson C.L. Prevalence and trends in overweight among US children and dolescents, 1999-2000. *JAMA* 2002; 288: 1728-32.
11. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
12. Martínez Rubio, A. Prevención integral de la obesidad infantil: el Plan Andaluz. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria.* 2005;7 Supl. 1:S 21-34.

# PROBLEMAS IDENTIFICADOS EN ATENCIÓN DOMICILIARIA EN PACIENTES DEPENDIENTES Y SUS CUIDADORAS A TRAVÉS DE LA TAXONOMÍA NANDA

- José M<sup>a</sup> Ponce González<sup>1</sup>
- M<sup>a</sup> Luz Bellido Moreno<sup>2</sup>
- Inmaculada Cortés Reyes<sup>2</sup>
- Luis López Rodríguez<sup>3</sup>
- Eloy Rey González<sup>2</sup>
- Ana Montaña Bernal<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermero Comunitario de Enlace C. de S. Alcalá de Guadaira "A". Sevilla.

<sup>2</sup> Enfermeros de Familia C. de S. Alcalá de Guadaira "A". Sevilla.

<sup>3</sup> Enfermero. Unidad de Investigación. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.  
Centro de Salud Alcalá de Guadaira "A". Alcalá de Guadaira, SEVILLA.

## RESUMEN

**Justificación:** Los diagnósticos de enfermería permiten definir las necesidades y respuestas de los pacientes y ayudan a mejorar la calidad de nuestros cuidados.

**Objetivo:** Identificar los diagnósticos de enfermería de los pacientes y cuidadoras del programa de visita domiciliar de un centro de salud.

**Metodología:** Estudio descriptivo transversal. Población de estudio (n= 576): todos los pacientes y sus cuidadoras incluidos en dicho programa. Análisis del contenido de los datos personales y los registros de enfermería de las historias informáticas. Determinación de medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y tablas de frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

**Resultados:** Los diagnósticos registrados han sido 1392, obteniéndose prevalencias de cada categoría estudiada (destaca un 39.5 % de Riesgo Cansancio Rol Cuidador). Se han obtenido datos sobre diagnósticos de Riesgo, de Incontinencia Urinaria y de Actividad / Ejercicio. Destaca elevado porcentaje (casi el 40%) de registro de diagnósticos de Incontinencia Urinaria entre la población de estudio.

**Conclusiones:** Madurez en el uso de la metodología enfermera y de la taxonomía NANDA entre los enfermeros del centro de salud. Este estudio servirá para determinar la calidad de los cuidados, la práctica clínica orientada a los resultados, así como estrategias y reorganización de los recursos.

## PALABRAS CLAVE:

Atención domiciliar,  
diagnóstico de enfermería,  
atención primaria de salud,  
cuidadores

## SUMMARY

**Justification:** Nursing diagnoses allow to define the necessities and answers of the patients and they help to improve the quality of our cares.

**Objective:** Identify the nursing diagnoses of patients and caregivers of the program of home care of a primary care center.

**Methodology:** Transversal descriptive study. Study population (n= 576) all the patients and their caregivers included in that programme. Control of the content of the personal particulars and the nursing registers of the informatics histories. Determination of averages and typical deviations for the quantitative variables and frequency tables and percentages for the qualitative ones.

**Results:** The registered diagnoses have been 1392, having prevalence of each studied category (39.5% of risk for caregiver role strain is emphasized). Information about risky diagnoses has been obtained, urinary incontinence and activity / exercise. It is emphasized a high percentage (almost 40%) of diagnose registers of urinary incontinence among the population of study.

**Conclusions:** Maturity in the use of nursery methodology and of the taxonomy NANDA among the caregivers of the primary care center. This study will be the base to determine the quality and quantity of the cares, such as strategies and reorganization of the recourses.

## KEY WORDS

Pome care,  
nursing diagnose,  
primary care,  
caregivers

## INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos que están ocurriendo en las sociedades desarrolladas, han supuesto un aumento de la prevalencia de patologías crónicas y de incapacidad. Esta realidad lleva a la necesidad de dar respuesta a los problemas de salud de esta población desde el ámbito de la atención primaria en el domicilio del paciente<sup>1</sup>.

La atención domiciliaria es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad, cuyo objetivo es resolver problemas que pueden aparecer cuando se tiene a una persona enferma o incapacitada en su domicilio, con todas las connotaciones de tipo asistencial y organizativo que ello conlleva.

En el domicilio, el cuidador familiar es el que principalmente presta la atención a la salud en nuestro medio y constituye la única fuente de provisión de cuidados para la mayoría de las personas que lo necesitan. Se define cuidado informal como la prestación de cuidados a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen<sup>2</sup>.

Esta labor que ejercen las cuidadoras es muy importante y no siempre reconocida. Asumir la tarea de cuidar a un familiar en el domicilio no es inocuo para la salud familiar en general y para la salud del cuidador en particular. Esta situación supone una elevada carga física y mental, repercutiendo en la vida del cuidador a nivel físico, emocional, laboral, social, etc.<sup>3</sup>.

Hoy en día estamos asistiendo a un importante proceso de cambio en el marco conceptual y organizativo de la Atención Primaria (personalización de los cuidados, sectorización, incorporación de la enfermera comunitaria de enlace, incorporación de la metodología enfermera en la práctica

diaria, etc.), con el objetivo de acercar el trabajo de los enfermeros a las necesidades de salud de la población.

Los enfermeros son los profesionales que tienen un papel más activo en la atención domiciliaria y prestan cuidados en función de las necesidades que identifican en los pacientes y su familia<sup>4</sup>.

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) constituye el método de la práctica y de la formación enfermera desde los años sesenta, aunque irrumpe masivamente a principios de los ochenta en los currículos académicos<sup>5</sup> y actualmente se está implantando sistemáticamente en la práctica diaria.

Este proceso de Atención de Enfermería, ha sido considerado como una revolución en la historia de la enfermería, pues ha permitido un aumento de la autonomía en el trabajo de las enfermeras, una mayor base científica en la práctica cotidiana, una mejor calidad en la asistencia y una atención más individualizada al paciente<sup>6</sup>.

Los Diagnósticos de Enfermería (DdE) permiten definir las necesidades y las respuestas de los individuos, familia o comunidad frente a procesos vitales o problemas de salud, forman parte del PAE y proporcionan la base para la selección de las intervenciones destinadas a conseguir los resultados responsabilidad de los enfermeros<sup>7</sup>.

La utilización de estos DdE proporciona a las enfermeras una forma de pensamiento que organiza el ejercicio profesional y centra la toma de decisiones clínicas, permitiendo diferenciar la actuación enfermera de la de otros profesionales de Atención Primaria<sup>8</sup>.

En la actualidad, la Enfermería está viviendo un momento histórico importante gracias al estado de desarrollo de las Taxonomías Enfermeras que facilitan el Ejercicio Profesional y la Excelencia de los Cuidados<sup>9</sup>.

Conviene recordar que la taxonomía diagnóstica NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)<sup>10</sup> organiza sus 167 DdE por grupos, denominados Dominios, que son 13 y en Clases, que en total son 46.

Esta taxonomía aporta beneficios a la práctica de enfermería no sólo en los ámbitos de la gestión, investigación y docencia sino también en la práctica asistencial mejorando la efectividad de los cuidados<sup>11</sup>.

A este respecto, conocer las necesidades y problemas de los pacientes y cuidadores, ayuda a mejorar la calidad de los cuidados, estableciendo guías de práctica clínica y planes de cuidados protocolizados<sup>12</sup>.

Por otra parte, la definición y medición del producto sanitario supone una de las principales herramientas en gestión sanitaria. En el ámbito de la atención primaria la actividad enfermera está explicada en parte por las condiciones y requisitos de cuidados y manifestadas por el DdE, pudiendo explicar gran parte de las cargas de trabajo de las enfermeras<sup>13</sup>.

El propósito general de nuestro estudio es identificar los diagnósticos de enfermería de la taxonomía NANDA de los pacientes y cuidadoras del programa de visita domiciliaria (VD) de nuestro centro de salud.

De manera específica nos planteamos por una parte determinar la frecuencia de aparición de cada categoría diagnóstica, analizando su distribución entre los pacientes institucionalizados y no institucionalizados y por otra parte, conocer el perfil diagnóstico de los pacientes y sus cuidadoras.

## METODOLOGÍA

El diseño del estudio fue observacional, descriptivo de tipo transversal.

La población de estudio fueron todos

**Tabla nº 1: Distribución de DdE <sup>1</sup> por Dominios y Clases de la Taxonomía NANDA<sup>2</sup>**

| DOMINIO                           | Clase                                | Total | %    |      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|-------|------|------|
| 1 Promoción de la salud           |                                      | 53    | 3.8  |      |
| 2 Nutrición                       |                                      | 74    | 5.3  |      |
| 3 Eliminación                     |                                      | 267   | 19.1 |      |
| 4 Actividad Reposo                |                                      | 252   | 18.1 | 20.9 |
|                                   | Clase 2: Actividad/Ejercicio         | 40    | 2.8  |      |
| 5 Percepción Cognición            |                                      | 107   | 7.6  |      |
| 6 Auto percepción                 |                                      | 8     | 0.5  |      |
| 7 Rol/Relaciones                  |                                      | 151   | 10.8 |      |
| 8 Sexualidad                      |                                      | 0     | 0    |      |
| 9 Afrontamiento/Tolerancia estrés |                                      | 0     | 0    | 4.8  |
|                                   | Clase 2: Respuestas de Afrontamiento | 68    | 4.8  |      |
| 10 Principios Vitales             |                                      | 11    | 0.7  |      |
| 11 Seguridad y Protección         |                                      | 300   | 21.5 | 21.5 |
|                                   | Clase 2: Lesión física               | 0     | 0    |      |
| 12 Confort                        |                                      | 60    | 4.3  |      |
| 13 Crecimiento y Desarrollo       |                                      | 1     | 0.07 |      |

<sup>1</sup> DdE: Diagnóstico de Enfermería

<sup>2</sup> NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

**Tabla nº 2: Prevalencia de DdE <sup>1</sup>**

| DdE NANDA <sup>2</sup>                             | %    | DdE NANDA                                   | %    |
|----------------------------------------------------|------|---------------------------------------------|------|
| <b><u>CUIDADORAS</u></b><br>(n=227)                |      | <b><u>PACIENTES</u></b><br>(n=243)          |      |
| 1º Riesgo Cansancio Rol Cuidador                   | 39,6 | 1º Deterioro Movilidad Física               | 60   |
| 2º Cansancio Rol Cuidador                          | 18   | 2º Riesgo de caídas                         | 39,5 |
| 3º Ansiedad                                        | 11,8 | 3º Deterioro Integridad Cutánea             | 24,2 |
| 4º Dolor Agudo                                     | 9,2  | 4º Estreñimiento                            | 19,7 |
| 5º Deterioro Patrón del Sueño                      | 7    | 5º I. U. Total <sup>3</sup>                 | 19,3 |
| 6º Manejo Inefectivo Régimen Terapéutico Personal  | 5,2  | 6º I. U. Funcional                          | 15,6 |
| 7º Desequilibrio Nutricional por exceso            | 5,2  |                                             |      |
| <b><u>PTES. INSTITUCIONALIZADOS</u></b><br>(n=89). |      | <b><u>CUIDADOR + PACIENTE</u></b><br>(n=17) |      |
| 1º Confusión Crónica                               | 55   | 1º Deterioro Movilidad Física               | 35,2 |
| 2º I. U. Total                                     | 53,9 | 2º Riesgo de Caídas                         | 35,2 |
| 3º Riesgo de Caídas                                | 49,9 | 3º Estreñimiento                            | 29,4 |
| 4º Deterioro Movilidad Física                      | 34,8 | 4º Cansancio Desempeño Rol C.               | 29,4 |
| 5º Deterioro de la Deambulación                    | 25,8 | 5º I. U. Urgencia                           | 23,5 |

<sup>1</sup> DdE: Diagnóstico de Enfermería

<sup>2</sup> NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

<sup>3</sup> I.U.: Incontinencia Urinaria

Tabla nº 3: Prevalencia de DdE<sup>1</sup> de Incontinencia Urinaria

| DdE NANDA <sup>2</sup>               | %    | DdE NANDA                         | %    |
|--------------------------------------|------|-----------------------------------|------|
| <b><u>CUIDADORAS</u></b>             |      | <b><u>PACIENTES</u></b>           |      |
| IU <sup>3</sup> de Esfuerzo          | 288  | IU Total                          | 21,5 |
| IU de Urgencia                       | 1,7  | IU Funcional                      | 16,7 |
|                                      |      | IU de Urgencia                    | 8,8  |
|                                      |      | IU de Esfuerzo                    | 4,8  |
| <b><u>PTES. INSTITUCIONALIZ.</u></b> |      | <b><u>CUIDADOR + PACIENTE</u></b> |      |
| IU Total                             | 61,5 | IU de Urgencia                    | 25   |
| IU Funcional                         | 16,7 | IU Total                          | 12,5 |
|                                      |      | IU Funcional                      | 6,3  |

1 DdE: Diagnóstico de Enfermería

2 NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

3 IU: Incontinencia Urinaria

Tabla nº 4: Asociación entre DdE<sup>1</sup>

| Relación entre DdE de Incontinencia Urinaria y otros DdE que pudieran actuar como factores relacionados  | Personas IU Total <sup>2</sup> (n=53) | Personas IU Funcional (n=98)             |                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------------|
| Deterioro de la movilidad física                                                                         | 54.7 %                                | 65.3 %                                   |                                    |
| Confusión Crónica                                                                                        | 26.4 %                                | 48.9 %                                   |                                    |
| Deterioro de la deambulación                                                                             | 11.3 %                                | 13.2 %                                   |                                    |
| Trastorno Percepción Sensorial                                                                           | 3.7 %                                 | 1 %                                      |                                    |
| Intolerancia Actividad                                                                                   | 3.7 %                                 | 1 %                                      |                                    |
| Relaciones entre DdE de Actividad y Ejercicio y otros DdE que pudieran actuar como factores relacionados | Personas Det. I. Cutánea (n=73)       | Personas R <sup>3</sup> . Caídas (n=153) | Personas R. Det. I. Cutánea (n=51) |
| Deterioro de la movilidad física                                                                         | 56.1 %                                | 66.6 %                                   | 80.3 %                             |
| Deterioro de la deambulación                                                                             | 0 %                                   | 15 %                                     | 0 %                                |
| Riesgo Síndrome Desuso                                                                                   | 2.7 %                                 | 0 %                                      | 1.9 %                              |

1 DdE: Diagnóstico de Enfermería

2 NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

3 I.U.: Incontinencia Urinaria

los pacientes y sus cuidadoras incluidos en el programa de VD del Centro de Salud de Alcalá de Guadaira "A" del Distrito Sanitario Sevilla Sur. Se trata de un centro de salud reconvertido de la provincia de Sevilla, que atiende a unas 28.000 personas, y que tiene una plantilla de 11 enfermeras de familia y 1 enfermera comunitaria de enlace (ECE). La atención domiciliaria de enfermería está personalizada y sectorizada. En el 3º cuatrimestre de 2001 todos los enfermeros del centro, por consenso, comenzaron a utilizar la taxonomía NANDA en los registros.

El total de personas estudiadas fue de 576, de las cuales 227 eran Cuidadoras, 243 Pacientes, 89 Pacientes Institucionalizados y 17 personas que eran a la vez Paciente y Cuidador. Los criterios de inclusión fueron: todos los pacientes incluidos en el programa de visita domiciliaria del centro y los identificados como Cuidadores en la historia informática "TASS". Este programa informático se comenzó a utilizar en nuestro centro desde el año 2000.

El estudio está basado en los DdE registrados en la Hª informática "TASS" desde Septiembre de 2001 hasta Septiembre de 2004.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, categoría (paciente, paciente institucionalizado, cuidador) y DdE Taxonomía NANDA II 2001-02 (codificada de 1 a 155).

El método de recogida de datos fue la observación indirecta mediante el análisis del contenido de los datos personales y los registros de enfermería de la historia informática "TASS". Para ello se partió de un documento de vaciado de datos que contenía datos de filiación y las variables anteriormente reseñadas. Cada diagnóstico de enfermería se contabilizó una única vez por historia clínica, independientemente del número de ocasiones en que aparecía en la misma. Esta recogida de datos

se llevó a cabo en el 2º cuatrimestre de 2004 por tres personas que fueron convenientemente adiestradas mediante un manual de uso del documento de vaciado de datos y de los registros informáticos de enfermería. En todo momento se ha mantenido la confidencialidad de los datos manejados.

En lo que respecta al análisis de datos, en un primer paso se realizó una depuración estadística de los mismos con métodos gráficos y analíticos para explorar la información y detectar la posible existencia de observaciones aberrantes.

Posteriormente, para describir la información de la muestra, se determinó medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y tablas de frecuencias y porcentajes para las cualitativas.

Todos los cálculos estadísticos se realizaron con el paquete estadístico SPSS.

## RESULTADOS

La población estudiada fue de 576 personas, de las cuales el 39.4 % fueron cuidadoras, el 42.2 % pacientes, el 15.5 % pacientes institucionalizados y el 3 % eran a la vez pacientes y cuidadores.

Por las características de la distribución de la edad de nuestra población de estudio, ésta no se expresa como media, sino como mediana, siendo para las cuidadoras 57 años (50; 67), pacientes 81 años (74; 86), pacientes institucionalizados 77 años (69; 85) y para pacientes que a la vez eran cuidadores 81 años (76; 84.5).

En la distribución por sexo, el porcentaje del género femenino fue de 86.3% para las cuidadoras, el 70% para el grupo de pacientes, el 54% para los pacientes institucionalizados y un 76.5% para el grupo de pacientes que a la vez eran cuidadores.

En la distribución de los DdE según las distintas categorías, destaca que el 13.7% (n=79) de todas las personas estudiadas, incluidas en el programa de visita domiciliaria, no tenían ningún DdE registrado en su Hª Clínica.

De los que sí tenían registrados algún DdE (n=497), la distribución según el nº fue: el 28.5% presentaba un solo DdE, el 19.9% tenía registrado dos, el 17.5% tres, el 18.5% cuatro DdE, el 7.8% cinco y el 7.6 % presentaban seis DdE registrados en su historia.

El total de DdE registrados fue de 1392, presentándose su distribución por Dominios y Clases de la Taxonomía NANDA en la tabla nº 1.

De los 155 DdE que componen la Taxonomía II de la NANDA 2001-2002, el número de DdE diferentes utilizados ha sido de 47 (30.3%).

La prevalencia de DdE por categoría de población estudiada se representa en la tabla nº 2.

Hay que resaltar que de los DdE registrados se han obtenido resultados relevantes en tres grupos de DdE: los de incontinencia urinaria, los de riesgo y los de actividad/ejercicio.

El nº de DdE de Incontinencia Urinaria (IU) registrados fueron 197. Hay que mencionar que el 39.6% de la población de estudio presenta algún DdE de IU, y su distribución por las diferentes categorías se representa en la tabla nº 3.

Conjuntamente con los diagnósticos de IU Total o Funcional se ha presentado un grupo de diagnósticos, que se representan en la tabla nº 4, que pudieran actuar como factores relacionados.

Los DdE de Riesgo registrados fueron 328, que suponen el 23.5% del total de DdE registrados. La prevalencia de este tipo de DdE fue: Riesgo de Caída 10.9%, Riesgo Cansancio Rol Cuidador 7.1%, Riesgo Deterioro Integridad Cutánea 3.6%, Riesgo Aspiración 0.7%, Riesgo

Lesión 0.3 %, Riesgo Infección 0.28 %, Riesgo Síndrome Desuso 0.21 % y Riesgo de Traumatismo 0.14 %.

Se ha intentado establecer asociación entre DdE de Riesgo y otros DdE que pudieran actuar como factores relacionados, obteniéndose que el 66.6% de los pacientes con el diagnóstico de Riesgo de Caídas además, presentan Deterioro de la Movilidad Física, y el 15% presentan Deterioro de la Deambulaci3n. Igualmente el 80.3 % que presentan Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutánea tienen además Deterioro de la Movilidad Física.

Los DdE de Actividad y Ejercicio registrados fueron 252, que supone el 18.1% del total de los DdE registrados. El 50.6% de la poblaci3n de estudio tienen registrado alg3n DdE de la Clase Actividad y Ejercicio, perteneciente al dominio Actividad-Reposo.

La prevalencia de este tipo de DdE es: Deterioro de la Movilidad Física 13.6 %, Deterioro de la Deambulaci3n 1.7 %, Déficit autocuidado: baño/higiene 1.1 %, Déficit de actividades recreativa 0.8 %, Déficit autocuidado: vestido/acicalamiento 0.4 %, Déficit de autocuidado: alimentaci3n 0.3 % y Riesgo Síndrome Desuso 0.2 %.

Se ha intentado establecer asociaci3n entre DdE de Actividad y Ejercicio y otros DdE que pudieran actuar como factores relacionados, representándose en la tabla n° 4.

## DISCUSIÓN

Coincidiendo con la mayoría de estudios publicados sobre el tema (Encuestas IMSERSO 1994 y 2004; Mª Mar García Calvente <sup>2)</sup> predomina el género femenino en la figura de la cuidadora familiar.

Igualmente en el grupo de pacientes, mayoritariamente predomina el género femenino, pudiéndose

explicar quizás porque cuando es la mujer la que requiere cuidados, su marido reclama más asistencia domiciliaria, sin embargo, cuando el paciente es var3n, su mujer asume los cuidados sin tener la “necesidad” de reclamar ayuda externa.

Hay dominios de la taxonomía NANDA que presentan pocos o ningún DdE: sexualidad, crecimiento y desarrollo, principios vitales, auto-percepci3n. Este dato nos conduce a una duda ¿no se exploran, no se presentan, no son manejables en nuestro medio / cultura, etc.?

Parece confirmarse la creencia de que la familia opta por el ingreso en un centro asistido, cuando el paciente requiere un elevado nivel de cuidados, manifestado por la presencia de deterioro cognitivo y/o inconciencia urinaria.

La prevalencia de DdE de Incontinencia Urinaria en ancianos encontrados en nuestro estudio, es similar a las descritas por otros autores en mayores de 65 años no institucionalizados: Damián (15%); Gavira Iglesias (36%); Sánchez González (36,2%) y en ancianos institucionalizados: Pérez Bastarrica (40-60%), citados en la Guía de atenci3n enfermera a pacientes con incontinencia urinaria.<sup>14</sup>

Se ha observado una presentaci3n conjunta elevada de los DdE Deterioro de la Movilidad o Confusi3n Cr3nica y los DdE Incontinencia Urinaria Total y Funcional.

Asimismo se percibe una alta asociaci3n del DdE Deterioro de la Movilidad y los DdE Riesgo de Caídas y Riesgo de Deterioro de la Integridad Cutáneo.

Se observa que se especifican poco los DdE de Actividad y Ejercicio y se registran genéricamente con la etiqueta Deterioro de la Movilidad Física situaciones que bien podrían identificarse con otros más específicos (Deterioro de la deambulaci3n, Deterioro de la movilidad en la

cama, Deterioro de la habilidad para la traslaci3n, etc.)

En contra de lo publicado (Clavería Señis<sup>15</sup>, Pérez Rivas et al<sup>16</sup>), la mayoría de los pacientes incluidos en este estudio no presentan un elevado número de DdE, de manera que el 66% de ellos sólo tiene registrado entre 1 y 3 DdE.

Conviene recordar que este estudio tiene un ámbito local que nos ha permitido conocer el perfil diagnóstico de nuestra poblaci3n, siendo un fenómeno concreto a nuestra realidad y por tanto sin olvidar las limitaciones del estudio, lo aquí descrito no puede aplicarse a otros contextos diferentes.

## CONCLUSIONES

Con los resultados de este estudio se ha conseguido identificar los DdE de los pacientes y cuidadoras del programa de VD de nuestro centro de salud, estableciéndose prevalencias que han ayudado a conocer el perfil diagnóstico de la poblaci3n de estudio.

La utilizaci3n del proceso enfermero y las categorías diagn3sticas de la NANDA constituyen un instrumento eficaz en la pr3ctica clínica del trabajo enfermero.<sup>17</sup> Además conocer los diagn3sticos de enfermería más prevalentes puede servir para planificar nuestras intervenciones mediante planes de cuidados estandarizados que garantice la continuidad y calidad de nuestros cuidados.<sup>18</sup>

Se comprueba la madurez en el uso de la metodología enfermera y de la taxonomía NANDA entre los enfermeros del centro de salud de referencia, manejando el 30 % del total de los DdE de la clasificaci3n.

Se observa un buen nivel de identificaci3n de problemas de eliminaci3n urinaria, con un elevado porcentaje (casi el 40%) de registro de DdE de I. U. entre la poblaci3n de estudio.

Habrà que mantener e incluso reforzar las estrategias dirigidas a las cuidadoras familiares debido a la alta prevalencia del diagnóstico de Cansancio en el Desempeño del Rol del Cuidador.

En próximos estudios o sesiones clínicas se debería analizar los motivos del escaso uso de algunas etiquetas diagnósticas y establecer las estrategias necesarias para su regularización. Asimismo se hace necesario conocer la poca especificación del grupo de DdE incluidos en el dominio Actividad-Reposo.

Este tipo de estudio puede servir de base para determinar la calidad de los

cuidados, conocer las características de la práctica clínica orientada a los resultados, su relación con la efectividad y orientar la planificación de los recursos.

## AGRADECIMIENTOS

Queríamos transmitir nuestro más sincero agradecimiento al Distrito Sanitario Sevilla Sur y a la Dirección Regional de Desarrollo e Innovación en Cuidados del Servicio Andaluz de Salud (SAS) por su apoyo y formación en Metodología Enfermera y en Investigación, al programa de forma-

ción quid-INNOVA (convenio SAS – Fundación Index) por el aprendizaje en metodología de investigación aplicada a los cuidados, a la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Virgen de Valme por su asesoramiento y sobre todo a las Enfermeras que trabajan o han trabajado en el Centro de Salud de Alcalá de Guadaira “A”, sin las cuales y sus valiosos registros no se podría haber realizado este estudio.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1 Espinosa JM, Burgos ML, Muñoz Cobos F, Salazar JA. Programa de atención a pacientes incapacitados en un centro de salud. Atención Primaria. 1992; 10: 761-5.
- 2 García Calvente M M, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P. Cuidados y cuidadores en el sistema informal de salud, investigación cuantitativa. Monografías EASP; 27. 1999.
- 3 Rodríguez Hurtado A. Diseño, implantación y valoración de un programa de educación sanitaria para cuidadores principales de enfermos con alto grado de dependencia de cuidados de enfermería. [www.forandalus.com](http://www.forandalus.com). [Consultado el 31 de Agosto de 2005].
- 4 Salazar Agullo M. Los cuidados a domicilio en Andalucía, una aproximación desde la enfermería comunitaria. Index de Enfermería. 1992; 1: 3-6.
- 5 Arias MM, Robayna MC, Arricivita AM, Espinar D, Delgado H. Aplicación del Proceso de Enfermería: una reflexión crítica. Metas. 2001;37:47-52.
- 6 Zaragoza A. El proceso de atención de enfermería. Rol de enfermería. 1999 22 (9): 583-90.
- 7 IX Conferencia NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). 1990.
- 8 Pérez Rivas F J, Carrera Manchado C, López Blasco M A, Muñón Muelas A, García López M, Beamud Lagos M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria. Originales Enfermería Clínica. 2004. 14 (2); 70-6.
- 9 Ponce González J M. Taxonomía N N N ¿Por qué usarla? [Editorial] Higya de Enfermería. 2005 59: 3.
- 10 North American Nursing Diagnosis Association. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación 2001-2002. Ed. Harcourt. 2002.
- 11 Mañá González M, Mesas Sáez A, González López E. Diagnósticos de enfermería en el área de atención primaria del Bierzo: punto de partida y estrategia de implantación. Enfermería Clínica. 2000. 10 (4): 135-41.
- 12 Guirao Goris JA. Diagnóstico de enfermería en una consulta de enfermería de Atención primaria. Estudio descriptivo. Enfermería Integral . 1993; 26 (27).
- 13 Del Pino Casado R, Cantón Ponce D, Alarcón Juárez A, Fuentes Martínez A, Navas Anguis V, Rincón Montilla M C, et al. Poder de explicación del diagnóstico enfermero en la actividad desarrollada en consulta de enfermería de pacientes crónicos en atención primaria. Enfermería Clínica. 2000. 11 (1): 9-14.
- 14 Morilla Herrera J C .Guía de atención enfermera a pacientes con incontinencia urinaria. Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria. 2003. 2ª Edición.
- 15 Clavería Señas M. Diagnósticos de enfermería utilizados por un equipo de atención socio-sanitaria. Enfermería Científica. 1997. 182-183: 49-54.
- 16 Pérez Rivas F J, Carrera Manchado C, López Blasco M A, Muñón Muelas A, García López M, Beamud Lagos M. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en atención primaria. Enfermería Clínica. 2004; 14 (2) 70-6.
- 17 Vázquez Sánchez MA, Bueno Ferrán M, Casals Sánchez JL, García Cabello JM. Diagnósticos de enfermería sobre riesgos: análisis coste efectividad. Rol de Enfermería. 1998. 237: 27-32.
- 18 Fernández Román JF, Medrano López R, Delgado Benítez C, Díaz Ordóñez J, González Mateos AM, Naval del Val A. Incapacitados con A.V.C.: Diagnósticos, capacidad funcional y características. Rol de Enfermería. 2001; 24(4): 251-5.

# Informe de enfermería al alta hospitalaria: herramienta imprescindible para garantizar la continuidad asistencial

■ **Antonio Márquez Alfonso.**

Diplomado en Enfermería de la UCAM del Hospital Duques del Infantado.  
H. U. Virgen del Rocío. Sevilla.

## RESUMEN

La realización del informe de enfermería al alta tras un periodo de hospitalización, se convierte en herramienta imprescindible para garantizar la continuidad asistencial, potenciando también de esta forma la interrelación interniveles y alcanzando la calidad asistencial.

El alta hospitalaria de un paciente, no supone en la mayoría de los casos el final del proceso de atención sanitaria que causó su ingreso. Las demandas de los servicios de salud se centran cada vez más en una atención rápida, de calidad e individualizada que permita al usuario reincorporarse a su entorno cuanto antes y en las mejores condiciones posibles.

Por otra parte, la eficiencia de los servicios sanitarios depende de una adecuada utilización de los recursos en todos y cada uno de los servicios asistenciales.

Es responsabilidad de los profesionales de enfermería articular instrumentos de información y conexión para ofrecer cuidados integrales y continuados, ya que ofertamos un servicio específico como son los cuidados de enfermería y es necesario planificar acciones que conduzcan a la continuidad de los mismos, transmitidas como información reglada al paciente-familia y a los profesionales de enfermería encargados de atenderles dentro de otro nivel asistencial.

Debemos por consiguiente, incluir en el informe de enfermería al alta información sobre los problemas de salud solucionados en el momento del alta, problemas de salud en vías de solución, potenciales o de riesgo y problemas posibles, además de la educación sanitaria concreta para cada caso.

La coordinación e interrelación dinámica entre los distintos niveles de atención sanitaria contribuirá a revalorizar la imagen de los cuidados enfermeros dentro del sistema sanitario y ante la sociedad en general.

## PALABRAS CLAVE

CALIDAD, CONTINUIDAD  
ASISTENCIAL, INFORME DE  
ENFERMERÍA AL ALTA, EFICACIA,  
EFECTIVIDAD, EFICIENCIA,  
ATENCIÓN INTEGRAL

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los profesionales de enfermería tenemos la obligación de desarrollar instrumentos que permitan la prestación de nuestros servicios

De forma integral y continuada. Por otra parte, los usuarios del sistema sanitario demandan una atención rápida, individualizada y de calidad y las gerencias de los servicios de salud, al hacerse eco de estas demandas, persiguen la coordinación

interniveles y la eficiencia de estos servicios de salud.

En este sentido, desde la creación de nuestra unidad de gestión partimos de la idea de la organización de nuestra actividad enfermera en base a planes de cuidados estandarizados y ofertamos al usuario una cartera de servicios. Dicho enfoque de nuestro quehacer profesional, nos conduce a la creación de nuevos registros. Una vez elaborados dichos registros, debemos garantizar y potenciar una continuidad de los cuidados una vez

que el paciente reciba el alta hospitalaria, favoreciendo con ello la atención integral hacia el usuario y fomentando a su vez la interrelación interniveles, y de esta forma alcanzar unos estándares de calidad en cuanto a eficacia, efectividad y eficiencia que demandan los tiempos actuales.

Esta comunicación y coordinación activa y dinámica entre los distintos niveles de atención, será una herramienta cuya buena utilización dará a conocer nuestro rol social y contribuirá a revalorizar la imagen del sis-

tema publico de salud ante el usuario así como a clarificar la imagen de los cuidados enfermeros dentro de la sociedad.

## MATERIAL Y MÉTODO

Basado en los siguientes parámetros:

- Revisión y búsqueda bibliográfica.
- Grupos relacionados con el diagnóstico (GDRs), mas prevalentes en la unidad.
- Reuniones con otros profesionales y reuniones intergrupales,.
- Intercambio de información con los profesionales que atenderán al paciente en su domicilio y comprobar si realmente reciben el informe de alta, comentando sugerencias y posibles modificaciones de los mismos.

■ Unificación de criterios y opiniones con respecto a los contenidos de dicho documento.

■ Identificación de problemas y posible resolución.

Para dar de alta a un paciente lo antes posible con una continuidad asistencial garantizada, el papel de enfermería resulta de vital importancia.

Debemos tener en cuenta la evaluación de las necesidades sanitarias del paciente, la valoración de la situación en el hogar u otro ambiente o lugar donde se lleve al paciente, la realización de educación sanitaria tanto del paciente como de la familia, la coordinación de recursos disponibles y la realización de un informe de enfermería al alta que asegure unos cuidados óptimos al proporcionar información tanto al paciente y a los familiares como a los profesionales que atenderán al paciente en su domicilio.

Todos los pacientes una vez finalizada su estancia hospitalaria, requieren unos cuidados aunque estos sean mínimos. Los profesionales de enfermería somos los responsables de planificar estos cuidados y asegurarnos de que se llevan a cabo.

Con la planificación de enfermería al alta se persigue:

- Asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería.
- Enseñar al paciente y/o familia a controlar la situación en el domicilio.
- Proporcionar seguridad a enfermos y familiares.
- Identificar las necesidades en el domicilio después del alta.
- Intercambiar información con los profesionales que atenderán al paciente tras dicho alta.
- Remitir al paciente y/o familia a

**INFORME DE RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA HOSPITALARIA**

**ETIQUETA IDENTIFICATIVA**

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(DNI en los apellidos) \_\_\_\_\_

Dependencia: Si No

Nivel dependencia: Al ingreso \_\_\_\_\_ Al alta \_\_\_\_\_

Datos de interés del periodo de hospitalización (Cuidados enfermeros dispensados en base a Planes de Cuidados y D. Ex.):

Necesidades observadas al alta y cuidados aconsejados que se recomiendan seguir:

**Alimentación:**  
Autónoma: \_\_\_\_\_ Ayuda parcial: \_\_\_\_\_ Ayuda total: \_\_\_\_\_ Colaboración familiar: \_\_\_\_\_  
Nutrición: tipo: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Higiene:**  
Autónoma: \_\_\_\_\_ Ayuda parcial: \_\_\_\_\_ Ayuda total: \_\_\_\_\_ Colaboración familiar: \_\_\_\_\_  
S.V. tipo: \_\_\_\_\_ N.º: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Medicación:**  
Autónoma: \_\_\_\_\_ Ayuda parcial: \_\_\_\_\_ Ayuda total: \_\_\_\_\_ Colaboración familiar: \_\_\_\_\_  
U.F.F.: \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Cuidados:**  
Tipo: \_\_\_\_\_ Protocolo: \_\_\_\_\_ Instrucciones: \_\_\_\_\_

**Recomendaciones Higiénico-dietéticas que se acompañan al alta:**

Paciente Cardíaco: \_\_\_\_\_  
Paciente Respiratorio: \_\_\_\_\_  
Paciente Diabético: \_\_\_\_\_  
Otro: \_\_\_\_\_

**Observaciones:**

Cuidador de referencia: \_\_\_\_\_ Enfermero/a responsable: \_\_\_\_\_

Teléfonos de contacto: 955616365 y 955616368.

otros servicios asistenciales (rehabilitadores, asistente social, etc.) para que les ayuden.

Al planificar el alta, debemos tener en cuenta varias prioridades como son:

**A) Identificación de posibles problemas.**

La planificación al alta debe comenzar en el momento del ingreso al realizar la valoración inicial, ya que procuraremos estar alerta para detectar cualquier problema real y/o potencial que el paciente pueda tener o desarrollar para poder determinar como puede afectar a sus necesidades de cuidados en el domicilio.

También debemos valorar otros factores como la edad, limitaciones biopsicosociales, existencia de personas responsables que puedan llevar a cabo unos cuidados básicos continuados

(valorarla existencia de un cuidador principal o de referencia), entorno físico del paciente (características y situación de la vivienda), etc.

**B) Educación sanitaria sobre los cuidados domiciliarios.**

Para lograr unos cuidados domiciliarios óptimos debemos realizar educación sanitaria tanto al paciente como a la familia y dicha educación sanitaria debe comenzar tan pronto como el estado del paciente se haya estabilizado y los familiares estén lo suficientemente receptivos para asimilar la información que queremos transmitirles. La educación sanitaria debe estar presente a lo largo de todo su proceso y por consiguiente debe realizarse durante la estancia hospitalaria y continuarse en el domicilio por parte de los profesionales de aten-

ción primaria. Para mejorar tanto la comprensión como la retención de dicha educación sanitaria, debemos entregar la información por escrito para que el paciente y/o familia puedan remitirse a esta información mas adelante. De esta forma al mejorar su comprensión y retención. Los pacientes podrán encargarse de sus autocuidados con mucha mayor independencia.

**C) Coordinación entre atención primaria y atención especializada.**

Es fundamental dicha coordinación e interrelación para conseguir la continuidad de cuidados, que estos sean adecuados y evitar dentro de lo posible las reagudizaciones y por tanto reingresos hospitalarios.

Una buena planificación al alta será facilitadora al racionalizar esfuerzos y ayudar a que nuestros

**RECOMENDACIONES HIGIENICO-DIETÉTICAS**  
Patología Respiratoria



A continuación le exponemos algunas recomendaciones que pueden serle de utilidad en su vida.

En relación a su proceso clínico que le ha llevado a ingresar en nuestra unidad, hemos diseñado una serie de medidas de estilo de vida y, fundamentalmente, dietéticas que pueden ayudarle a adaptarse a su nuevo estado de salud y colaborar a evitar el ingreso por descompensación de su proceso.

**Como medidas generales**

- Procure un tipo de vida ordenada y tranquila.
- Es muy saludable realizar ejercicio físico moderado y continuo.
- Evite la agitación, preocupaciones y el estrés.
- Es importante que modifique hábitos insanos (si son su caso):
  - Deje de fumar.
  - Si consume alcohol, hágalo moderadamente.
  - Disminuya la ingesta de café u otro tipo de bebida excitante.
  - Reduzca la ingesta de sal.
  - En caso de sobrepeso, procure adelgazar.
- Debe evitar:
  - corrientes de aire y los ambientes húmedos y fríos.
  - el contacto con personas resfriadas o con infecciones respiratorias.
  - los olores fuertes (laca, pinturas,...)
- Hable con su médico para valorar la necesidad de recibir vacuna anual antigripal.
- Mantenga una correcta alimentación. Evite excesos. Límite la ingesta de hidratos de carbono (como el pan) y de alimentos flatulentos (le dan gases). Beba abundantes líquidos, salvo que se le indique lo contrario.

**Medidas para mejorar su estado de enfermedad:**

**Medidas físicas:**

- Procure toser si tiene abundantes secreciones.
- Realice respiraciones profundas y lentas tal como se le ha enseñado en la unidad.
  - ☞ Fichar el aire con fuerza, manteniendo los labios fruncidos
  - ☞ y con el cuerpo inclinado hacia adelante para ayudar al diafragma.
- Ficar tumbado en la cama o con la cabeza ligeramente hacia abajo le ayuda a eliminar las secreciones de sus pulmones.

**Inhaladores y oxígeno:**

- Respete la dosis y frecuencia del tratamiento que se le indica.
- Mantenga limpios los boquillas.
- Asegúrese de tomar la correcta inhalación del fármaco.
- Tome un sorbo de agua tras la administración del inhalador (evitará así sequedad y grietas). Utilice antisépticos para realizar enjuagues bucales si le aparecen llagas.
- Mantenga hidratada la mucosa nasal (nariz) y evite su irritación.
- Cuando use cánula nasal o mascarilla:
  - Manténgala limpia.
  - Cambie con frecuencia el agua del humidificador y compruebe que no tiene fugas.
  - Los tubos de conducción no deben ser muy largos (no más de 20 metros).
  - Evite fuentes de calor cerca del oxígeno (pequeño incendio).

cuidados sean a la vez más eficaces y efectivos.

Un programa de planificación al alta sistémico y eficaz fomentara la continuidad de cuidados identificando con antelación lo que el usuario necesita para el alta.

La rápida identificación de las necesidades para el alta pueden ayudar también a disminuir los días de hospitalización y los reingresos hospitalarios.

La planificación al alta resulta fundamental para el paciente y su familia ya que les vamos a dotar de los conocimientos necesarios para cubrir las necesidades básicas alteradas en dicho paciente en el momento del alta. Con todo ello vamos a potenciar la autonomía conseguiremos que el usuario y su familia se impliquen y se responsabilicen de la prestación de estos cuidados, lo cual redundara en una percepción

de control adecuado de su situación y en su bienestar. además con dicha planificación, proporcionaremos un sistema mediante el cual se tenga siempre a mano una visión actualizada, breve, pero concisa sobre la estancia del paciente en el hospital, suministraremos medios para que los profesionales consultados y los servicios de apoyo puedan revisar los acontecimientos significativos de la estancia del paciente en un tiempo razonable, evitaremos la sensación de abandono que sufre el paciente al ser dado de alta, identificaremos las necesidades asistenciales posteriores a la hospitalización, estableceremos unos mecanismos por los que se asegure la continuidad de los cuidados de enfermería, coordinaremos eficazmente los distintos niveles reasistencia, dejaremos constancia escrita de nuestras actuaciones donde quiera que

se produzcan e informaremos detalladamente a los profesionales del lugar al que se derive al usuario.

Por todos estos motivos anteriormente expuestos, se elaboro en nuestra unidad un registro o documento de informe de enfermería al alta hospitalaria el cual tiene unas características muy definidas:

- 1) CLARIDAD: Para un entendimiento rápido del proceso patológico del paciente.
- 2) FACILIDAD DE CUMPLIMIENTO: Mediante la estandarización de las necesidades básicas más frecuentes alteradas en el paciente en el momento del alta y su fácil identificación a través de items.
- 3) PARALELO, COMPLEMENTARIO Y COMPARATIVO del registro de valoración inicial, de forma que si vemos las necesi-

#### RECOMENDACIONES HIGIENICO-DIETÉTICAS Paciente Diabético (DM T2)



A continuación le exponemos algunas recomendaciones que pueden serle de utilidad en su vida.

En relación a su proceso clínico que le ha llevado a ingresar en nuestra unidad, hemos diseñado una serie de medidas de estilo de vida y, fundamentalmente, dietéticas que pueden ayudarle a adaptarse a su nuevo estado de salud y colaborar a evitar el ingreso por descompensación de su proceso.

Las medidas que debe tener para controlar su enfermedad y mejorar su estado de salud se basan en prestar especial atención a estas 4 recomendaciones:

1. Planee sus comidas de manera que estén compuestas por ingredientes saludables y no sólo de aquellos que le gustan.
  - a. Disminuya el consumo de grasas saturadas (carnes grasas, pescado azul...). Evite comerlos fritos. La leche es preferible descremada o semidescremada.
  - b. Controle el consumo de hidratos de carbono (pan, papas, arroz, galletas, azúcar, pastas...).
  - c. Aumente el consumo de fibra.
  - d. Disminuya la sal de las comidas y el consumo de azúcar.
  - e. Planifique y respete los horarios de comidas, teniendo en cuenta el trabajo, el ejercicio físico y la toma o administración de medicamentos.
  - f. Mantenga su peso y en caso de sobrepeso, procure adelgazar.
  - g. No fume ni tome alcohol.
2. Es muy saludable realizar ejercicio físico moderado y continuo.
  - a. Procure un tipo de vida ordenada y tranquila.
  - b. Evite la agitación, preocupaciones y el estrés.
  - c. Realice el autocontrol de su glucemia antes de realizar el ejercicio.
  - d. El mejor ejercicio consiste en caminar al menos 1 hora diaria.

3. Lleve siempre a cabo una correcta higiene de sus pies (se lo agradecerán).
  - a. Tome baños de corta duración.
  - b. Seque muy bien todas las partes de su cuerpo. Dedique especial atención a sus pies. Para ello puede utilizar un espejo.
  - c. Para la piel seca y agrietada utilice crema o lanolina.
  - d. Para los pies sudorosos puede usar productos comerciales para tal fin.
  - e. Prestar especial atención al cuidado de las uñas.
  - f. Es importante que realice con periodicidad visitas al podólogo.
  - g. Use calzado cómodo.
4. Hágase revisiones médicas y autocontroles:
  - a. Autocontrol de glucemia (hágalo con su "maquinita" y anótelos).
  - b. Es muy importante las revisiones de oftalmología y podólogo (cuide de sus ojos y pies).
  - c. Aclare todas las dudas que pueda tener.
5. Conozca signos de alertas y que hacer ante ellos:
  - a. Lleve siempre un sobre de azúcar o caramelos para tomar en caso de sudor frío, temblores, mareos (bajada del nivel de azúcar).
  - b. Si tiene molestias en los pies o aparece cualquier zona de enrojecimiento comuníquelo a su podólogo.
  - c. Si empieza a no ver bien o a tener sensaciones raras en la visión ("rubes", puntos oscuros en la visión, presión en el ojo...) comuníquelo a su médico.

dades básicas alteradas en el paciente en el momento del ingreso y las necesidades básicas alteradas al alta, podemos observar rápidamente cual ha sido la evolución del paciente durante la hospitalización y mas fácil aun, si vemos el nivel de dependencia que presenta el paciente al ingreso y el nivel de dependencia que presenta en el momento del alta, podremos observar a simple vista cual ha sido dicha evolución.

- 4) **ACCESIBLE AL ARCHIVO INFORMÁTICO:** Se procuro que el informe de enfermería al alta tuviera acceso al archivo informático. De momento se esta realizando en papel autocopiable, de forma que se entrega una copia al paciente o cuidador de referencia, otra se archiva en la historia de dicho paciente y una tercera que se archiva en un fichero AZ,ordenadas alfabéticamente para facilitar una posterior recogida de datos.
- 5) **RESCATE FÁCIL DE INFORMACIÓN,** que nos puede servir para una consulta telefónica del propio paciente y/o familia, para la realización de estudios de investigación, para realizar una imputación de costes por tiempos enfermeros, para la realización de un balance de estancias, etc.

Con todo ello, los objetivos que se plantearon alcanzar con la elaboración del informe de enfermería al alta fueron los siguientes:

- 1) Garantizar una continuidad de los cuidados enfermeros una vez que el paciente reciba el alta mediante la identificación de un nivel de dependencia y una acción cuidadora familiar.
- 2) Promover y facilitar una continuidad de los cuidados enfermeros por parte del equipo de atención primaria mediante una clara referencia de los cuidados

dispensados al paciente durante su hospitalización y una transmisión de información en base a curas, cateterismos, sondajes, etc, que irían encaminados a las consultas de atención primaria y atención domiciliaria.

- 3) Ayudar al paciente en su domicilio mediante la estandarización de unas recomendaciones higiénico-dietéticas por patologías, según los GDRs más prevalentes en nuestra unidad y de fácil cumplimiento.
- 4) Favorecer la interrelación y coordinación entre atención primaria y especializada para reducir al mínimo o erradicar las reagudizaciones en la medida de lo posible.
- 5) Mejorar la calidad de vida de nuestro paciente, atendiendo fundamentalmente a las áreas educativas y de conocimientos para el control de los factores de riesgo de sus patologías de base.
- 6) Asegurar la interrelación interniveles, garantizando con ello la calidad asistencial.
- 7) Favorecer y potenciar la continuidad asistencial para alcanzar unos estándares de calidad en cuanto a eficacia, efectividad y eficiencia que demandan los tiempos actuales.

Para identificar el nivel de dependencia de nuestros pacientes recurrimos a la escala de valoración o parrilla de niveles de dependencia del estudio de gestión analítica Signo II, la cual consta de 16 apartados enumerados del 1 al 4 y que van de menor a mayor dependencia dentro de cada parámetro, siendo

la puntuación mínima de 16 y estaríamos hablando en este caso de paciente de cuidados mínimos o autónomo para el auto cuidado, y la puntuación máxima sería de 64 y estaríamos hablando en este caso de un paciente de cuidados muy amplios o totalmente dependiente para el autocuidado. Con una puntuación entre 16 y 23, tendríamos a un paciente con nivel de dependencia I, si la puntuación oscila entre 24 y 33, estaríamos hablando de un paciente con nivel de dependencia II, con una puntuación entre 34 y 41, hablaríamos entonces de un paciente con nivel de dependencia III, y finalmente, con una puntuación entre 42 y 64 estaríamos hablando de un paciente con nivel de dependencia IV. Adjuntas al informe de enfermería al alta, entregamos, como se ha mencionado anteriormente, unas recomendaciones higiénico-dietéticas estandarizadas por patologías, según los GDRs mas prevalente



**RECOMENDACIONES HIGIÉNICO-DIETÉTICAS**  
Paciente Cardíaco

A continuación le exponemos algunas recomendaciones que pueden serle de utilidad en su vida.

En relación a su proceso clínico que le ha llevado a ingresar en nuestra unidad, hemos diseñado una serie de medidas de estilo de vida y, fundamentalmente, dietéticas que pueden ayudarle a adaptarse a su nuevo estado de salud y colaborar a evitar el ingreso por descompensación de su proceso.

**Como medidas generales**

1. Procure un tipo de vida ordenada y tranquila.
2. Es muy saludable realizar ejercicio físico moderado y continuo.
3. Evite la agitación, preocupaciones y el estrés.
4. Es importante que modifique hábitos inusuales (si son su caso):
  1. Deje de fumar.
  2. Si consume alcohol, hágalo moderadamente.
  3. Disminuya la ingesta de café u otro tipo de bebida excitante.
  4. Suprima la ingesta de sal.
  5. En caso de sobrepeso, procure adelgazar.

**Medidas dietéticas:**

1. Procure tomar diariamente alimentos como: ensaladas, aceite de oliva, legumbres, vegetales, pollo, conejo, toda clase de pescados, pasta, arroz y frutos.
2. Puede tomar: pan (preferible integral), leche y yogur (descremado y natural), carnes sin grasa (pollo, conejo, ternera, vaca, lomo de cerdo).
3. Evite tomar: fritas, embutidos, vísceras, mariscos.
4. Modere el consumo de: aperitivos, frutos (máximo 2 a la semana) y alcohol.

en la unidad y que son las del paciente cardíaco, paciente respiratorio y paciente diabético.

## CONCLUSIONES

La calidad asistencial resulta de capital importancia en el Abordaje terapéutico y cuidados del paciente.

El informe de enfermería al alta se convierte en soporte instrumental imprescindible para garantizar la coordinación e interrelación entre los distintos niveles de atención sanitaria y por lo tanto para garantizar la continuidad asistencial alcanzando de esta forma unos estándares de calidad en cuanto a eficacia, efectividad y eficiencia que demandan los tiempos actuales.

Dicha interrelación activa y dinámica a la vez que la utilización de un lenguaje consensuado y unificado hacia el usuario por parte de los distintos niveles de atención sanitaria, dará a conocer nuestro rol social y contribuirá a revalorizar la imagen de los cuidados enfermeros ante la sociedad.

La promoción del informe de enfermería al alta es tarea de todos los profesionales y su inclusión dentro de una metodología científica que incluya el proceso de atención de enfermería, el diagnóstico enfermero y los planes de cuidados, es el camino a seguir.

El registro de enfermería asalta funciona como informe facilitador y documento imprescindible para la interrelación interniveles, el cual

permite mediante la educación sanitaria afrontar el autocuidado de una forma más eficaz.

Dicho registro cubre la necesidad de información sobre el proceso de atención de enfermería que se presta al paciente durante su hospitalización y sobre su situación en el momento del alta hospitalaria.

El documento de alta de enfermería es la última parte del proceso de atención que dispensamos a nuestros pacientes y se entiende como parte del proyecto global de gestión de cuidados.

El informe de enfermería al alta es tan importante como el informe médico al alta.

### NIVELES DE DEPENDENCIA

**1 EDAD- 1 entre 20-50 años**  
**2 entre 12-14 entre 50-70**  
**3 entre 4-12 entre 70-80**  
**4 más de 80 años**

**2 PESO- 1 menos de 40 kg**  
**2 entre 40-60 kg**  
**3 entre 60-80 kg**  
**4 más de 80 kg**

**3 ALIMENTACIÓN .....**

**1 autónomo-absoluta-parenteral**  
**2 necesita ayuda-acomodar-trocear alimentos**  
**3 alimentación por sondas-Peg**  
**4 totalmente asistida**

**4 HIGIENE .....**

**1 autónoma**  
**2 supervisar-acomodar-lavar parte del cuerpo**  
**3 aseo total con 1 o más personas**  
**4 aseo total con 2 o más personas**

**5 ACTIVIDAD.....**  
**MOVILIDAD**

**1 autónoma**  
**2 ayuda de una persona para levantarse o deambular**  
**3 ayuda de dos o más personas para levantarse o deambular**  
**4 ayuda total, encamado-cambios posturales**

**6 ELIMINACIÓN.....**

**1 autónomo**  
**2 cuidados de catéter vesical**  
**3 cuña, botella, educación vesical**  
**4 incontinencia vesical o fecal**

**NIVELES DE DEPENDENCIA**

|                             |                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>7 OXIGENACIÓN.....</b>   | <b>1 autónomo</b><br><b>2 oxígeno, aerosoles</b><br><b>3 clapping, drenaje postural, aspirar 3 ó 4 veces</b><br><b>4 traqueotomía, aspiración</b>                                                                    |
| <b>8 INSTRUCCIÓN.....</b>   | 1 no precisa                                                                                                                                                                                                         |
| <b>SANITARIA</b>            | 2 instrucción planificada, cuidados rutinarios                                                                                                                                                                       |
| <b>PACIENTE FAMILIA</b>     | 3 incluido en programa de educación                                                                                                                                                                                  |
|                             | 4 incluido en programa con dificultades de entendimiento                                                                                                                                                             |
| <b>9 RELACIÓN.....</b>      | <b>1 paciente colaborador</b><br><b>2 requiere numerosas recomendaciones en cada turno</b><br><b>3 deficiencias en los sentidos: ciego afásico, sordo...</b><br><b>4 no colaborador: deprimido, ansioso temeroso</b> |
| <b>10 ESTADO DE.....</b>    | 1 lúcido                                                                                                                                                                                                             |
| <b>CONCIENCIA</b>           | 2 ligeramente desorientado                                                                                                                                                                                           |
|                             | 3 confuso, desorientado, coma                                                                                                                                                                                        |
|                             | 4 perturbación grave: incoherencia, agresividad, fuga                                                                                                                                                                |
| <b>11 OBSERVACIÓN.....</b>  | <b>1 hasta 3 elementos de observación: ctes., pvc, ...</b><br><b>2 hasta 6 elementos de observación</b><br><b>3 entre 6 y 10 elementos de observación</b><br><b>4 más de 10 elementos de observación</b>             |
| <b>12 TRATAMIENTOS.....</b> | 1 ninguno                                                                                                                                                                                                            |
| <b>ENTERALES</b>            | 2 tratamiento de paciente autónomo                                                                                                                                                                                   |
|                             | 3 tratamiento con ayuda en la administración                                                                                                                                                                         |
|                             | 4 tratamientos completos, lavado terapéutico, sonda nasogástrica, peg                                                                                                                                                |
| <b>13 TRATAMIENTOS.....</b> | 1 ninguno                                                                                                                                                                                                            |
| <b>PARENTERALES</b>         | <b>2 de 1 a 4v inyecciones, vías, apósitos...</b><br><b>3 más de 4 inyecciones</b><br><b>4 perfusión o transfusión</b>                                                                                               |
| <b>14 CURAS.....</b>        | 1 ninguno                                                                                                                                                                                                            |
|                             | 2 cura simple: cambio de apósito, vía, parche                                                                                                                                                                        |
|                             | 3 cura media: más de 3 curas simples, retirar puntos, más de 3 parches                                                                                                                                               |
|                             | 4 curas amplias: desbridamientos, grandes quemaduras, UPP...                                                                                                                                                         |
| <b>15 CATÉTERES.....</b>    | <b>1 no precisa</b><br><b>2 poner catéter i.v. ó rectal</b><br><b>3 poner catéter vesical o gástrico</b><br><b>4 colaborar en técnica de drenaje de aspiración, diálisis peritoneal</b>                              |
| <b>16 ANALÍTICAS.....</b>   | 1 ninguno                                                                                                                                                                                                            |
| <b>E.K.G.</b>               | 2 hasta 3 muestras de sangre                                                                                                                                                                                         |
|                             | 3 hasta 3 a 5 muestras de sangre                                                                                                                                                                                     |
|                             | 4 más de 5 muestras de sangre incluido E.K.G.                                                                                                                                                                        |

**NIVEL I de 16 A 23 NIVEL II de 24 a 33 NIVEL III de 34 a 41 NIVEL IV de 42 a 64**

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) GRANDE, ML; HERNÁNDEZ P: Como entienden las enfermeras el alta de enfermería. Enfermería Clínica 1996; 3:29-31.
- 2) MEZZANOTE, EJ: Hoja de evaluación para una mejor planificación al alta. Nursing, 1996; 4: 53-56.
- 3) JANET, E; TIRK, S: Establecimiento de prioridades para el alta. Nursing, 1998; 4: 40-41.
- 4) BEARE, P; MYERS, J: Principios y practica de enfermería medico-quirúrgica: Planificación del altas y asistencia continuada. Mosby. Doyma. Madrid, 1995; 89-99
- 5) PILCHER MW. Seguimiento del paciente después del alta hospitalaria. Nursing 1994; 2: 28-31.
- 6) Weinberger B. Planificación del alta. Cuanto antes mejor. Nursing, 1990; 9: 57-59.
- 7) ELLEN, R.: Documentación inteligente. Nursing, 1999; 4: 19-21.
- 8) Loonis, J. Rosson, T. OWEN, D. ET.AL.: Planificación de altas: Una Buena planificación permite reducir las hospitalizaciones de los enfermos crónicos. Nursing 1995; 1: 15-21.

### FE DE ERRATAS

**En el último número de la Revista Hygia (nº63), en el artículo titulado: La radio “Servicio de Salud” en Dos Hermanas**

Donde pone:

■ **Antonio Manuel Barbero Radio**  
Aux. Laboratorio. ATS de Empresa. Técnico Superior de Prevención.

Debe poner

■ **Antonio Manuel Barbero Radio**  
DUE Laboratorio. ATS de Empresa. Técnico Superior de Prevención.

# Recuperación funcional tras fractura pertrocanterea de cadera

■ **María Díez Escobar<sup>1</sup>**

■ **Abraham García Mendoza<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Diplomada en Enfermería. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>2</sup>Facultativo especialista de Área Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

## RESUMEN

Una de las fracturas más incapacitantes y graves, dada la morbi-mortalidad que producen, son aquellas que afectan a la articulación de la cadera, y más concretamente las que afectan a la región trocantérea.

Nosotros realizamos un estudio, en el cual analizamos el grado de independencia que consiguen una serie de enfermos que acuden a nuestro hospital presentando una fractura pertrocanterea, tras ser intervenidos todos ellos mediante la misma técnica quirúrgica y utilizando el mismo material de osteosíntesis. Para ello, llevamos a cabo una recogida de datos de estos pacientes a su llegada al hospital, datos referentes a la intervención y datos del grado de deambulación y tipo de ayuda para la misma que consiguen tras ser intervenidos. Tras analizar estos datos, podemos hacernos una idea de las repercusiones sociales, económicas y sanitarias que producen este tipo de fracturas.

## PALABRAS CLAVE:

- Fractura pertrocanterea.
- Deambulación.
- Osteosíntesis.
- Osteoporosis.
- Problema socio-económico.
- Cuidados de enfermería.

## INTRODUCCIÓN

Las fracturas pertrocanterea de cadera son aquellas cuyo trazo de fractura discurre entre ambos trocánteres (Ver Figura 1). Entran dentro del grupo de fracturas del tercio proximal del fémur, suponiendo el 60% de las mismas. Son las fracturas osteoporóticas más frecuentes en mayores de 75 años. Son más frecuentes en mujeres muy ancianas (1).

La incidencia de fracturas de tercio proximal de fémur en España oscila entre 130 y 200 casos /100.000 habitantes/año, siendo un 59,22% fracturas pertrocanterea.

Hoy día, suponen uno de los mayores problemas socio-sanitarios de los países occidentales, debido al incremen-

to de las mismas producido por el envejecimiento progresivo de la población, y por otro lado, a que su tratamiento, al tratarse de enfermos añosos con patología multior-gánica, suponen un reto difícil de superar con éxito y plantean serias dificultades para la recuperación y reinserción del paciente.

A diferencia de otras fracturas de origen osteoporótico, las de tercio proximal de fémur pueden invalidar al paciente, constituyendo hoy día una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el anciano. La mortalidad aguda es del 9,3%, ascendiendo hasta un 14-30 % en el primer año. Sólo un 30% de los pacientes recupera el nivel de actividad previo a la fractura, mientras que un 65% requerirá algún tipo de cuidados.

Hoy día, excepto en pacientes con una situación crítica, se acepta que el tratamiento de estas fracturas es quirúrgico.

## MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes que ingresan en el Hospital Juan Ramón Jiménez con el diagnóstico de *fractura pertrocanterea de cadera*, de Febrero de 2005 a Mayo 2006.

Se toman datos de todos los pacientes mediante un formulario, el cual consta de tres partes bien diferenciadas:

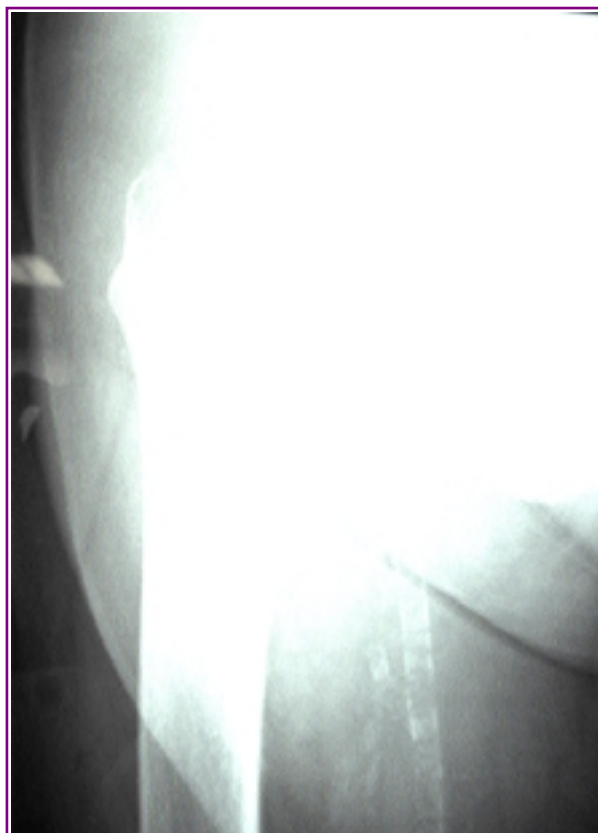
- Una primera parte donde se recogen datos de filiación del paciente, enfermedades concomitantes que padece, origen del paciente (domicilio, alguna institución,...), deambulación previa a la fractura así como grado de independencia. ( Figura 2).
- Una segunda parte donde se clasifica el tipo de fractura en función de la Radiografía, así como datos refe-

rentes a la intervención (tipo de anestesia empleada, técnica utilizada,...). (Figura 3).

- Y una tercera parte donde se toma información postoperatoria: Reducción de la fractura, colocación del material de osteosíntesis, deambulación postoperatoria y complicaciones precoces, tanto locales (hematoma, infección superficial de la herida, infección profunda de la herida) como sistémicas (cardíacas, respiratorias,...). (Figura 4).

En las revisiones en consulta realizadas al mes, tres meses, seis meses y al año, se recogen datos sobre consolidación radiográfica de la fractura, dolor, capacidad de deambulación y si lo hace o no con ayuda (ya sea andador, bastones o ayuda de un familiar).

Todos los pacientes fueron intervenidos utilizando la misma técnica quirúrgica y el mismo material de osteosínte-



**Protocolo de Seguimiento Clínico**

On Admission

L.I. No.: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo: Hombre/Mujer

Domicilio: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Admisión: Día Post Fractura: \_\_\_\_\_ Fecha de la Cirugía: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cirugía: Día Post Fractura: \_\_\_\_\_ Date of Discharge: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Discharged To: \_\_\_\_\_ (Care/Institution) TEL: \_\_\_\_\_

**Estados Médicos - Enfermedades Asociadas:**

- ☐ Sistema Cardiovascular
- ☐ Sistema Respiratorio
- ☐ Sistema Nervioso Central
- ☐ Desorden Metabólico (Cachexia)
- ☐ Sistema Renal
- ☐ Organic Mental Syndrome
- ☐ Multi-Organ Failure
- ☐ Otras: \_\_\_\_\_

**Patient Origin:**

☐ Home ☐ Institution

**Desambulación Pre-accidental:**

☐ (1) No Support ☐ (1) Partial Support ☐ (1) Not Mobile

**Independencia:**

☐ SI ☐ No

**Pre-Injury ADL Assessment:**

1/3

Figura 1: Fractura pertrocanterea

Fig. 2: Datos del paciente.

sis: (2) -Técnica quirúrgica: se realizó mediante cirugía mínimamente invasiva o utilizando mini-incisión (3). En este caso se realizaron dos pequeñas incisiones de unos 3 cms aproximadamente en cara lateral externa del muslo a intervenir.Utilizando este tipo de cirugía se consigue, además de minimizar la pérdida sanguínea durante la intervención, una más pronta recuperación.

■ Material de osteosíntesis: se utilizó la placa PCCP Gotfried (Percutaneous Compression Plate) de MBA (4), que consiste en un tornillo deslizante sobre una placa paracortical. (Ver figura 5).

■ **Cuidados de enfermería:** Son fundamentales y se dividen en:

○ Pre-operatorio:

- Recibir al enfermo a su ingreso en la planta.
- Preparar al enfermo para acudir a quirófano:

✓ Preparación del campo quirúrgico (lavado con povidona Yodada de la zona en que se realizará la intervención y cobertura de la misma con un paño estéril).

✓ Protección de ambos talones.

✓ Sondaje vesical.

✓ Comprobar el estado de las vías.

✓ Colocación de tracción blanda en el miembro fracturado, en el caso en que el enfermo no vaya directamente a quirófano.

○ Post-operatorio:

- Realizar los controles habituales de enfermería. Son muy importantes sobre todo al llegar el enfermo de quirófano y en las primeras horas, ya que es cuando el enfermo puede tener más problemas.

**Fracture Classification:**  
(Orthopaedic Trauma Association; J. Orthop Trauma 10 (supp): 31-34, 1996)

|                                                                                     |                                                                                     |                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 31 - A1.1<br>(2 Fragmentos)                                | <input type="checkbox"/> 31 - A1.2<br>(2 Fragmentos)                                | <input type="checkbox"/> 31 - A1.3<br>(2 Fragmentos)                                |
|  |  |  |
| <input type="checkbox"/> 31 - A2.1<br>(Multifragmentario)                           | <input type="checkbox"/> 31 - A2.2<br>(Multifragmentario)                           | <input type="checkbox"/> 31 - A2.3<br>(Multifragmentario)                           |
|  |  |  |

**Asociación:** ☐ General ☐ Regional ☐ Local

**Información Operativa:**  
**Técnicas Quirúrgicas:**  
☐ Routine  
☐ Revision of Routine: \_\_\_\_\_  
**Pérdida de sangre en cc:** Intra-op: \_\_\_\_\_ Suction Device: \_\_\_\_\_

2/3

**Información Post Operativa (En Hospital):**

**Reducción de los Rayos X:**  
**Reducción de la Fractura:**  
☐ Óptima (reducción anatómica AP y Lateral)  
☐ Aceptable (reducción anatómica en una sola vista AP or Lateral)  
☐ Pobre (no reducción anatómica en ambas vistas)  
**Colapso de la Fractura:**  
☐ Intra Op ☐ Post-Op

**Posición de la Placa y Tornillos a oses:**  
☐ Óptima (AP y Lateral)  
☐ Aceptable (en sólo una vista)  
☐ Pobre (en ambas vistas)  
☐ Deformidad en Vaso  
☐ Desplazamiento Medial  
☐ Penetración del Tornillo  
☐ Migración de la Cornisa

**Destabilización Post Operativa:**  
☐ Sin Carga ☐ Soporte Parcial ☐ Sin Movilidad

**Condición Precoz:**  
**Local:**  
☐ Hematoma  
☐ Infección Superficial de la Herida  
☐ Infección Profunda de la Herida  
**Systemic:**  
☐ Cardíaco  
☐ Respiratorio  
☐ D.V.E.  
☐ Renal  
☐ Presión Sanguínea  
☐ Septicemia  
☐ Otros: \_\_\_\_\_

**Post Op Pain Score:** \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

3/3

Fig. 3: Datos de la fractura e intervención.

Fig. 4: Datos postoperatorios.

## ■ Recuperación funcional tras fractura peritrocantérea de cadera

- Realizar la autotransfusión si el enfermo tiene un recuperador de sangre.
- Hemograma y hematocrito a las 6 horas de la intervención.
- Educar al enfermo en la realización de ejercicios isométricos y de contracción del cuádriceps, desde el momento en que el enfermo puede mover los miembros inferiores tras la anestesia.
- Retirada del sondaje vesical a las 24 horas de la intervención.
- Retirada del drenaje a las 24-48 horas de la intervención.
- Dar las pautas al enfermo para que inicie la sedestación a las 24 horas de la intervención, y la bipedestación, con ayuda de andador, a las 48 horas de la misma.
- Cuidados de la herida y curas planas cada 48 horas, salvo que el apósito esté manchado.

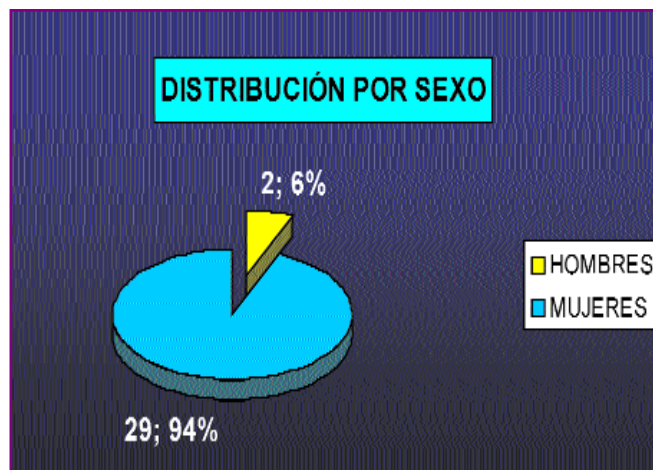
## RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron los siguientes:

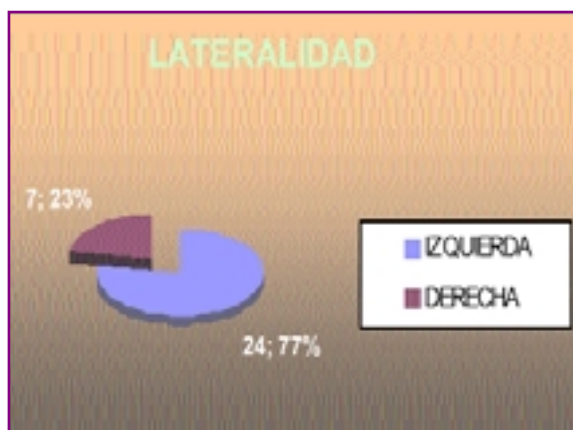
- Se intervinieron un total de 31 pacientes, de los cuales 29 eran mujeres y solamente 2 hombres. (Gráfica 1).
- La edad media de los pacientes fue de 76,7 años (48-94 años, lo que implica un rango o recorrido de 46).
- Se constató una Lateralidad izquierda en 24 pacientes y derecha en 7. (Gráfica 2).
- La estancia media hospitalaria fue de 10,7 días (4-16 días).



Fig. 5: Placa PCCP Gotfried.



Gráfica 1: Distribución por sexos.



Gráfica 2: Lateralidad de las fracturas.



Gráfica 3: Resultados obtenidos.

- Todos los enfermos se intervinieron bajo anestesia intradural y procedían de su domicilio (ninguno procedía de instituciones o residencias de ancianos).
- De los 31 enfermos intervenidos, 25 realizaban una deambulación independiente previa a la fractura frente a los 13 que lo consiguieron tras la cirugía.
- En todos los casos se inició la carga parcial progresiva a partir del 2º día tras la intervención.
- El seguimiento medio ha sido de 9,2 meses (3-15 meses).
- 6 de los enfermos no han acudido nunca a revisión. Lo que desconocemos es la causa de dicha ausencia.
- El resto de los pacientes se distribuye de la siguiente manera: (Gráfica 3).
  - ➔ 3 se encuentran en rehabilitación.
  - ➔ 13 deambulan con normalidad.
  - ➔ 5 deambulan con ayuda de 1 sólo bastón.
  - ➔ 2 deambulan con ayuda de un andador.
  - ➔ 2 de ellos precisan ayuda de un familiar.
- En todos los casos que han acudido a revisión se ha conseguido una consolidación de la fractura satisfactoria. (Figuras 7 y 8).
- En cuanto a las complicaciones precoces encontradas destacan: diarreas y vómitos (1 caso), hiperglucemia (1 caso), infección de orina (2 casos) y un caso de hematoma local en la zona de la intervención.
- El tipo de fractura según la clasificación de la AO (5) (Asociación de Osteosíntesis) fue: A2.1 en 17 casos frente a los 14 con fractura A1 (A1.1: 8 casos; A1.2: 2 casos; A1.3: 2 casos). (Figura 6).

## DISCUSIÓN

Una vez analizados los resultados obtenidos podemos concluir lo siguiente:

- ✓ Casi un 20% de los pacientes intervenidos no han acudido a las revisiones. Esto podría explicarse por la alta tasa de morbi-mortalidad de este tipo de fracturas, que como hemos visto, puede llegar hasta un 30% en el primer año.
- ✓ Sólo un 42% de los pacientes recupera una deambulación normal que le permitirá llevar una vida independiente, lo cual nos vuelve a dar una idea de lo incapacitante que llega a ser este tipo de fracturas.
- ✓ El 29% queda con algún tipo de incapacidad (deambulación con andador, bastones, ayuda familiar) lo cual repercutirá en la familia que se ha de hacer cargo del enfermo, o bien, en las instituciones socio-sanitarias que han de proveer de medios a aquellos enfermos que no disponen de familia para hacerse cargo de ellos.

Se calcula que en España, los gastos generados solamente por el tratamiento inmediato son superiores a los 210 millones de Euros anuales y previéndose un incremento exponencial en las próximas décadas (6).

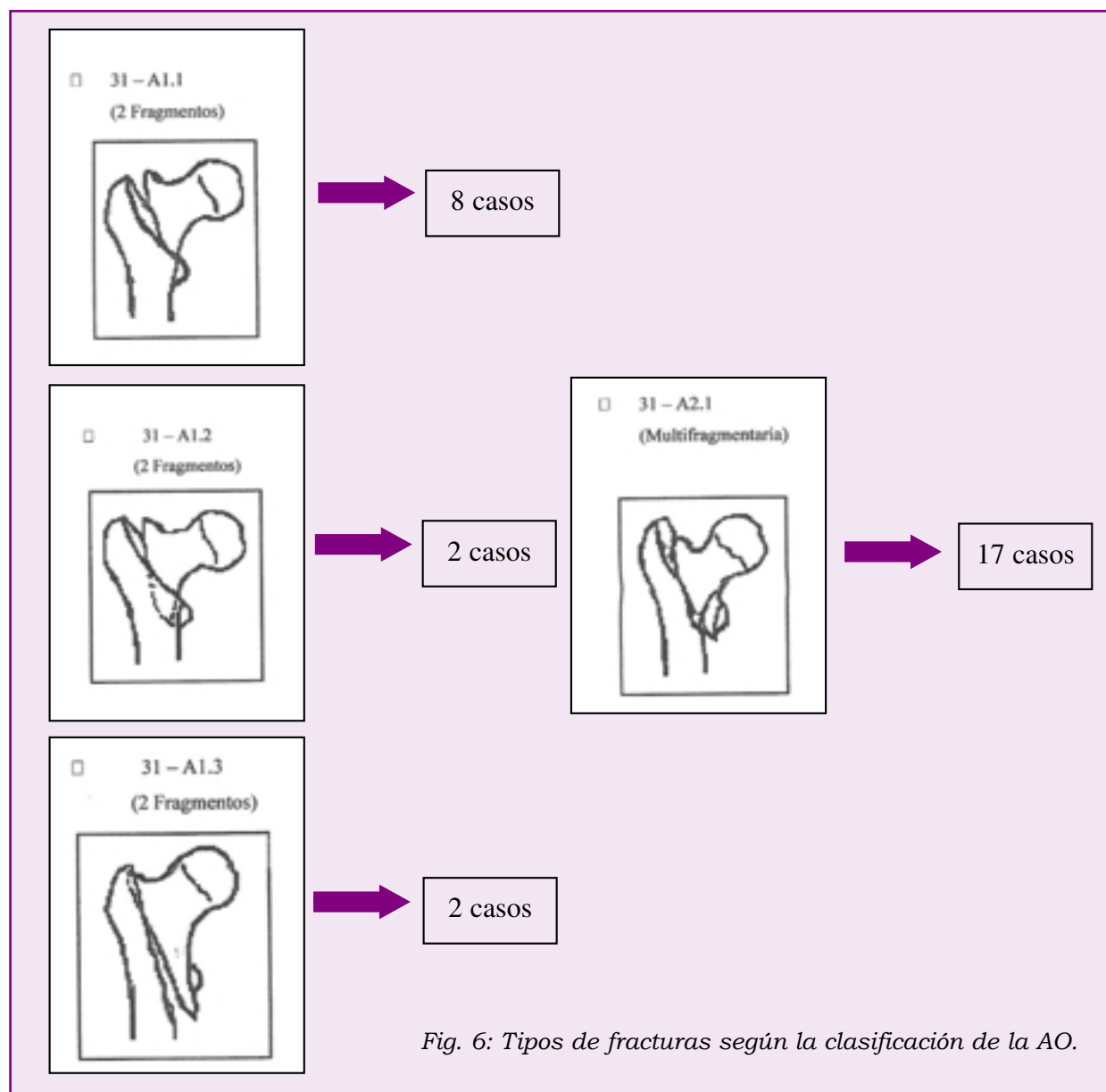
Se trata pues de un verdadero problema socioeconómico y lo que los expertos han postulado: “la osteoporosis es la epidemia del siglo”.



Fig. 7: Proyección antero-posterior



Fig. 8: Proyección axial



## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Fracturas en el anciano. Fracturas trocantéreas en el anciano. Medical & Marketing communications 2001;10;167-186.
- 2- Krashennnikoff M, Grankow J, Tirholm C. Gotfried PCCP: a new method for osteosynthesis of intertrochanteric fractures of the femur. Acta Orthop. Scand 1998;280;30-1.
- 3- Janzing HM, Houken BJ, Brandt SE. The Gotfried Percutaneous Compression Plate versus the dynamic hip screw in the treatment of pertrochanteric hip fractures: minimal invasive treatment reduces operative time and postoperative pain. J Trauma 2002;52;29-38.
- 4- Gotfried Y. Percutaneous compression plating of intertrochanteric hip fractures. J Orthop. Trauma 2000;14;490-5.
- 5- Principios de la AO en el tratamiento de las fracturas. Femur proximal. Masson 2003;445-458.
- 6- Manual SECOT de Cirugía Ortopédica y traumatología. Fracturas del extremo proximal del femur. Edit. Panamericana 2003;750-763.

TU DINERO CRECE  
CADA DÍA MÁS.



EL **DEPÓSITO CRECIENTE CAJA MADRID** es un producto sencillo y transparente, con una rentabilidad creciente y abono trimestral de intereses.

Y con la tranquilidad de poder disponer de tu dinero siempre que lo necesites:

- Liquidez inmediata.
- Interés aplicado en cancelación anticipada: 2% nominal anual.

¿Esperabas ganar tanto? Desde 3.000 euros, comprobarás cómo tus intereses crecen y crecen. Cada día más.

**3,70% TAE**  
Plazo: 3 años

Si quieres disfrutar de esta magnífica rentabilidad, infórmate en tu oficina.



**CAJA MADRID**

Tfno.: 954 93 28 80

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

Certificación de calidad  
en Medios de Pago



# XXIII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla

Luis Romo Arceja

## PREMIOS

**PRIMERO: 3.600 Euros**

**SEGUNDO: 1.800 Euros**

**TERCERO: 1.200 Euros**

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

### BASES

- 1ª. **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2ª. **OBJETO:** Lo+ premio+ se concederán a autor(es) monográfico(s) o trabajo(s) de investigación de Enfermería, inédito(s), que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
- 3ª. **DOTACIÓN:** La dotación económica será de 3.600 Euro+ (300.000 pesetas) para el trabajo premiado en primer lugar, 1.800 Euro+ (300.000 pesetas) para el trabajo premiado en segundo lugar y 1.200 Euro+ (300.000 pesetas) para el premiado en tercer lugar.
- 4ª. **PRESENTACIÓN:** Lo+ trabajo(s) que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque y tendrán limitación de copia y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado en formato D.D.N. de 4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadrados. Incluirán en representación de cada uno de los miembros, no excederá a dos páginas.
- 5ª. **CONCURSANTES:** Sólo podrán concursar profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6ª. **JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Será vocal(es) cada uno de los países correspondiente al Colegio de Sevilla, Consejo de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales del profesorado de las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno de entre lo+ representantes de las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos lo+ miembros del jurado serán Diplomados en Enfermería.  
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El jurado será nombrado anualmente.
- 7ª. **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- 8ª. **DECISIÓN DEL JURADO:** Lo+ concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o arbitral contra el fallo del jurado, que será irrevocable. Lo+ premio+ no podrán quedar devueltos si no se comparecen entre dos o más trabajos.
- 9ª. **DOCUMENTACIÓN:** Lo+ trabajo(s) serán remitido(s) por correo certificado con nombre de envío o cualquier otra empresa de envíos al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla (Avda. Purísima y Cajal, nº 20-Ato. 41005-Sevilla), en sobre cerrado con la inscripción "XXIII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán consigo ni ningún otro dato de identificación.  
En su interior incluirán el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con sus nombres y sobre cerrado, identificado con el mismo nombre incluyendo nombre y dirección completa del autor o autores, teléfono de contacto del 1º, siempre, certificado de colegiación vigente y cualquier otro dato de la totalidad del equipo, si lo hubiere.  
Lo+ trabajo(s) presentados serán obligatoriamente referidos a localidad, centro o cualquier otro apartado, que puedan incluir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de los pliegos, de la procedencia o autores de los mismos.
- 10ª. **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Lo+ trabajo(s) que se presenten en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de los autores. Lo+ 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 "XXIII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11ª. **TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premio+ quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.  
Podrán optar al mismo lo+ trabajo(s) presentado(s) hasta el 31 de octubre de 2007. Lo+ premio+ serán comunicados a los autores o primer firmante por el Secretario del jurado, mediante correo certificado.  
El fallo del jurado se hará público hasta el día 15 de diciembre de 2007.

### PREMIOS 2006

- 1º Premio. Esperanza B. García Navarro (Huelva)
- 2º Premio. Mª Carmen Álvarez Ferra (Gijón)
- 3º Premio. Elena Chamorro Robledo (Madrid)



17 años avanzando con la profesión