

HYGIA de ENFERMERIA

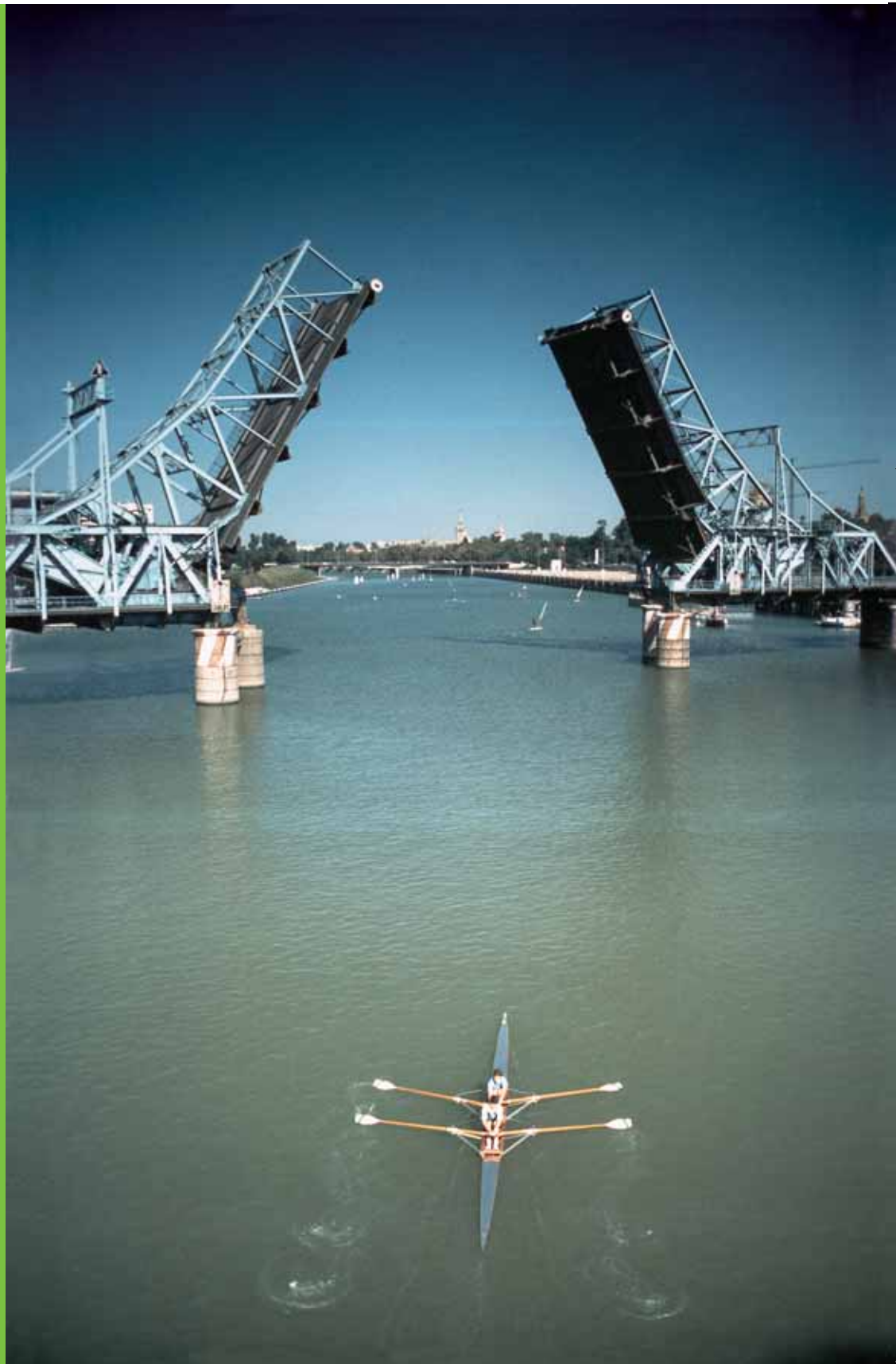
Nº 68, Año XV - 2008

Colegio de Enfermería de Sevilla

Evaluación de la
calidad en la
actividad del
TRIAGE en un
Servicio de
urgencias
hospitalario

Vendaje funcional
versus
inmovilización
rígida en el
esguince de tobillo,
basado en la
evidencia científica

Taller docente de
espirometría para
enfermería



Nuevo de RESPONSABILIDAD SEGURO Civil

TU COLEGIO
TE PROTEGE
CON 3.000.000 €
(500 MILLONES DE PESETAS)

¡No te olvides!
tu **seguridad**, ante todo



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA
SEVILLA

SER PROTAGONISTAS DE LOS CUIDADOS

“Todas las teorías y toda la ciencia del mundo no pueden ayudar a nadie tanto como un ser humano que no teme abrir su corazón a otro”

Elizabeth Kubler-Ross

Aprovecho este espacio que me brinda el Colegio para hacer una reflexión sobre el peligro que corre la Enfermería de convertirse en una profesión técnica y en una ciencia sin alma.

Como observadora del proceso de transformación que ha experimentado la enfermería en los últimos veinte años, he podido percibir el gran esfuerzo que hemos realizado por desarrollar el marco teórico y encontrar una metodología científica para aplicar los cuidados, aun a costa de perder algo de nuestra esencia, de vocación humanitaria y de servicio a la sociedad. Actualmente, el desarrollo técnico experimentado en los medios diagnósticos y en los métodos de tratamiento ha convertido a nuestros hospitales en industrias “medicalizadoras” que dispensan tratamientos farmacológicos, más que cuidados. Esto podemos observarlo en la disminución considerable de **los espacios de contacto y acercamiento al paciente, deshumanizando la asistencia al enfermo y alejando a la enfermera/o de su objetivo fundamental, que es el bienestar del paciente y su familia.**

En la atención que reciben los enfermos hay ausencia de presencia, hay mucha especialización y poco corazón. El enfermo ha dejado de ser el protagonista y toda la atención gira alrededor de la tecnología biomédica aplicada al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. La realidad física, mental, emocional y espiritual del paciente queda ensombrecida por

toda esa abstracción que hacemos de la enfermedad. De esta forma, se nos olvida que el paciente está dañado en su totalidad, que su cuerpo da señales y que necesita sobre todo de una atención sensible con el momento por el que está pasando. Tener presente esta realidad implica que **la enfermedad no se considera aislada del cuerpo que la padece y del entorno en el que sucede.** Como dice Rosette Poletti, “la salud es la vida total de la persona”, y por tanto la enfermedad también lo es. **Tratar sólo el órgano dañado, sin tener en cuenta la realidad integral de la persona, puede provocar más sufrimiento del necesario.**

Teniendo en cuenta lo expuesto anteriormente, quisiera llamar la atención sobre la necesidad que tenemos de humanizar la asistencia al enfermo. Hacer más humano, más agradable, menos cruel y menos duro el proceso de enfermar. Ser solidario, ser comprensivo, tener buenos sentimientos, ayudar siempre que podemos, acompañando, escuchando acercándonos al paciente.

A pesar de que la Enfermería vive un momento de expansión, corre el peligro de convertirse en una profesión técnica y en una ciencia sin alma si en su desarrollo no contempla también que la esencia de esta profesión es Cuidar desde la cercanía y el contacto. Este es el arte de Cuidar, donde podemos expresar la sensibilidad hacia la vida. Cada vez que nos acercamos al paciente desde el respeto y la consideración que se merece, aceptando la diversidad,

favoreciendo el encuentro, la despedida en el momento de la muerte, estimulando la independencia y favoreciendo el bienestar y la confianza en los procesos corporales y vitales, estamos creando una bella obra de arte en cada relación que establecemos. Como dicen Carkhuff y otros autores, “la relación con el cliente no es neutra, es decir, siempre deja huella o influencia la vida del cliente, por lo que, o bien le ayudamos a mejorar y a ser capaz de enfrentarse y resolver sus problemas, o por el contrario le perjudicamos”.

Finalmente, quisiera concluir esta reflexión planteando una nueva mirada, ¿es posible dejar de mirar tanto hacia fuera, para mirarnos más a nosotros mismos, y ver las motivaciones profundas que nos han traído a esta profesión?. La mayoría elegimos ser enfermeras/os por nuestra necesidad de sentirnos útiles ayudando al prójimo en los momentos de debilidad, y este aspecto no podemos olvidarlo en nuestro desarrollo profesional. Si nos olvidamos de esta motivación, mecanizamos nuestra aportación y nos alejamos de los pacientes, dejamos de incluirnos como parte del proceso. Por lo tanto, lo que propongo es recuperar el espacio y el tiempo para nuestra **Presencia** en cada atención que damos a los pacientes, y recuperar la **Confianza** en los propios recursos. En definitiva, **Ser protagonistas de los Cuidados.**

Autora: Carmen Negrillo Duran
Profesora de la Escuela de Enfermería “Virgen del Rocío”

EDITA

Ilte. Colegio Oficial de Enfermería
de Sevilla

DIRECTOR

José María Rueda Segura

SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

DIRECCIÓN TÉCNICA

José Román Oliver

CONSEJO DE REDACCIÓN

Comisión Ejecutiva

TIRADA

9.000 ejemplares

ISSN

1.576-3056

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

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

REDACCIÓN

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

**MAQUETACIÓN,
FOTOMECAÁNICA E IMPRESIÓN**

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



Nombre: Manuel Víctor Herzog Rabasco
Nº Colegiado: 10.988
Máquina: Canon EOS 620

Sumario

- 3 *Ser protagonistas de los cuidados*
- 5 *Evaluación de la calidad en la actividad del TRIAGE en un servicio de urgencias hospitalario*
- 15 *Vendaje funcional versus inmovilización rígida en el esguince de tobillo, basado en la evidencia científica*
- 20 *Actitud del estudiante de enfermería respecto a la bioseguridad*
- 25 *La entrevista clínica de valoración inicial. Principios de Calidad*
- 31 *Reservorio intravenoso subcutáneo. RIVS*
- 35 *La enfermería ante la isquemia en los quirófanos de traumatología*
- 39 *Recuperación funcional tras prótesis total de rodilla*
- 43 *Taller docente de espirometría para enfermería*
- 49 *Guía de fármacos para enfermería utilizados en trasplantes cardíacos, hepáticos y renales*
- 56 *Perspectiva antropológica del paciente ostomizado. Propuesta de investigación*
- 61 *Normas de estilo para la publicación en Hygia de Enfermería*

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.

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ACTIVIDAD DEL TRIAGE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

■ M^a del Carmen Álvarez Baza

D.E. del Servicio de urgencia del Hospital de Cabueñes de Gijón. ASTURIAS

Resumen

El objetivo del estudio ha sido evaluar la calidad en la actividad del triage en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón (Asturias), mediante indicadores de estructura y de proceso.

La población estudiada, fue el personal de enfermería (DUE/ATS) que trabajaba en el Servicio de Urgencias en el mes de enero de 2005, en el área de adultos y dos muestras aleatorias representativas de los pacientes que acudieron a este Servicio entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2004/2005.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo y se utilizaron como instrumentos en el caso de los profesionales de enfermería un cuestionario y para los pacientes una hoja de recogida de datos que permitió, durante los meses de febrero a mayo de 2006, revisar el dossier de la unidad de clasificación clínica o triage y el informe médico de urgencias.

Aunque la actividad del triage es muy aceptable, una dotación adecuada de recursos humanos, reconocimiento profesional, formación continuada, mejora de las instalaciones, de los tiempos de atención en urgencias, evaluaciones sistemáticas de la satisfacción de los profesionales, de los pacientes, del dossier de la u. de clasificación clínica y de los protocolos de triage y la utilización de un sistema de triage con una escala de 5 niveles de gravedad, ayudarían a mejorar la satisfacción de los profesionales de enfermería y optimizarían aún más la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Calidad
- ✓ Evaluación
- ✓ Triage
- ✓ Servicio de Urgencias
- ✓ Hospital
- ✓ Actitud/es
- ✓ Profesionales de Enfermería
- ✓ Dossier de la u. de clasificación clínica

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) son parte fundamental de cualquier organismo de atención de la salud y tienen la misión de responder a la demanda sanitaria urgente de la población, ofertando una asistencia eficaz, eficiente y equitativa y teniendo en la calidad uno de sus componentes principales. Pero la accesibilidad de estos servicios, el envejecimiento de la población, las expectativas o confianza en la atención hospitalaria, la demora en la atención electiva y la cultura de la inmediatez entre otras, explican el crecimiento constante de los mismos y contribuyen de forma importante a su satura-

ción, la cual empeora año tras año, en determinadas horas del día, en determinados días de la semana o en determinados periodos del año, y ocasionan graves dificultades para asegurar una atención rápida y eficaz a los pacientes y a su vez repercute en la calidad de la asistencia ofrecida (1-6).

Ante esta creciente demanda asistencial en los SUH y para mejorar la asistencia, además de los cambios estructurales y funcionales, se hace necesario implantar un sistema de jerarquización de necesidades o triage que priorice utilizando como criterio fundamental la presunción de gravedad y no el orden de llegada al Servicio de Urgencias (SU) (7-10).

En España, hasta ahora lo más habitual era priorizar en tres niveles distintos (procesos agudos, críticos o graves inestables, procesos agudos, estables, no críticos y procesos no agudos, banales o sin gravedad), pero en el ámbito anglosajón existe una tradición de muchos años de utilizar cinco niveles de priorización (riesgo vital inmediato, situación de emergencia, situación urgente, situación menos urgente o estándar y situación no urgente). Tradición que comienza a utilizarse en algunos hospitales del territorio español al incorporar los sistemas estructurados de triage, como el sistema Manchester (MTS) (11) y el Modelo Andorrano (MAT) (12).

Aunque inicialmente el triage fue realizado por los médicos, actualmente en la mayoría de los SU es enfermería quien desempeña esa función y no basta con que cuente con una extraordinaria competencia técnica y habilidad formal, también necesita una extraordinaria competencia ética, lo que implica la asunción de determinados valores, los cuales son fundamentales en el marco de la relación entre profesionales, en el trato con el paciente y el entorno familiar (9, 13-19).

Por tanto, enfermería pasa a convertirse en un elemento básico en la priorización de la atención al paciente que llega al área de urgencias, utilizando como herramienta fundamental para la valoración del paciente los protocolos de triage o las escalas de triage normalizadas. Protocolos que deben ser fruto del trabajo de los profesionales del SU, convencidos de su utilidad y eficacia y que le permitirán unificar y consensuar pautas de actuación, evitando el riesgo de variabilidad en la atención prestada, aportando eficacia y sencillez metodológica y teniendo como objetivo último la mejora de la calidad del triage.

Pero la actividad del triage, debe quedar registrada en el dossier de la unidad de clasificación clínica, en la historia clínica del paciente, sirviendo de información clínica para otros profesionales, además de ser evaluada periódicamente como garantía de calidad de la atención prestada en la unidad de triage y así se podrá identificar en cada caso y en cada centro los puntos débiles de atención a los pacientes, tomar conciencia de ellos y proponer medidas correctoras que puedan ser revisadas en posteriores estudios para valorar su efectividad e intentar conseguir una calidad asistencial adecuada.

Está claro que la jerarquización de necesidades o triage en los SUH es hoy una necesidad ineludible dentro de un sistema sanitario de calidad. Por ello el objetivo del estudio ha sido evaluar la calidad del triage en el SU del H. de Cabueñes de Gijón, valorando la actitud de los profesionales de enfermería hacia él y la cumplimentación en el dossier de la u. de clasificación clínica o triage de dos de los protocolos utilizados.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

La población estudiada fue el personal de enfermería (DUE/ATS) que trabajaba en el SU del H. de Cabueñes en enero de 2005 en el área de adultos y que contaba con una

antigüedad en su puesto de trabajo de al menos 6 meses de desempeño del mismo y dos muestras aleatorias representativas de los pacientes que acudieron a la unidad de adultos de 8 a 22 horas, entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2004/2005, con dolor torácico y disnea.

El SU analizado cuenta con ocho unidades asistenciales, recibió 94.675 y 96.154 pacientes durante los años 2004/ 2005 y en él se utilizan cuatro dossiers de enfermería y dos informes médicos.

La unidad de clasificación o triage comenzó a funcionar en enero de 1996, con una/un enfermera/o por turno responsable de la valoración, priorización y asignación de la unidad de urgencias que le prestará asistencia al paciente y siguiendo unas guías de actuación o algoritmos, que ya se utilizaban en otros hospitales donde existía el triage y con tres niveles de priorización. En 1998 un grupo de enfermeras/os del SU diseñó el "Manual de enfermería para la unidad de clasificación o triage" del SU analizado (20). "Manual" que fue presentado al resto del equipo asistencial, avalado por las Direcciones del Hospital, editado como "Manual de bolsillo" en el año 2000, reeditado en el 2006 y es utilizado en la actualidad.

El "Manual" cumple con los criterios estructurales que debe tener un protocolo o manual. Contiene básicamente las actividades que realiza la/el enfermera/o de la u. de triage, las guías para el interrogatorio, con las que identifica el motivo de consulta del usuario/paciente, las 22 guías de actuación o algoritmos, que le permite priorizar el orden de atención y asignar la unidad de asistencia y el documento utilizado para registrar toda la información generada en la u. de triage y que recibirán el resto de las unidades del SU donde el paciente será visto. La utilización del "Manual" facilita al DUE/ATS de la u. de triage la toma de decisiones, le permite evaluar de forma rápida y fácil el nivel de gravedad de la afección de los pacientes, priorizar el orden de asistencia, adjudicar un tiempo de espera y asignar un lugar de asistencia.

El tamaño de las muestras con un error del 5% y un nivel de confianza del 95,5%, fueron de 359 y 353 historias clínicas (712 historias), seleccionadas por la técnica del muestreo aleatorio sistemático, a partir del listado de pacientes que acudieron al SU con dolor torácico o disnea durante los 12 meses estudiados.

Para la recogida de los datos se utilizó, en el caso de los profesionales de enfermería, un cuestionario que contenía:

- 10 ítems que hacían referencia a las variables socio-demográficas y socio-laborales de los profesionales
- 48 ítems que recogían la opinión de los profesionales de enfermería analizados, sobre el triage en el SU del H. de Cabueñes.
- El "Cuestionario de Valores Interpersonales (SIV) de L.V. Gordon (21), que pretendía medir el grado o intensidad relativa de cada uno de los seis valores interpersonales (Estímulo, Conformidad, Reconocimiento, Independencia, Benevolencia, Liderazgo). Valores que tienen una gran relevancia en el ajuste personal, social, familiar y profesional del individuo. Para la interpretación de los resultados del SIV, se estableció un valor neutro en el nivel 50, para cada uno de los niveles.

Para controlar la calidad de la actividad del triage según los pacientes, se ha utilizado como instrumento metodológico una evaluación retrospectiva de la práctica asistencial, revisando la presencia en el dossier de la unidad de clasificación clínica o triage y en el informe médico de urgencias diversos parámetros: edad, sexo, datos de identificación del paciente, motivo de consulta (dolor torácico / disnea), código, tiempo de 1ª atención (admisión/triage) y tiempo de triage a 1ª atención médica, antecedentes de interés, unidad de atención, alergias, firma del DUE/ATS que realizó el triage, diagnóstico médico al alta/ final, destino del paciente. Todo ello según unos criterios de valoración previamente establecidos y según los dos protocolos evaluados (dolor torácico y disnea).

Los criterios de valoración no estaban ponderados, estableciéndose un estándar de cumplimentación para cada uno de ellos del 100%. El índice de calidad es el porcentaje de criterios cumplidos por 100 sobre el número total de criterios establecidos. El índice de calidad global es la media aritmética de los índices de calidad del dossier.

Para el tratamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico de Ciencias Sociales SPSS/PC +12.0 (Statistical Package Social Sciences). Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables objeto de estudio y para el examen de las relaciones entre las variables se utilizó el Chi cuadrado.

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y SOCIO-LABORALES DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA		
		DUE/ATS
EDAD	20-34 años	36,8%
	35-45	52,6%
	> 45	10,5%
SEXO	Hombre	21,1%
	Mujer	78,9%
ESTADO CIVIL	Casada/o o pareja	57,9%
	Sotera/o	36,8%
	Separada/o	5,3%
TIPO DE CONTRATO	Fijo	31,6%
	Eventual	26,3%
	Interino	42,1%
AÑOS DE EJERCICIO	5-8 años	15,8%
	9-12	26,3%
	13-16	26,3%
	>16	31,6%
ANTIGÜEDAD EN EL SU	6 meses-1 año	15,8%
	2-6 años	36,8%
	7-11	31,6%
	>11	15,8%
HORARIO DE TRABAJO	3T	84,2%
	Noches	15,8%
FORMACIÓN POSTGRADO EN ENFERMERÍA DE URG. Y/O EMERG.	SI	52,6%
	NO	47,4%
SUSCRIPCIÓN Y/O LECTURA DE PUBLICACIONES DE URG. Y/O EMERG.	SI	57,9%
	NO	42,1%
ASISTENCIA PERIÓDICAMENTE A SEMINARIOS Y/O JORNADAS Y/O CURSOS Y/O CONGRESOS DE URG. Y/O EMERG.	SI	36,8%
	NO	63,2%

Tabla 1.

RESULTADOS

1. LA ACTIVIDAD DEL TRIAGE EN EL SU DEL H. DE CABUEÑES, SEGÚN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA

Las características de la muestra se exponen en la *Tabla 1*.

La actitud de los profesionales de enfermería (DUE/ATS) hacia el triage se recoge en las *Tabla 2*.

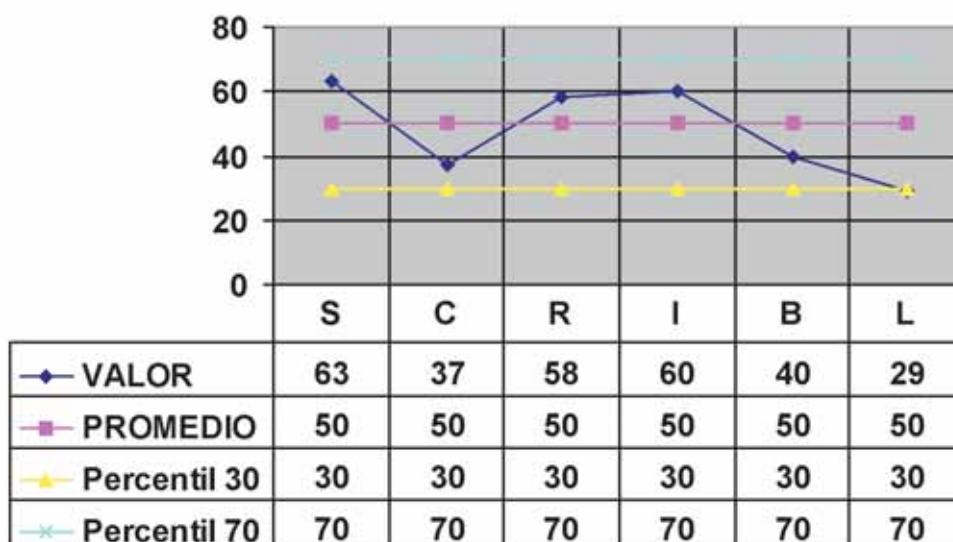
El perfil suministrado por los seis valores componentes del cuestionario SIV está caracterizado por la presencia de una máxima elevación del estímulo, seguido de reconocimiento e identificación. El menor valor registrado fue el liderazgo *Figura 1*.

Se encontraron relaciones significativas *Tabla 3*, entre algunas variables socio-laborales y la actitud hacia el triage, así como entre los valores interpersonales y ciertas actitudes hacia el triage.

ACTITUD DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA HACIA EL TRIAGE: ACTITUDES GENERALES, PROTOCOLO, FORMACIÓN, COMUNICACIÓN, RECONOCIMIENTO				
	Si Siempre Bueno	A veces regular	No Nunca	NS/NC
Conocen las funciones del triage...	94,7%	-	-	5,3%
Están de acuerdo que lo realice una/un enfermera/o con el apoyo del médico...	84,2%	-	15,8%	-
Como se realiza es cómo debe hacerse...	10,5%	-	79%	10,5%
Sería necesario reevaluación periódica del paciente tras el triage...	63,2%	36,8%	-	-
El nivel de atención requerido por enfermería en el triage es elevado...	89,5%	-	10,5%	-
Les genera tensión la función del triage...	42,1%	57,9%	-	-
Están satisfechos en general con la labor que desempeñan en la unidad de triage...	.26,3% puntúan hasta 4 en una escala de 0 -10 .73,7% puntúan de 5 a 8 en una escala de 0-10			
El triage permite controlar el flujo de pacientes y mejora la calidad de la atención...	57,9%	-	36,8%	5,3%
Es necesario la protocolización del triage...	100%	-	-	-
Conocen la existencia del "Manual de enfermería para la unidad de triage"...	94,7%	-	5,3%	-
Es útil el "Manual de enfermería para la unidad de triage"...	84,2%	-	5,3%	10,5%
Si enfermería tiene dudas en el triage además de contar con el "Manual" acude al médico de la unidad ambulatoria...	100%	-	-	-
Sería necesario una actualización o revisión periódica del "Manual"...	94,7%	-	5,3%	-
Está enfermería dispuesta a participar en la revisión del "Manual"...	79%	-	10,5%	10,5%
Consideran la hoja de clasificación o triage útil y sencilla de cumplimentar...	100%	-	-	-
Recibieron formación del Hospital sobre triage...	5,3%	-	94,7%	-
Consideran necesaria la formación en triage periódicamente...	94,7%	-	5,3%	-
Escuchan con atención al paciente en la unidad de triage...	57,9%	42,1%	-	-
Respetan en todo momento la intimidad del paciente...	68,4%	-	26,3%	5,3%
El lenguaje utilizado para comunicarse con el paciente es el indicado...	63,2%	36,8%	-	-
La comunicación enfermera/o- paciente es...	26,3%	73,7%	-	-
La comunicación enfermera/o- familiar es...	89,5%	-	10,5%	-
El trato y la amabilidad que dan al paciente en la unidad es...	73,7%	26,3%	-	-
El criterio de enfermería es respetado por el resto de los profesionales del SU...	-	89,4%	5,3%	5,3%
Han notado resistencia por parte del resto de los colectivos...	84,2%	-	15,8%	-
El paciente conoce y valora la preparación profesional de la /el enfermera/o de la unidad de triage...	5,3%	68,4%	26,3%	-
Es importante para el paciente que la/el enfermera/o de la unidad de triage sea experto, habilidoso, que tenga lenguaje claro, sea amable y le dé buen trato...	94,7%	-	5,3%	-
Se siente respetado y/o admirado enfermería por los pacientes a los que atiende en la unidad de triage...	-	68,4%	21,1%	10,5%

Tabla 2.

VALORES INTERPERSONALES EN LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DEL SU ANALIZADO



S= Estímulo; C= Conformidad; R= Reconocimiento; I= Independencia; B= Benevolencia; L= Liderazgo

Figura 1.

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA								
	V13	V15	V34	V49	V50	V83	V85	V87
V4		8.1 (2)						
V6	6.9 (2)							4.8 (1)
V8			6.3 (2)	4.2 (1)				
V13						4.4 (1)		
V22			8.9 (2)					
V54							3.9 (1)	
V55					4.04 (1)	4.4 (1)		

(1) $p < 0,05$; (2) $p < 0,01$

V4= Tipo de contrato; V6= Antigüedad en el SU; V8= Formación postgrado en enfermería de urgencias y/o emergencias; V13= Estar de acuerdo que el triage lo realice una/un enfermera/o con el apoyo del médico de la unidad ambulante si precisa; V15= El triage debe ser compartido por médico y enfermera/o; V22= Cuenta enfermería en el triage con el apoyo de la Coordinadora del SU y de la Supervisora de Enfermería del SU; V34= El Manual de enfermería de la unidad de clasificación o triage ha supuesto una unificación de criterios, mayor seguridad en la/el enfermera/o que lo utiliza y mejor asignación de las prioridades de atención;; V49= Escucha enfermería con atención al paciente cuando habla con él y mientras le atiende en la unidad de triage; V50= Respeta enfermería la intimidad del paciente durante la labor de triage; V54= Considera enfermería bueno el trato y la amabilidad que le da al paciente en la unidad de triage; V55= Se siente enfermería respetada/o y/ admirada/o por los pacientes a los que atiende en la unidad de triage; V83= Estímulo- desea ser tratada con amabilidad y consideración por los demás; V85= Reconocimiento- desea conseguir el reconocimiento por los demás; V87= Benevolencia- Desea hacer las cosas por los demás y compartirlo con ellos, ayudarles, ser generosos.

Tabla 3.

2. LA ACTIVIDAD DEL TRIAGE EN EL SU DEL H. DE CABUEÑES SEGÚN LA HISTORIA CLÍNICA DE LOS PACIENTES

De las 712 historias clínicas revisadas, se consiguió toda la información en 669 (94%), careciendo el resto del dossier de la unidad de clasificación clínica o triage o del informe médico de urgencias *Cuadro 1*.

El informe médico de urgencias permitió detectar diagnósticos finales, el destino final, las pruebas diagnósticas

realizadas, así como los tiempos de visita (tiempo desde el inicio de la visita médica hasta la entrega del informe al alta del paciente) y el tiempo de triage a 1ª atención médica.

El nivel de cumplimentación del dossier de la unidad de clasificación clínica o triage y del informe médico de urgencias, según los criterios de calidad establecidos y los protocolos evaluados, se exponen en la *Figura 2*.

Se encontraron relaciones significativas *Tabla 4* entre el código de priorización, el diagnóstico médico al alta y el destino del paciente y los distintos tiempos de atención.

INFORMACIÓN CONTENIDA	
EL DOSSIER DE LA UNIDAD DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA	EN EL INFORME MÉDICO DE URGENCIAS
• Identificación: 100% • Código: 99,9% (A: 45,6%; V:21,8%; R/A:12,4%; R: 20%) • Hora de Llegada: 100% • Tiempo de primera atención: 98,8% (<10':73,7%; <15':78,6%) • Motivo de consulta: 100% (D. torácico:49,3%; Disnea: 43,60%;Otros: 7,2%) • Unidad de atención: U. generales (78,3%), U. ambulante (21,7%) • Antecedentes de interés: 85,7% (D. torácico:36,6%; Disnea:26,6%) • Alergias:94,2% • Firma del DUE/ATS: 98,1%	• Pruebas diagnósticas realizadas: 99% de los pacientes. Espera en el SU: 3h- 43,8% 3-5h- 38,3% >5h- 17,90% • Diagnóstico final: Disnea- 55,5% D. torácico- 44,2% Otra patología- 0,30% • Destino final del paciente: Alta- 51,6% Ingreso-34,4% Boxes de observación-14,1% • Hora de 1ª atención médica: No figuran: 18 informes médicos de urgencias 651 informes restantes- Tiempo de triage a 1ª atención médica: 42,10%: 11-60' 21,40%: >120' 18,70%: <10' 17,80%: 61-120' • Los tiempos de primera atención médica, según códigos de priorización (R < 5-10'/A< 60'/ V< 120'), se siguen en 337 informes médicos de urgencias (50,4%)

Cuadro 1.

DISCUSIÓN

La tasa de participación de los profesionales de enfermería (65%) no es muy elevada, pero si es representativa del SUH analizado.

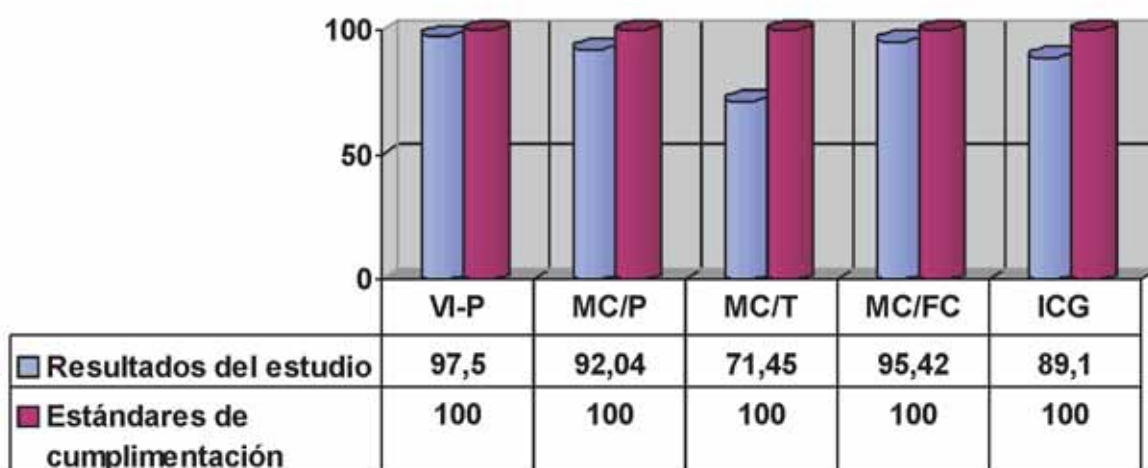
El perfil profesional, se corresponde con un DUE/ATS entre 35 y 45 años (7), con más de 9 años de ejercicio profesional (7), entre 2 y 11 años de antigüedad en el SU (7), que trabaja a tres turnos, cuenta con formación postgrado en enfermería de urgencia y/o emergencia, está suscrita y/o lee publicaciones de urgencias y/o emergencias periódicamente, pero no asiste asiduamente a jornadas y/o seminarios y/o

cursos y/o congresos de urgencias y/o emergencias. Valora el ser tratado con amabilidad y comprensión, e intenta proporcionarlo a los demás, considera importante dar y recibir reconocimiento y aprecia el ser libre para decidir por sí mismo y actuar según el propio criterio.

La formación específica en urgencias y/o emergencias y la experiencia en los SU es fundamental en los DUE/ATS que trabajan en ellos y están encargados de la jerarquización de necesidades o triage, como se detecta en otros estudios (7, 9, 14, 22-24).

Mayoritariamente los profesionales analizados conocen las funciones del triage en el SU en el que trabajan, están

CUMPLIMENTACIÓN DEL DOSSIER DE LA UNIDAD DE CLASIFICACIÓN CLÍNICA Y DEL INFORME MÉDICO DE URGENCIAS, SEGÚN LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN Y SEGÚN LOS DOS PROTOCOLOS EVALUADOS



VI-P=Cumplimentación del dossier de clasificación clínica (valoración-priorización): identificación, código, hora de llegada, tiempo de 1ª atención, motivo de consulta, unidad de atención, antecedentes de interés, alergias, firma del DUE/ATS; **MC/P**=Cumplimentación del dolor torácico/disnea según protocolo: Tipo de motivo de consulta, tipo de antecedentes, color del código de priorización, unidad de atención; **MC/T**=Cumplimentación del protocolo de dolor torácico/disnea, según el tiempo de triage a 1ª atención médica: Tipo de motivo de consulta, tipo de antecedentes, color del código, unidad de atención, tiempo de triage a 1ª atención médica; **MC/FC**=Cumplimentación del protocolo de dolor torácico/disnea, según fase de cierre (diagnóstico médico): Tipo de motivo de consulta, tipo de antecedentes, color del código, unidad de atención, diagnóstico médico al alta; **ICG**=Índice de calidad global :media aritmética de todos los índices de calidad

Figura 2.

SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA		
	H6	H18
H3	12.3 (2)	
H8	(3)	21.50
H16	8.95 (2)	13.86 (1)
H17	5.64 (1)	

(1) $p < 0,05$; (2) $p < 0,01$; (3) $p < 0,001$

H3=Color del código de priorización; **H6**=Tiempo de 1ª atención (admisión-triage); **H8**=Tipo de motivo de consulta; **H16**= Diagnóstico médico al alta; **H17**=Destino del paciente; **H18**=Tiempo triage a 1ª atención médica.

Tabla 4.

de acuerdo que lo realice una/un enfermera/o con el apoyo del médico de la unidad ambulante si precisa, sin embargo no están de acuerdo con la forma en que se realiza la labor

de triage en el SU. Consideran necesaria una reevaluación periódica de los pacientes tras el triage para evitar efectos de sobretriage o subtriage y minimizar el riesgo de deterioro fisiológico durante la espera del paciente. Piensan que el nivel de atención requerido por la/el enfermera/o para la ejecución del triage hospitalario es elevado y les genera tensión el desempeño de la función de triage, a veces. Están satisfechos en general con la labor que desempeñan en la unidad de triage y consideran fundamental la existencia de dicha unidad en el SU, coincidiendo con el estudio realizado por García González et al sobre el tema (7)

Más de la mitad de los profesionales señalan experiencia, formación, habilidades y agilidad mental entre las características que debe cumplir la/el enfermera/o que realice el triage, creen que el triage permite controlar el flujo de pacientes que acuden al SU en busca de tratamiento y mejora la calidad de la atención. Sin embargo la opinión que les merece las instalaciones de la unidad de triage en cuanto a situación, dotación de material e intimidad del paciente es mala.

Existe un consenso general (2, 6-9, 13-17) sobre la necesidad de contar hoy con un sistema de triage en los SUH que permita establecer prioridades de atención, continuidad de los cuidados y mejorar la satisfacción de los pacientes y familiares. Pero debe existir una estructura física idónea y un personal de enfermería cualificado que cuente con un protocolo adecuado para realizar la función. Aunque algunos autores consideran que el triage debe ser realizado por facultativos (25), estudios comparativos de triage realizados por médicos y enfermeras/os, han mostrado una concordancia buena (13, 24, 26) y hoy el encargado

de esta función es un DUE/ATS en la mayoría de los SUH, según se detecta en algunos de los estudios revisados (6, 7, 9, 16, 17, 22, 23, 27). Respecto a la forma en la que se realiza el triage en el SU analizado, enfermería no está de acuerdo, ya que se ve obligada/o a valorar y priorizar al 100% de los pacientes que llegan al SU cada día y además debe prestar asistencia a un 20,50% de los pacientes que son atendidos en la unidad ambulatoria ocasionándole una sobrecarga y desmotivación importante, como se documenta en el trabajo realizado en el SU (27).

La totalidad de los profesionales creen necesario la protocolización del triage en el SU, conocen la existencia del "Manual de enfermería para la unidad de clasificación o triage" y lo consideran útil para su actividad (22-23), si tienen alguna duda en el triage, además de contar con "El Manual", acuden al médico de la unidad ambulatoria, piensan que es necesario una actualización o revisión periódica del "Manual" y estarían dispuestos a participar en grupos de trabajo para la revisión del mismo (22-23).

Mayoritariamente los profesionales analizados, consideran útil el documento (dossier de la u. de clasificación o triage) utilizado para registrar los datos del paciente, la valoración y priorización en la unidad de clasificación o triage del SU y les resulta sencilla de cumplimentar, como ocurre en el estudio de Bilbao I et al (23). El dossier contiene toda la información del paciente que recibe la unidad de urgencias donde se asigna al paciente para ser tratado. Su correcta cumplimentación permite evaluar el grado de eficacia del triage comparando la valoración inicial del paciente con el diagnóstico médico al alta, los tiempos en el proceso asistencial, así como la calidad de los servicios ofrecidos (9-13).

El 94,7% de los profesionales no han recibido algún tipo de formación específica para realizar la función de triage por parte del Hospital, como ocurre en el estudio realizado por García González RR et al en el H. Universitario Puerto Real (Cádiz) (7); pero si lo consideran necesario. La formación en jerarquización de necesidades o triage es elemental para la/el enfermera/o que desempeña esa labor (9, 16-17), pero en pocos hospitales es impartido por el Centro (8, 23, 26), siendo en muchos casos el personal de enfermería el encargado de su formación (21), como sucede en el SU estudiado, donde se ha creado desde el 2002 una Fundación de Enfermería (FENUR) que imparte anualmente "cursos de enfermería de urgencias" para personal de enfermería que desea trabajar en el SU.

Más de la mitad de los profesionales entrevistados escuchan con atención al paciente cuando hablan con él y mientras lo atienden en la unidad de triage, respetando en todo momento su intimidad, el lenguaje que utiliza con el paciente para comunicarse es el indicado, pero sin embargo definen la comunicación enfermera/o-paciente regular y piensan que la comunicación enfermera/o-familiar es buena, tan solo a veces. El trato y la amabilidad que dan al paciente en la unidad de triage, en todo momento, es bueno, como fue detectado anteriormente en otro estudio realizado en el SU (28).

Los SUH cuentan con barreras importantes para la comunicación entre los profesionales y los pacientes como

son la falta de tiempo, la sobrecarga de trabajo, el uso de distinto lenguaje entre los profesionales, pacientes y familiares, el miedo a la enfermedad, a la administración de tratamiento, a la muerte, la infraestructura física y administrativa, el trabajar en equipo, la falta de confianza en el equipo sanitario que atiende al paciente y la escasez de personal (29). La información ciudadana sobre lo que es el triage, es importante para que el sistema funcione, pero parece estar ausente en la actualidad.

El criterio de las/os enfermeras/os que realizan el triage es respetado, tan solo a veces, por el resto de los profesionales del SU y la mayoría han notado resistencia por parte de algún colectivo o servicio, como ocurre en el trabajo de García González RF et al (7). El paciente parece que conoce y valora poco la preparación profesional de la/el enfermera/o de la unidad de triage, que le atiende a su llegada al SU (7), sin embargo piensan que les importa mucho que el profesional que les atiende sea experto y habilidoso, que tenga información adecuada, que utilice un lenguaje claro y que sea amable, además del buen trato y las relaciones interpersonales. Más de la mitad de los profesionales se sienten respetados y/o admirados, tan solo a veces, por los pacientes a los que atienden en la unidad de triage.

La ausencia de 43 dossier de la u. de clasificación clínica, en las historias clínicas revisadas, supone una pérdida importante de información e imposibilita controlar la calidad de la atención prestada al paciente en la u. de clasificación o triage. Las cifras son superiores a las obtenidas en los estudios realizados en el año 1999 (31) y en el año 2002 (32) en el SU estudiado.

En las 669 historias clínicas analizadas se pudo comprobar, que en el dossier de la u. de clasificación clínica o triage, la cumplimentación de la identificación del paciente, el motivo de consulta, el código de priorización, los antecedentes de interés, las alergias, la zona de atención y la firma del DUE/ATS que realizó el triage del paciente es buena y bastante superior a la obtenida en la bibliografía revisada (23, 31-34). La valoración y priorización que realiza enfermería en la u. de clasificación o triage condicionará muchas veces las actuaciones posteriores en urgencias (14).

Que un 12,4% de pacientes haya sido priorizado con el color R/A (rojo/amarillo), código que no existe como tal en los protocolos de triage del SU estudiado, parece indicar la insuficiencia de 3 códigos solamente para la priorización y quizás puede apuntarnos la necesidad de priorización con 5 niveles de gravedad, como ocurre en los sistemas de triage estructurados, que mejoren la asignación del nivel de gravedad y se adapten a los modelos mundiales vigentes (11-12, 24). Necesidad ineludible dentro de un sistema sanitario de calidad.

Merece la pena destacar el 98,8% de pacientes en los que coincide la valoración inicial realizada por enfermería en el dossier de la u. de clasificación clínica con el diagnóstico médico al alta, reflejado en el informe médico de urgencias (35). Esto nos indica que enfermería hace una buena valoración del paciente en la u. de triage.

El factor tiempo, en sus dos facetas, es un indicador de calidad o funcionamiento del triage en los SUH. El tiempo de primera atención o tiempo desde la llegada del paciente al SU hasta el momento en que se inicia la clasificación o triage (admisión-triage) no alcanza los estándares de calidad establecidos ($(85\% < 10'$ y $95\% < 15')$), como sucede en otros estudios analizados (34, 35), donde existe el triage estructurado, pero este es aceptable. En el SU la afluencia discontinua y no programada, implica la coincidencia en el tiempo de diferentes pacientes que consultan simultáneamente, válidos, en camilla, solos o acompañados, con documentación o sin ella, influyendo en el incremento del tiempo de primera atención, teniendo en cuenta la presencia de un único profesional de enfermería en la u. de clasificación o triage.

El tiempo de primera atención médica o tiempo de espera para ser visitado por el médico superaba el obtenido por otros autores (33-36) y se apartaba de los estándares de calidad establecidos (34). Mientras que un 78,6% de los pacientes habían esperado para ser vistos por el médico tras el triage un tiempo $<$ de 2 horas y un 95,2% habían esperado $<$ 4 horas, los estándares de calidad marcaban un 90% y 100% en los mismos tiempos. También se pudo observar que este tiempo de primera atención médica, se había cumplimentado según el código de priorización del dossier de la u. de clasificación clínica tan solo en el 50,4% de los pacientes. Sobre él inciden los requerimientos de la propia labor médica y los recursos humanos disponibles, el equipamiento y la organización interna del Servicio.

Las encuestas de satisfacción y las reclamaciones realizadas en los SU van en la línea de reducir los tiempos de espera (28, 37-40) para ser atendidos por el médico, para recibir resultados de pruebas o para subir a planta una vez que esté previsto su ingreso. Para los pacientes, los SUH son la puerta de entrada más accesible al Sistema Sanitario, pues en ellos reciben atención en el día, acuden a determinadas pruebas diagnósticas, saltando las listas de espera y suelen irse con el problema resuelto o iniciado el camino de solución (38, 40-41). Pero esto supone en muchos casos un incremento de los tiempos de asistencia y un motivo de insatisfacción para los usuarios. Es bien tolerada la espera proporcionalmente a la gravedad del problema, cuando el problema por el que acuden es grave e importante y cuando sin ser grave está resuelto o en camino de solución al alta. En el resto de los casos el tiempo de espera para recibir atención es percibido como largo y objeto de queja considerando los pacientes que esto es debido a la presión asistencial, a una mala organización del servicio y a la escasez de personal (38, 40-41).

Es importante para que el sistema de triage funcione y se obtengan los resultados esperados, que el ciudadano esté informado de la existencia del triage en los SU y que conozca que el objetivo del mismo no es la disminución de los tiempos de espera, sino mejorar la asistencia en dichos servicios gestionando la afluencia de los usuarios con el fin de ser atendidos por orden de gravedad y no de llegada (8).

La calidad en la cumplimentación tanto del dossier de la u. de clasificación clínica, como del motivo de consulta (dolor torácico/disnea) según protocolo, según tiempo de triage a primera atención médica, según fase de cierre (diagnóstico médico), ha sido buena y coincide con la obtenida en otros estudios (24, 31, 32). En cuanto al índice de calidad global, vemos que alcanza un valor alto, teniendo en cuenta el estándar de cumplimentación establecido.

Los profesionales de enfermería que trabajan en la unidad de triage del SU del H. de Cabueñes, tienen una actitud muy positiva hacia el triage, confiesan que les gusta su trabajo porque es distinto, es dinámico, les permite estar alerta todo el tiempo, desarrollar sus habilidades, su experiencia, su formación, porque tienen una relación directa con el paciente y su familia, porque tienen en ella independencia y capacidad de decisión, se identifican con el "Manual de enfermería para la unidad de clasificación o triage" y con el dossier de la u. de clasificación o triage y los consideran útiles e imprescindibles para su actividad diaria en dicha unidad. Pero la presión asistencial en la que trabajan en la unidad de triage, la sobrecarga de trabajo, la falta de medios humanos y el poco reconocimiento que reciben de los demás profesionales, de los pacientes y sus familiares hacia la labor que desempeñan en la unidad, son barreras importantes para la realización del triage.

En cuanto a la documentación analizada, se ve que enfermería cuida bastante la cumplimentación del dossier de la u. de clasificación clínica o triage, siguiendo fielmente los protocolos evaluado y los criterios de valoración establecidos, conocedores de que es la fuente de información relacionada con la atención que ha proporcionado al paciente en la u. de triage y que su actuación en dicha unidad condicionará muchas veces las actuaciones posteriores en el SU.

CONCLUSIÓN

Se puede concluir que la calidad en la actividad del triage en el SU del H. de Cabueñes, según los indicadores de estructura y de proceso analizados es buena, pero sería recomendable: dotar de recursos humanos cualificados la u. de clasificación o triage, mayor reconocimiento profesional por parte de los superiores, de los demás profesionales del SU, del paciente y su familia, formación continuada en triage para el personal de enfermería, mejorar las instalaciones de la unidad, mejorar el tiempo transcurrido desde la llegada del paciente al SU hasta el momento en que se inicia la clasificación o triage y el tiempo de triage a 1ª atención médica, evaluar periódicamente la satisfacción de los pacientes y de los profesionales que trabajan en la unidad, valoración sistemáticamente de la cumplimentación del dossier de la u. de clasificación clínica o triage, según protocolo y según los criterios de valoración, revisar periódicamente el "Manual de enfermería para la u. de clasificación o triage" y utilizar un sistema de triage con 5 niveles de gravedad, en vez de 3, que mejore la asignación del nivel y permita adaptarse a los modelos vigentes.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Parker JG; Introducción a la enfermería en el Servicio de Urgencias. En: Parker JG *Enfermería en la unidad de urgencias*. México. Limusa. 1991; 19-26.
- (2) Tudela P, Módol JM; Urgencias hospitalarias. *Medicina Clínica*. 2003; 120 (18): 711-6.
- (3) Miró O, Sánchez M, Coll-Vinet B, Millá J; Indicadores de calidad en urgencias: comportamientos en relación con la presión asistencial. *Medicina Clínica* 2001; 116: 92-7.
- (4) Peiró S, García-Sempere A; El papel de los sistemas de clasificación de pacientes en la financiación de las urgencias hospitalarias. *Gaceta Sanitaria* 2003; 17(6): 441-3.
- (5) Núñez Díaz S, Burillo Putze G; Urgencias, la medicina basada en la paciencia. *Emergencias* 2004; 16: 109-10.
- (6) Mateos Hernández MA; Los Servicios de Urgencias Hospitalarios 2000; 12 (4): 224-5.
- (7) García González RF, Gago Fornells M, García Villalpando A, Rodríguez Palma M, Gaztelu Valdés V, Guerrero Espejo J; Visión de la enfermería de urgencias hospitalarias ante la herramienta de triage. *Emergencias* 2003; 15: 28-32.
- (8) Musarra Expósito MS; El triage de enfermería de urgencias: presente y futuro. *Experiencias internacionales*. <http://www.saludycuidados.net/número4/musarra.htm> ISSN 1578-9128.
- (9) Álvarez Baza MC; El triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. *Enfermería Clínica*, 2001; 11(5): 230-8.
- (10) Álvarez Álvarez B, Gorostidi Pérez J, Rodríguez Maroto O, Antuña Egocheaga A, Alonso Alonso P; Estudio del triage y tiempos de espera en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 1998; 10: 100-4.
- (11) Blanco Ramos MA, Caeiro Rey JR, Pascual Clemente FA; Triage de Urgencias Hospitalarias. En: Grupo Español de Triage Manchester. Ed: Kevin Mackway-Jones (BMJ). Ourense. 2004.
- (12) Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L; Sistema Español de Triage (SET). Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Edicomplet. Madrid 2004.
- (13) Velandia Escobar ML; Triage de urgencia. <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria5102-triage.htm>.
- (14) Gómez Jiménez J; Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triage estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15: 165-74.
- (15) Parker JG; Jerarquización de necesidades: conceptos y guía. En: Parker JG. *Enfermería en la unidad de urgencias*. México. Limusa 1991: 59-71.
- (16) Macho Narganes MP, Torres Roldán MR, Gómez Mate M, Ruiz Herrera C, Ávila García M, Díez Rueda S; El profesional enfermero en las áreas de clasificación de urgencias. *Metas de Enfermería*. Julio/Agosto 2004; 7(6): 19-22.
- (17) Martínez Veny S; Procedimiento de triage en las urgencias hospitalarias. *Metas de enfermería*. Octubre 2003; 6(8): 57-60.
- (18) Torralba Roselló F; Los valores en los profesionales sanitarios ¿qué papel tienen los valores en el trato enfermero/a/paciente/familia? En: Libro 3º Congreso Nacional para Enfermería. Associació Professional d'Infermeria Sant Pau. Barcelona. 2005.
- (19) Hernández Posada AS; Algunas consideraciones acerca de los valores humanos y el profesional de enfermería. *Aquichán* 2001; 1(1): 18-22.
- (20) Enfermeras/os del SU del H. de Cabueñes de Gijón; Manual de funcionamiento de enfermería para la unidad de clasificación o triage del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes. Gijón 2000/2006.
- (21) Gordon LV; Cuestionario de valores interpersonales. Madrid 1991. TEA ediciones.
- (22) Rojas Ocaña MJ, Rodríguez Rodríguez JB; Área de triage: Utilidad y eficacia de un protocolo. *Revista Rol de Enfermería* 2000; 23(6): 464-8.
- (23) Bilbao I, Idígoras I, López A, Nieves B, Basabe J; Nueve años de experiencia en triage. *Revista Oñarri* 2001 mar. 26:8-14.
- (24) Aranguren E, Capel JA, Solano M, Jean Louis C, Larumbe JC, Elejalda JI; Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol_28/n2/orig1.html.
- (25) Bustamante E, Recaseus V, Bustamante R, Sánchez Zalabardo JM, Rodrigo C; Sistemas de clasificación de la urgencia. Triage y papel de enfermería. *Anales de Ciencias de la Salud*. 2002; 5:128-40.
- (26) Parrilla Ruiz FM, Cárdenas Cruz DP, Vargas Ortega DA, Parrilla Ruiz EI, Díaz Castellanos MA, Cárdenas Cruz A; Triage en urgencias: Facultativo versus enfermería. *Emergencias* 2003; 15: 148-51.
- (27) Álvarez Baza MC; Cargas de trabaja en una unidad de alto riesgo. *Hygia* 2004. Nº 57: 44-53.
- (28) Álvarez Baza MC; La comunicación en los Servicios de Urgencias Hospitalarios. *Enfermería Científica* nº 244-245, Julio-Agosto 2005: 5-18
- (29) Silva Perejón M, March Cerdá JC, Pérez Vega H; Comunicación interna y percepción del Servicio Hospitalario. *Revista Rol de Enfermería*. 1995; 199: 13-8.
- (30) March Cerdá, Prieto Rodríguez MA, Hernán García M; Imagen de los Profesionales de Enfermería en las Urgencias Hospitalarias. *Revista Rol de Enfermería*. 1998; 238: 49-53.
- (31) Álvarez Baza MC; El dossier de enfermería en un servicio de urgencias: un indicador de calidad. *Enfermería Científica*. Nº 270-271, septiembre-octubre 2004:5-16.
- (32) Álvarez Baza MC; La administración de los medicamentos en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH). *Revista Hygia de Enfermería* 2006, nº 62: 14-21.
- (33) Díaz González EP, Concheiro Guisán A, Luaces Cubells C, García García J, Gelabert Colome G; Evaluación y control de calidad asistencial en un servicio de urgencias pediátrico. *Emergencias* 2001; 13: 98-101.
- (34) Gómez Jiménez J, Faura J, Burgues L, Pámies S; Gestión Clínica de un Servicio de Urgencias Hospitalario: indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case-mix). *Gestión Hospitalaria* 2004; 15(1): 3-12.
- (35) Gavalda Espalta E, Irigoyen García MT, Monllao Villalobos D, Llorens Insa E; El dolor torácico: papel del triage de enfermería. Libro de Comunicaciones del XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Madrid. 2006.
- (36) Concheiro Guisán, García García JJ, Díaz González EP, Luaces Cubells C, Pou Fernández J; Aplicación de criterios de atención preferente (trriage) en un servicio de urgencias. *Anales de pediatría*, 2001; vol 54 (3): 233-7.
- (37) Rebull J, Castello M, De Pablo A, Vázquez R, Portoles M, Chorovas MR; Satisfacción de los usuarios de un servicio de urgencias: comparación de resultados. *Rev. Calidad Asistencial*. 2003; 18 (5): 286-90.
- (38) Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias; Urgencias Sanitarias en España: Situación actual y propuestas de mejora. Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. 2003.
- (39) Bleda García JM; Estudio de opinión y satisfacción de los pacientes atendidos en el SU del H. General de Albacete (España). *Gestión Hospitalaria*. 2000; 11(2): 51-7.
- (40) Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Carbonell MA, Pérez Jover V, Blaya I, García A, Aranaz J; Causas de satisfacción e insatisfacción en urgencias. *Rev. Calidad Asistencial*. 2001; 16: 390-6.
- (41) Casado Martín JL, Pérez Lázaro JJ, Tejedor Fernández M, Prieto Rodríguez MM, Fernández Ruiz I, Pérez Cobo G, Keenoy ME; Atención urgente. Estudio de la situación y propuesta de futuro. *Todo Hospital*. 2003; 198:427-48.

VENDAJE FUNCIONAL VERSUS INMOVILIZACIÓN RÍGIDA EN EL ESGUINCE DE TOBILLO, BASADO EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

■ **Francisco Jesús Blanco Muñoz**

■ **Raquel Guerrero León**

D.E. Hospital Ntra. Sra. de la Merced (Osuna, Sevilla)

Resumen

El propósito de este estudio es determinar la evidencia científica existente en la literatura indexada en diferentes bases de datos respecto a la indicación de vendaje funcional o inmovilización rígida en el tratamiento del esguince de tobillo. Para ello se realiza una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: MEDLINE, Biblioteca COCHRANE y CUIDEN durante Mayo de 2007. Los resultados encontrados confirman una fuerte evidencia científica sobre las ventajas del uso del vendaje funcional en los esguinces de I y II grado, y recuperación posquirúrgica del III grado, avalada por 1 meta análisis, 4 ensayos clínicos controlados aleatorios, 1 ensayo controlado no aleatorio y 5 revisiones sistemáticas, frente a la indicación de la inmovilización rígida clásica de yeso. Cómo contrapartida se concluye, además, que, hoy en día, el vendaje funcional es una técnica que precisa de conocimiento y habilidad, al ser menos conocida y difundida en nuestro medio. Por ello, parece que es un buen campo de ampliación de competencias en los cuidados traumatológicos de enfermería.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ *Esguince de tobillo,*
- ✓ *Evidencia científica,*
- ✓ *Vendaje funcional,*
- ✓ *Cuidados de enfermería*

INTRODUCCIÓN

La intención del presente trabajo es comprobar la evidencia científica, a través de una revisión bibliográfica, que se tiene en las bases de datos científicas más usadas en la actualidad, sobre el tratamiento de los esguinces de tobillo. Para ello se usó Medline, Cochrane Library, a través del enlace que tiene suscrito el Ministerio de Educación y Ciencia y la Base de Datos de Enfermería CUIDEN de la Fundación Index.

Un esguince es una torcedura o distensión de una articulación sin luxación que puede llegar a la rotura de algún ligamento o fibras musculares próximas. Sus características sintomáticas son dolor, tumefacción e incapacidad para realizar ciertos movimientos. Se produce por un mecanismo agudo e indirecto (no hay traumatismo directo sobre la articulación) que provoca la distensión ligamentosa sobrepasando los límites funcionales. Puede llegar a afectar a otras estructuras que se encuentren cerca de la articulación afecta, como a los tendones, huesos, nervios o vasos, dependiendo de la gravedad del mismo ¹. Se clasifican en grados:

Primer grado: Se produce una discreta distensión que provoca microtraumatismos en el ligamento y donde la estabilidad articular se mantiene prácticamente íntegra. Ligero edema.

Segundo grado: Se produce un mayor estiramiento de las fibras que produce rotura parcial del ligamento. Al permanecer indemnes algunas fibras persiste cierto grado de estabilidad. Leve o moderado con equimosis importante y gran incapacidad funcional.

Tercer grado: Hay rotura total del ligamento con presencia de desgarro capsular. Se produce una inestabilidad articular total. Importante edema y dolor intenso, aunque puede no haberlo.

El objetivo inmediato de la actuación ante un esguince será evitar el edema, el dolor y un posible agravamiento: técnica "RICE" (ver más adelante). Luego se realizará un examen radiológico y clínico determinar la gravedad y el tratamiento adecuado: médico, ortopédico y/o quirúrgico.

Tratamiento médico: Analgésicos y antiinflamatorios.

Tratamiento ortopédico: consiste en una inmovilización con yeso (Figura 1, 2 y 3).

- Grado I: vendaje elástico o yeso dos a tres semanas.
- Grado II: yeso sin carga cinco a diez días más yeso con carga hasta 3 semanas.
- Grado III: yeso cuatro a seis semanas o cirugía.

Se basa en cuatro elementos básicos resumibles en la palabra “**RICE**”, que consiste en:

- R: rest (reposo).
- I: ice (hielo).
- C: compresion (compresión).
- E: elevation (elevación).

Esto las primeras cuarenta y ocho horas. Luego se prosigue con el tratamiento funcional ², que consiste en:

- Vendaje funcional o taping, órtesis y botas ortopédicas.
- Fisioterapia temprana.
- Ejercicios de mantenimiento del rango de articulación, fortalecimiento y propiocepción.

Tratamiento quirúrgico: Cirugía se realiza solo en esguince grado III. Consiste en una reparación capsuloligamentosa seguida de una inmovilización de 4 semanas con una férula.

El vendaje funcional del tobillo (figura 3, 4 y 5) se emplea tanto en la prevención de las recurrencias del esguince de tobillo en la actividad deportiva como en el tratamiento completo de esta frecuente patología. El paciente se colocará sentado en el extremo de la camilla con la extremidad que se vendará en extensión y la pierna contralateral flexionada. El tobillo se dispondrá en 90° y pediremos que mantenga la posición durante toda la realización del vendaje ^{3, 4}.



Figura 1. Férula posterior de pierna

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó la búsqueda en 3 bases de datos: MEDLINE, Biblioteca COCHRANE y CUIDEN. La misma se realizó en Mayo de 2007.

Elementos de la pregunta

1. Paciente con esguince de tobillo grado I-II
2. Intervención: inmovilización con férula posterior, versus vendaje funcional versus consejo sobre inmovilización versus no inmovilización
3. Variables resultado: alivio de síntomas, recurrencia del esguince, complicaciones, tiempo para la reincorporación a la vida cotidiana.

Términos de búsqueda

“Ankle injuries~[MESHJ AND ‘immobilization”[MESH]; “tobillo”; “esguince de tobillo”

Tras la búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE: se encontró sólo 5 artículos relacionados directamente con el tema a tratar de un resultado total de 19, según término de búsqueda (MESH) “ankle injuries” and “immobilization”, artículos publicados en los últimos 10 años, sobre humanos, y del tipo Randomized Controlled Trials (Ensayo Controlado Aleatorio) o Meta-Analysis, de los encontrados 1 hace referencia al diseño de un protocolo de Ensayo Controlado Aleatorio, sin resultados al respecto, ya que se trata de un proyecto de estudio. El resto son: 1 Metaanálisis y 4 Ensayos Clínicos Aleatorios.

En la búsqueda en la Biblioteca COCHRANE, resultaron 9 revisiones sistemáticas y 3 ensayos clínicos aleatorios. Una vez revisados, se encuentran que están relacionados directamente con la pregunta de este trabajo, 1 artículo ENSAYO CONTROLADO NO ALEATORIO, 5 artículos referentes a REVISIONES SISTEMÁTICAS. El término de búsqueda fue “esguince de tobillo”, ya que fue preciso ir generalizando la búsqueda pues se comenzó por “inmovilización y esguince de tobillo” o “vendaje funcional y tobillo”, sin aparecer resultados de búsqueda.

En la base de datos CUIDEN ⁵⁻¹⁰, por ser específica de Enfermería y cercana a nuestro medio, sí recogimos la totalidad de los artículos, pero con la intención única de contabilizar la producción editorial científica enfermera, sin discriminar el tipo de artículos, pero que no poseen fuerza de evidencia alguna. Encontramos un total de 6 que se relacionaron con el tema a tratar, de un total de 20 que resultaron por el término de búsqueda: 1 artículo sin especificar tipo, 2 originales y 3 revisiones. El término de búsqueda fue: “tobillo”, ya que con términos más específicos no se encontraba resultados en la búsqueda.

En ambas bases de datos la búsqueda fue acotada para artículos publicados en un periodo de los 10 últimos años.



Figura 2. Diferentes órtesis de yeso de miembro inferior

RESULTADOS

La mayoría de los resultados evidencian un resultado favorable hacia el uso del vendaje funcional contra la inmovilización rígida en los esguinces de tobillo, grado I y II.

En el ensayo clínico (uno de los más importantes de nuestro país) llevado a cabo en 80 pacientes¹¹ se objetiva que:

Las enormes diferencias a favor del tratamiento funcional, unido al hecho de que éste se puede aplicar íntegramente en el seno de la atención primaria, hace que en el futuro sea muy aconsejable su uso en dicho medio. Resalta más los resultados del tratamiento que su aceptación por los pacientes. Sin embargo, esto es muy tenido en cuenta en la atención prestada por los centros de salud, más próxima y continua.

El gran inconveniente del tratamiento ortopédico es la necesidad de derivación a un segundo nivel; lo mismo ocurre con los pacientes que necesitan rehabilitación (mayor porcentaje en tratamiento ortopédico), lo que supone una limitación importante de dicho tratamiento y el diagnóstico lo basan en la exploración clínica, una vez descartada por radiografía simple la posibilidad de lesión ósea asociada. Aunque clásicamente se han propugnado las radiografías forzadas como método insustituible para evidenciar la existencia de inestabilidad de tobillo, que no están exentas de riesgo ya que en lesiones completas pueden provocar un aumento de la lesión al forzar para realizar la maniobra de estrés.

Se comprueba la hipótesis previa de que el tratamiento funcional aplicado al esguince de tobillo grado I-II leve es más efectivo que el ortopédico. El hecho de que dicho tratamiento pueda hacerse realizarse desde la atención primaria, sin tener que derivar al paciente, supone una mayor comodidad para éste y una superior satisfacción para los profesionales que lo atienden.

Otro ensayo español¹² compara la terapia con vendaje funcional en el esguince de Grado III de forma positiva en la fase de recuperación.

Pero la mayor evidencia científica es demostrada por un meta-análisis¹³ que recoge los 27 ensayos clínicos publicados en el periodo 1966-1998, que hacen referencia a lesiones agudas con rotura del ligamento lateral externo. Las conclusiones son que el no tratamiento deja lesiones y complicaciones residuales, que el tratamiento quirúrgico es más efectivo que el funcional, pero éste arroja mejores resultados que la inmovilización rígida en 6 semanas.

Otra modalidad de tratamiento funcional, mixta, entre la inmovilización rígida convencional de yeso y el vendaje funcional con tiras adhesivas, son los correspondientes a nuevos materiales, como el Soft Cast de 3M, que consta de una malla de fibra de vidrio impregnada con una resina que se activa con el agua. Permanece semirrígido y flexible ofreciendo un soporte resistente para el tratamiento de las lesiones en partes blandas y para los moldes ortopédicos. Pues bien, se encontró un estudio turco llevado a cabo para el tratamiento de esguinces de 3º grado¹⁴, que confirma la rapidez de recuperación y comodidad para el paciente. Hay que marcar que en este estudio, el tratamiento inmovilizador se lleva a cabo de forma simultánea con fisioterapia con movilización precoz, encontrando mejoría notable a partir de la 2ª semana y una recuperación casi total en la mayoría de los sujetos estudiados.

Incluso, se evidencia en un estudio de cohortes austriaco¹⁵ llevado a cabo en 146 pacientes durante 2 años, a través de un ensayo clínico aleatorio en 2 grupos, la similitud de resultados en el grupo donde se intervino quirúrgicamente los tendones dañados, frente al tratamiento inmovilizador durante 6 semanas. Aunque este estudio no compara la inmovilización convencional frente al vendaje funcional, podemos atrevernos, por analogía, a afirmar las ventajas de la inmovilización funcional. Sin embargo en una revisión sistemática¹⁸ hay pruebas insuficientes disponibles de los ensayos controlados aleatorios para determinar la efectividad relativa del tratamiento quirúrgico y conservador de las lesiones agudas del complejo del ligamento lateral del tobillo. Se necesitarían realizar ensayos aleatorios, con poder estadístico suficiente, de buena calidad y presentados de forma adecuada, de la reparación quirúrgica primaria versus el mejor tratamiento conservador disponible de lesiones bien definidas.



Figura 3. Férula rígida de pierna



Figura 4. Protección previa de la piel y prominencias óseas

Las revisiones sistemáticas aportadas por las Biblioteca Cochrane¹⁶⁻²⁰, hacen la recopilación de diferentes ensayos clínicos en los que se pueden afirmar, según la evidencia científica, que el uso de una venda elástica causa menos complicaciones que la cinta, pero parece asociarse a un retorno más lento al trabajo y al deporte y más inestabilidad informada que un apoyo de tobillo semirrígido. El apoyo de tobillo con cordones parece ser eficaz para la reducción de la tumefacción a corto plazo comparado con el apoyo de tobillo semirrígido, la venda elástica y la cinta. Sin embargo, resulta difícil establecer conclusiones definitivas debido a la variedad de tratamientos utilizados y a la inconsistencia de los períodos de seguimiento informados. A partir de los ensayos aleatorios actualmente disponibles, no está claro cuál es el tratamiento funcional más eficaz, tanto clínica como económicamente.

Otra revisión sistemática¹⁷, llevada a cabo en 21 ensayos en un total de 2184 personas, concluye que el tratamiento funcional parece ser la estrategia favorable para el tratamiento del esguince agudo de tobillo en comparación con inmovilización. Sin embargo, estos resultados deben interpretarse con cautela, ya que la mayoría de las diferencias no son significativas después de la exclusión de los ensayos de baja calidad. Muchos ensayos estaban mal informados y los tratamientos funcionales evaluados eran diferentes entre sí.



Figura 5. Secuencia de vendaje funcional con tiras de anclaje inelásticas

DISCUSIÓN

Vista la evidencia científica encontrada en la literatura actual, se puede adelantar que el tratamiento funcional junto con la movilización precoz o fisioterapia, aventaja al tratamiento clásico con inmovilización rígida y descarga. Todo esto aplicado en los esguinces leves (grados I y II). Sin embargo, se encontró que en los grado III, también puede ser efectivo o por lo menos igual de efectivo que la cirugía. Y sobre todo, después de la cirugía, es recomendable el vendaje funcional y fisioterapia, contra la inmovilidad con férula de yeso. Es de destacar la débil fuerza de evidencia en la Base CUIDEN de Enfermería, que no tiene apenas peso específico científico en la resolución de la pregunta del estudio.



Figura 6. Acabado final o cierre de vendaje funcional inelástico de tobillo

Un tratamiento intermedio entre el vendaje funcional y los rígidos de yeso, son los vendajes y férulas confeccionadas con resinas sintéticas y fibra de vidrio, tipo Soft Cast, proporcionando valores intermedios de rigidez-movilización y, sobre todo, gran comodidad al paciente.

Como resultado de esta revisión, se puede afirmar que el vendaje funcional supera con creces a la inmovilización rígida. Pero hace falta conocimiento de la técnica y extremar las revisiones y cuidados. Así mismo, sería necesario investigar en esta línea para aumentar el grado de evidencia, ya que en comparación con otros temas, la literatura científica existente, puede parecer un poco escasa.

Dirección contacto: 955901938 enfermeiropatito@yahoo.es
Hospital Ntra. Sra. de la Merced, Servicio de Urgencias. Avda. de la Constitución, 2 - 41640 OSUNA (Sevilla)

BIBLIOGRAFÍA

1. Enríquez Álvarez, E. et al. ESGUINCES. En: <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/esguince.pdf>. Visitado en: 12/05/2007
2. Tejedor Varillas, A. et al. VENDAJES FUNCIONALES. En: <http://www.doyma.es/sesionesclinicas/Modulo2/Sesion%205/intro.htm>. Visitado en: 13/05/2007.
3. Fernández de Sousa-Dias, P. Manual de vendaje funcional. Tobillo y pie. En: <http://www.formacionsanitaria.com/cursos/tallerVENDAJES TOBILLOPIE/manual/manual-1.pdf>. Visitado en: 12/05/2007
4. Fondón Robledo, L. et al. Vendajes funcionales (taping): actuación de enfermería. En: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2003/septiembre/taping.htm>. Visitado en: 28/05/2007
5. Calderón García, JF et al. El vendaje funcional en el tratamiento del esguince grado I-II del ligamento lateral de la articulación tibiotarsiana. Enfermería Científica. 2002 mar-abr. 238-239:63-69.
6. García Bañón, Ana M et al. Importancia y relación de la educación sanitaria y el autocuidado en el esguince de tobillo. Enfermería Científica. 1996 sep-oct. 174-175:8-10.
7. Aginaga Badiola, JR et al. Validación de las reglas del tobillo de Ottawa para el uso eficiente de radiografías en las lesiones agudas de tobillo. Aten Primaria. 1999 sep. 24(4):203-208.
8. Guiral Eslava, J et al. Lesiones agudas de los ligamentos laterales del tobillo. Rev Salud. 1992 ago. 5:26-28.
9. Montijano Gutiérrez, Juana et al. Aproximación a la técnica del vendaje funcional. Inquietudes. 2001 nov. Año VI (24):6-8.
10. Rodríguez Soler, Alberto. Vendaje funcional del tobillo. Metas Enferm. 2005 dic-ene. 7(10):8-12.
11. Hazañas Ruiz S. et al. Estabilización funcional frente a inmovilización ortopédica en el esguince de tobillo grado I-II (leve). Atención Primaria. 1999 Apr 30;23(7):425-48.
12. Ardèvol J et al. Treatment of complete rupture of the lateral ligaments of the ankle: a randomized clinical trial comparing cast immobilization with functional treatment. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2002 Nov;10(6):371-7. Epub 2002 Sep 13.
13. Pijnenburg AC et al. Treatment of ruptures of the lateral ankle ligaments: a meta-analysis. The Journal of bone and joint surgery. American volume. 2000 Jun;82(6):761-73.
14. Avci S et al. Comparison of the results of short-term rigid and semi-rigid cast immobilization for the treatment of grade 3 inversion injuries of the ankle. Injury. 1998 Oct;29(8):581-4.
15. Povacz P et al. A randomized, prospective study of operative and non-operative treatment of injuries of the fibular collateral ligaments of the ankle. The Journal of bone and joint surgery. American volume. 1998 Mar;80(3):345-51.
16. Kerkhoffs GMMJ et al. Diferentes estrategias de tratamiento funcional para lesiones agudas del ligamento lateral del tobillo en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Visitado en: 20/05/2007
17. Kerkhoffs GMM et al. Inmovilización y tratamiento funcional para lesiones agudas del ligamento lateral del tobillo en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Visitado en: 20/05/2007
18. Kerkhoffs GMMJ et al. Tratamiento quirúrgico versus tratamiento conservador para las lesiones agudas del complejo del ligamento lateral del tobillo en adultos (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Visitado en: 20/05/2007
19. Van der Windt DA et al. Tratamiento con ultrasonido para el esguince agudo de tobillo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Visitado en: 20/05/2007
20. de Vries JS et al. Intervenciones para el tratamiento de la inestabilidad crónica del tobillo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). Visitado en: 20/05/2007.

ACTITUD DEL ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA RESPECTO A LA BIOSEGURIDAD

■ Rafael Jesús López Suárez

Técnico Superior Prevención Riesgos Laborales, Diplomado en Enfermería de Empresa. Experto Profesional en Enfermería Legal y Forense. Enfermero de Urgencias. Hospital Universitario Valme. Sevilla

Resumen

El objetivo del presente estudio consiste en valorar las actitudes, los conocimientos y las necesidades de aprendizaje sobre bioseguridad que tiene el estudiante de 3º de enfermería, previa inserción en el mercado laboral.

La valoración de los alumnos centrada en las condiciones de seguridad de sus prácticas para determinar las necesidades formativas en este sentido, orientadas a establecer una adecuado aprendizaje preventivo de cara a la futura actividad profesional.

Detectar los conocimientos que reflejen el nivel de formación en aspectos de salud laboral en el seno de su preparación (Pregrado) y por otro lado detectar las carencias en éste sentido, para proporcionar respuestas adecuadas que faciliten la protección de su salud a la hora de comenzar sus primeros pasos en el mundo laboral (postgrado).

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Bioseguridad.
- ✓ Riesgo laboral.
- ✓ Cultura preventiva.
- ✓ Reencapsular.
- ✓ Equipo de trabajo.

INTRODUCCIÓN

La normativa vigente (1) en materia de prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de riesgos laborales), hace alusión directa a la obligación de empresas y Administraciones Públicas de proteger la seguridad y salud del trabajador, no es menos importante la necesidad real de instaurar una cultura preventiva desde la propia formación académica (en las escuelas de enfermería), para luego cumplir con dicha normativa con mayor eficacia como enfermeros/as y al mismo tiempo para contribuir a la protección de la salud del estudiante, en su periodo de formación práctica.

El estudiante de 3º de enfermería conoce la existencia de riesgo en su actividad práctica.

Conoce algunas actividades de manipulación de material biológico en las que debe evitar ciertas maniobras inseguras (como no reencapsular agujas), pero no conoce los procedimientos de trabajo seguros o lo que es lo mismo el manual de prevención de los riesgos específicos en cada servicio sanitario, que deben estar siempre a disposición tanto del trabajador como del alumno en prácticas.

La falta de experiencia profesional (con independencia de sus aptitudes individuales) es lógica e inevitable en el

estudiante y sobre este aspecto no podemos actuar en el alumnado para hacer prevención.

Pero sí podemos y debemos todos (administración, docentes, y profesionales) apoyar la consolidación de una auténtica "cultura preventiva" en las aulas de enfermería desde la docencia, mediante una formación académica adecuada tanto teóricamente aportándoles los principios normativos de la salud laboral (con una asignatura a tal efecto), como desde el punto de vista práctico dando a conocer los procedimientos de trabajo seguros de la práctica enfermera, con el necesario apoyo de todos los profesionales de enfermería.

No olvidemos que la intervención educativa en las aulas, es fundamental para incrementar los conocimientos sobre bioseguridad en los estudiantes de enfermería y contribuye a proteger su seguridad y salud tanto en las prácticas como en su futuro profesional.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un cuestionario (cuadro nº 1) diagnóstico de actitudes del estudiante de enfermería sobre seguridad y salud frente al riesgo biológico.

La metodología empleada consiste en un cuestionario de actitudes extraído a partir de la NTP 580 (Nota técnica de prevención): "Actitud hacia la prevención" del INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo). (2).

Las Notas técnicas son procedimientos técnicos normalizados del INSHT que proporcionan coherencia, homogeneidad y sirven como guía de estudio respecto a las actividades preventivas, según cada caso.

Ha sido proporcionado a los estudiantes de 3^{er} Curso de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de Valme, en Sevilla.

El cuestionario ha sido anónimo y realizado sin previo aviso sobre todos los alumnos del aula del tercer curso de enfermería (45 alumnos) en Noviembre de 2006.

La población objeto de estudio es pequeña y lo que pretende el estudio, es obtener una valoración general sobre la percepción del alumnado de 3^o respecto a los riesgos biológicos en sus prácticas.

El cuestionario consta de seis preguntas cada una de las cuales expresa un riesgo laboral fundamental desde el punto de vista biológico, en base a la normativa vigente sobre riesgos biológicos.

La mayoría de las preguntas se dividen a su vez en apartados específicos que exponen una serie de conocimientos básicos y necesarios sobre el riesgo laboral al que hace alusión la pregunta.

CUESTIONARIO

Pregunta 1: ¿Está sometido a algún riesgo? Si-x-----No-----.

Si su respuesta es afirmativa marque con una X el que considere:

- a) Sangre--xxx----
- b) Secreciones orgánicas--x-----
- c) Radiaciones---xx-----
- d) Sustancias químicas---x-----

Pregunta 2: ¿Conoce usted las precauciones universales a tener en cuenta en Bioseguridad? Si-----No-----

Pregunta 3: De las siguientes consideraciones marque con una V las que usted considere verdaderas y con una F las falsas.

- a.---(v)---Las enfermeras, médicos y personal que manipula a pacientes y que presenten lesiones cutáneas abiertas deben recubrir la lesión con un apósito oclusivo o utilizar guantes para evitar la exposición directa a la sangre y otros líquidos orgánicos (3).
- b.---(f)---En general, las enfermeras, médicos y personal infectados por el VIH/SIDA que manipulan a pacientes, no ponen en peligro al paciente por lo que no es necesario restringir su trabajo.
- c.---(v)---Se deben lavar escrupulosamente las manos y cualquier superficie después del contacto con sangre o líquidos orgánicos.
- d.---(f)---No se deben utilizar guantes para tocar sangre, mucosas, piel no intacta, objetos contaminados, para realizar venopunciones y otros procedimientos al sistema vascular.
- e.---(v)---Utilizar delantales impermeables si se producen salpicaduras de sangre u otras secreciones contaminadas.
- f.---(v)---El personal con lesiones en la piel o dermatitis exudativas debe abstenerse de cuidar directamente al paciente o manipular equipos o instrumentos que puedan estar contaminados con sangre o líquidos corporales de los mismos.

Pregunta 4: En cuanto a la manipulación con la ropa sucia. ¿Cuáles de las siguientes afirmaciones considera correcta?

- a.---(v)--- La ropa debe mantenerse en bolsas en el mismo lugar donde ha sido usada, no deben separarse por tipo de prendas, ni enjuagarse en los locales donde se atiende a enfermos.
- b.---(f)---Cuando se manipule ropa sucia no es necesario ponerse guantes ni delantales protectores.

Pregunta 5: En cuanto a manipulación de agujas y/otros instrumentos punzo-cortantes. Marque con una X las que considere ciertas.

- a.--x---La prevención de lesiones por piquetes de aguja mediante el manejo y desecho seguro de materiales cortantes y puntiagudos es la forma más importante para evitar la infección de sangre a sangre.
- b.--x---Para evitar posibles pinchazos no se deberá manipular las agujas con la mano, ni se intentará ponerle plástico protector una vez utilizada. No deberá tratarse de reutilizar o recuperar las agujas de jeringuillas desechables.
- c.---Las hojas de bisturí deben quitarse con los dedos no con una pinza.
- d.--x---Una vez utilizadas las agujas como objetos perforo-cortantes deberán ser depositadas en recipientes imperforables situados lo mas cerca posible de donde se está usando y deberán tratarse como material infectado(4).
- e.---x---Si se rasga un guante o se produce un pinchazo con aguja o cualquier otro accidente, debe quitarse el guante tan pronto como la seguridad del paciente lo permita, lavarse las manos y colocarse uno nuevo.

Cuadro 1.

Pregunta 6: En cuanto a las precauciones con las muestras de sangre para laboratorio. Marque con una (V) las que considere verdadera, y (F) las falsas.

- a.---(f)---La enfermera no utilizará guantes cuando manipule o trabaje con muestras de sangre y otros derivados.
b.---(v)---Hay que lavar siempre las manos con agua y jabón inmediatamente después de haber estado en contacto con las muestras.
c.---(f)---Las muestras deben taparse con tapas de seguridad para evitar que se viertan en el transporte, tomando precauciones para impedir la contaminación del exterior del recipiente. Si se va a trasladar a una distancia relativamente larga deberán introducirse en recipientes irrompibles. En caso de rotura de recipiente de cristal, los pedazos se envuelven bien en papel y se desechan adecuadamente, pero utilizando guantes de tipo doméstico.
d.---(v)---Si ha habido derramamiento de sangre, tratamiento con hipoclorito.
e.---(v)---Las superficies de trabajo deben recubrirse con material no absorbente ni rugoso para permitir la limpieza a fondo como por ejemplo una película plástica. Cualquier salpicadura de sangre proveniente de la muestra deberá descontaminarse inmediatamente con un desinfectante como el hipoclorito al 5% antes de proceder a la limpieza.

Cuadro 1.

La primera pregunta trata sobre el tipo (o tipos) de riesgo fundamental al que se encuentra sometido el estudiante en las prácticas.

La pregunta segunda hace referencia a los conocimientos generales sobre higiene hospitalaria.

La pregunta tercera hace referencia en sus apartados a la utilización de equipos de protección personal (EPI), así como a consideraciones de tipo ético-laboral sobre la actuación de profesionales susceptibles.

La pregunta cuarta alude a circunstancias higiénicas en la manipulación de la ropa sucia presumiblemente contaminada con restos biológicos.

La pregunta quinta trata de conocimientos sobre criterios de buena práctica en materia de salud laboral para evitar el accidente biológico.

La pregunta sexta se refiere a la propia manipulación de contaminantes biológicos y concretamente a la sangre, como fluido orgánico principal desde el punto de vista del riesgo biológico que precisamente es el que se presenta en mayor medida en el accidente biológico.

RESULTADOS

En este trabajo se han obtenido 30 cuestionarios correspondientes a los alumnos de enfermería de 3º curso de la Escuela Universitaria de Enfermería del Hospital de Valme.

a) En relación a la primera pregunta sobre la existencia o no de algún riesgo en las prácticas el 100% de los encuestados piensa que existe riesgo para su salud derivado de ello.

Respecto al tipo de riesgo el 100% opina que existe riesgo biológico y a su vez todos ellos dicen que respecto al fluido corporal, el riesgo con la sangre se encuentra en todo momento. (Gráfico 1).

El riesgo con las secreciones se encuentran en un 50%.

El riesgo con las radiaciones se encuentran en un 10%.

El riesgo con sustancias químicas aparece en un 15%.

b) En relación a la segunda pregunta sobre los conocimientos en higiene hospitalaria sólo el 50% dice conocer las precauciones universales a tener en cuenta en bioseguridad. (Gráfico 2).

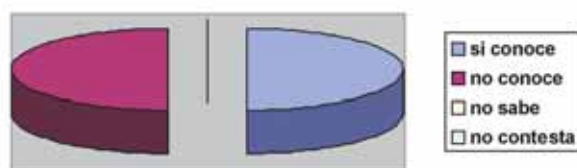
c) La tercera pregunta sobre la utilización de equipos de protección individual (los llamados "Epi") y sobre la acti-

Distribución del tipo de riesgo laboral según los encuestados



Gráfico 1.

Nivel de conocimientos de las precauciones universales en Higiene hospitalaria



Si conoce las precauciones universales: 50%
No conoce las precauciones: 50%

Gráfico 2.

tud de estos alumnos ante el riesgo laboral que pueden o no presentar los profesionales sanitarios con patología infecciosa, presenta los siguientes resultados:

El 100% de los alumnos considera que es necesario el uso de guantes y protección oclusiva por parte de todos los profesionales que presenten lesiones cutáneas y manipulen pacientes.

Un 60% de los encuestados piensa que el personal sanitario infectado por VIH puede poner en peligro al paciente que tratan y se plantearían la restricción del trabajo con los pacientes, para estos trabajadores. (Gráfico 3).

El 25% cree que no presenta problema alguno este hecho y el 15% no contesta.

En lo referente al lavado higiénico de manos como premisa básica de la higiene laboral el 100% piensa que es



Gráfico 3.

necesario lavarse siempre las manos tras un contacto con cualquier fluido orgánico.

Respecto al uso de guantes en las tareas invasivas y en cualquier procedimiento de contacto con el paciente el 100% cree fundamental su utilización.

En cuanto al uso de batas protectoras ante el riesgo de salpicaduras de fluidos el 95% piensa que es obligatorio el uso de estos equipos en las actividades que generen este riesgo adicional.

Un 85% de los encuestados cree que los profesionales afectados de lesiones dérmicas abiertas o exudativas no debe realizar manipulaciones o cuidados directos al paciente ni manipular objetos presumiblemente contaminados, al menos provisionalmente mientras perdure esta lesión.

d) La cuarta pregunta respecto a las medidas frente al manejo de ropa sucia de los pacientes el 90% del alumnado piensa, que no es conveniente manipular la ropa en el mismo lugar de cuidado de los enfermos y que debe guardarse adecuadamente en las bolsas habilitadas para ello en el mismo sitio en que se ha utilizado.

Un 90% igualmente opina que es necesario el uso de guantes al manipular esta ropa sucia.

e) Sobre la quinta pregunta que hace referencia a los riesgos ante posibles maniobras inseguras en la manipulación de agujas, catéteres, etc.:

El 75% de alumnos piensa que el mejor mecanismo de prevención del riesgo biológico por pinchazo accidental, consiste en el uso de procedimientos de manejo y desecho seguros, de los materiales corto-punzantes. (Gráfico 4).

Un 20% no contesta al respecto y el 5% cree que dicho procedimiento no es importante.

El 100% cree que no se deben "reencapsular" las agujas utilizadas ni manipularlas.

Igualmente el 100% piensa que las hojas de bisturí tras su utilización en las curas no deben manipularse.

Un 95% esta de acuerdo con desechar de forma segura los materiales corto-punzantes usados mediante el empleo de contenedores adecuados para material biocontaminado, y cree necesario disponer de ellos de forma práctica y en cantidad suficiente.

El 80% de los encuestados piensa que ante la existencia de guantes defectuosos al desarrollar las tareas, es

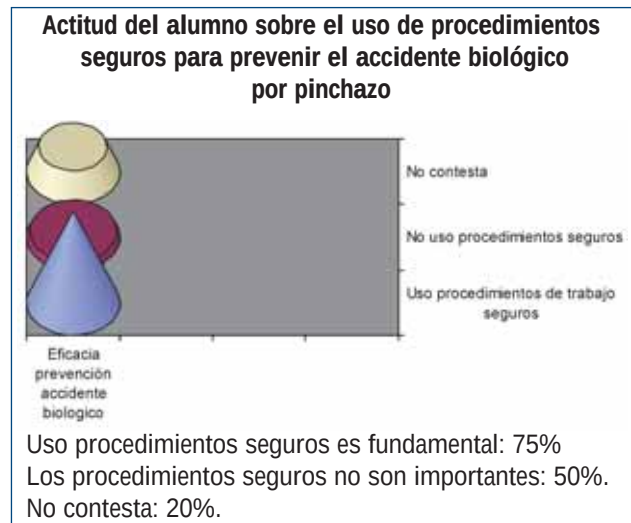


Gráfico 4.

esencial la sustitución de los mismos lo antes posible, si el momento asistencial lo permite.

f) Respecto a la sexta y última pregunta sobre medidas preventivas ante el manejo de las muestras de sangre el 100% cree necesario el uso de guantes siempre al manipular las muestras.

Un 95% piensa que se deben lavar las manos siempre tras el manejo de muestras.

El 80% cree adecuado ante roturas accidentales de las muestras su manipulación envolviéndolas manualmente.

El 65% cree necesario el uso de la lejía al derramarse líquido biológico. (Gráfico 5).

Un 25% no contesta ante este hecho y el 10% cree que no es necesario el uso de este producto.

El 80% piensa que las superficies de trabajo deben ser adaptadas con materiales adecuados ante derramamiento de fluidos o salpicaduras, así como la necesidad de utilizar la lejía para descontaminar las superficies afectadas antes de realizar la limpieza. (Gráfico 6).

Un 10% no contesta respecto a esto y otro 10% no considera necesario la adaptación de dichas superficies o el uso de la lejía para ello.

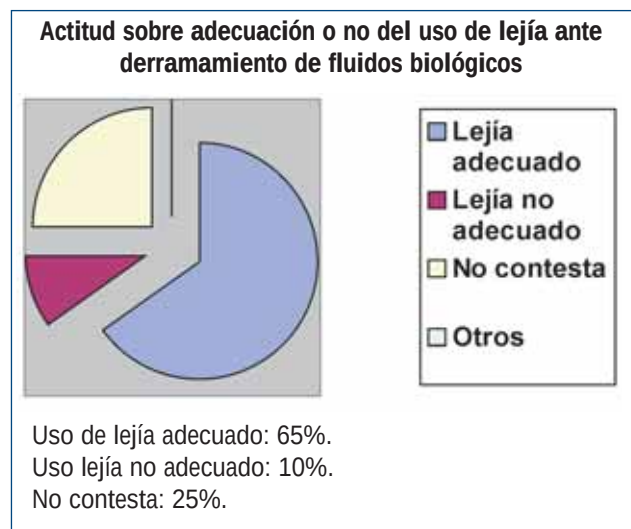


Gráfico 5.

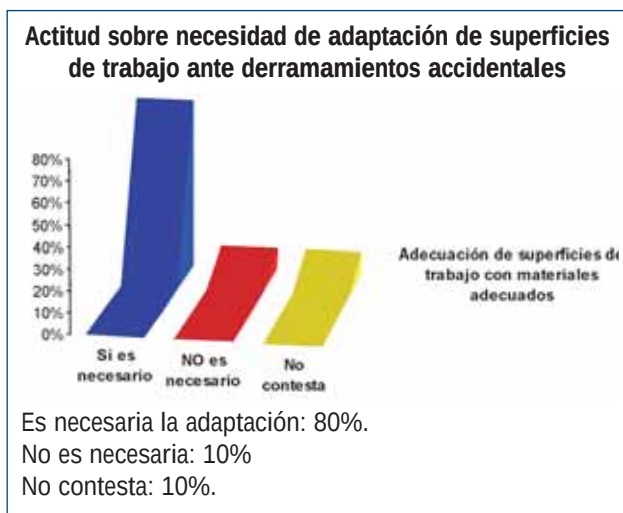


Gráfico 6.

DISCUSIÓN

Es evidente que la práctica enfermera presenta un alto riesgo de accidentes biológicos. Riesgos que comienzan en la propia formación académica pregrado y continúa a lo largo del desarrollo profesional.

Los estudiantes de enfermería constituyen el grupo más susceptible de ser afectado al respecto debido esencialmente a su falta de experiencia profesional, así como a la insuficiente formación en materia de salud laboral durante el aprendizaje. Precisamente es conveniente señalar que la introducción en la programación académica, de una asignatura sobre salud laboral para enfermería (y no la existencia de una unidad didáctica como ocurre en muchos casos) sería fundamental y dicha necesidad se pone de manifiesto por el hecho de que el 100% de los alumnos consideran evidente la existencia de riesgo laboral en sus prácticas, principalmente de tipo biológico por inoculación accidental de sangre infectada del paciente.

Este es el dato principal de los resultados.

Además se aprecia una carencia formativa respecto a riesgos adicionales para la enfermería ya que sólo el 10% piensa que enfermería presenta riesgo laboral por radiaciones, cuando sabemos y es evidente que existe una normativa específica de protección radiológica de obligado cumplimiento y que la exposición laboral del personal de enfermería a las radiaciones, es un hecho real y documentado con su protocolo de control correspondiente.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales. Pág. 2.
- (2) NTP 580 "Actitud hacia la Prevención". INSHT. Nota Técnica de Prevención del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Pág. 3.
- (3) RD 773/1997 sobre Disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la utilización por los trabajadores de equipos de protección individual. Pág. 4.
- (4) RD 1215/1997 sobre Disposiciones mínimas de seguridad y salud para la utilización por los trabajadores de los equipos de trabajo. Pág. 5.

Es conveniente destacar que la mitad del alumnado encuestado presenta un error conceptual respecto a las precauciones universales de prevención, en el sentido de no conocer su ámbito de definición que abarca desde el lavado higiénico de manos hasta el uso de los equipos de protección individual (guantes, bata, gorro, mascarillas de filtro, etc).

No obstante el 95% considera esencial el uso de estos equipos adecuadamente para prevenir el accidente biológico así como el lavado higiénico de manos como premisa básica.

Pienso que este error conceptual obedece a deficiencias formativas teórico-prácticas en prevención.

Teórica por déficit de programación modular en el periodo de aprendizaje y práctica, por el desconocimiento de los procedimientos de trabajo seguros en las diferentes áreas de prácticas.

RESUMEN

En definitiva el estudiante de 3º de enfermería conoce la existencia de riesgo en su actividad práctica.

Conoce algunas actividades de manipulación de material biológico en las que debe evitar ciertas maniobras inseguras (como no reencapsular agujas), pero no conoce los procedimientos de trabajo seguros o lo que es lo mismo el manual de prevención de los riesgos específicos en cada servicio sanitario, que deben estar siempre a disposición tanto del trabajador como del alumno en prácticas.

La falta de experiencia profesional (con independencia de sus aptitudes individuales) es lógica e inevitable cuando somos estudiantes y sobre este aspecto no podemos actuar en el alumnado para hacer prevención.

Pero sí podemos y debemos todos (administración, docentes, y profesionales) apoyar la consolidación de una auténtica "cultura preventiva" en las aulas de enfermería desde la docencia, mediante una formación académica adecuada tanto teóricamente aportándoles los principios normativos de la salud laboral (con una asignatura a tal efecto), como desde el punto de vista práctico dando a conocer los procedimientos de trabajo seguros de la práctica enfermera, con el necesario apoyo de todos los profesionales de enfermería.

No olvidemos que la intervención educativa en las aulas, es fundamental para incrementar los conocimientos sobre bioseguridad en los estudiantes de enfermería y contribuye a proteger su seguridad y salud tanto en las prácticas como en su futuro profesional.

LA ENTREVISTA CLÍNICA DE VALORACIÓN INICIAL. PRINCIPIOS DE CALIDAD

■ **Francisco Javier Tejada Domínguez**

Enfermero de la unidad de cuidados paliativos oncológicos.
Hospital Duques Infantado. Sevilla.

■ **María Rosario Ruiz Domínguez**

Enfermera de la unidad de Medicina interna del HUV Valme. Sevilla.

Resumen

El trabajo enfermero es un método ordenado y sistemático que supone planificar, llevar a cabo y evaluar el cuidado del paciente. Una de las herramientas que utiliza para obtener información e identificar los problemas de salud es la entrevista clínica de valoración inicial. Con la información obtenida y registrada se establece un plan de actividades que describe las necesidades de atención y los cuidados para cada sujeto de atención.

La entrevista clínica de valoración inicial es el primer contacto que establece el personal de enfermería con el paciente y su familia con lo que constituye un momento clave para la relación entre ambos: una cara amable y profesional desde la percepción del paciente y el primer paso para empezar a cuidar con calidad desde el punto de vista de la enfermera. No hay que olvidar y es bien sabido que para lograr una buena comunicación es esencial transmitir una impresión de agrado, de amabilidad y de interés.

Una buena entrevista clínica es fundamental en el proceso de los cuidados enfermeros. De la calidad con la que se realice dependerá lo acertado de los primeros diagnósticos y, por tanto, la adecuación de los planes de cuidados a los problemas y necesidades de los pacientes.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Valoración inicial,
- ✓ Entrevista clínica,
- ✓ Calidad,
- ✓ Escucha activa,
- ✓ Empatía

INTRODUCCIÓN

En los comienzos del nuevo siglo, existen razones de peso por las que la relación del personal de enfermería con las personas a las que cuidan debe cambiar hacia un modelo en el que pacientes y familiares asuman más protagonismo en los cuidados y en el que la relación sea menos jerárquica.

La primera razón es que cada vez son más las personas que piden y exigen tener información suficiente sobre sus procesos de salud para así poder participar en las decisiones que les afectan.

Otra razón importante sobre la necesidad de reorientar la relación enfermera-paciente es el aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas, debido al envejecimiento de la población. Esto está provocando una crisis de sostenibilidad en muchos órdenes del estado del bienestar, incluido el sanitario.

Y una última razón a considerar, es que las enfermedades que afectan a más personas en un país como el nues-

tro dependen de los estilos de vida y cambiarlos resulta muy difícil. Hasta ahora las únicas estrategias terapéuticas eficaces parecen basarse en una relación de escucha y diálogo, a través del cuál se puede influir y motivar hacia hábitos más saludables.

La relación enfermera-paciente-familia debe basarse en la escucha y a partir de ella, en las expectativas y necesidades de las personas a quienes cuida, siendo conscientes de que no todas son iguales y, por tanto, el tipo de ayuda que se les va a proporcionar debe ser diferente y adaptarse a las circunstancias particulares de cada quien.

Es ahí en donde entra en juego uno de los instrumentos más importantes que utilizamos las enfermeras y enfermeros para llevar a cabo, de forma sistemática, nuestro trabajo y es la entrevista de valoración. La valoración es la primera fase del proceso de atención de enfermería y dentro de ella, la entrevista clínica adquiere una especial relevancia ya que permite obtener la información necesaria para realizar un diagnóstico de necesidades acertado y establecer una relación de ayuda con el paciente y su fami-



Imagen de entrevista 1.

lia. No olvidemos que el objetivo de cualquier plan de atención enfermera es proporcionar cuidados a los pacientes de forma sistemática, flexible, ordenada e individualizada.

La entrevista clínica de valoración inicial consiste en la conducción de una conversación con el paciente a fin de recabar información sobre él. La actitud que adopte la enfermera es un factor a destacar ya que de ella dependerá, en gran medida, el volumen y calidad de la información recopilada. Por tanto podemos afirmar que dentro del proceso, es el primer paso por el que debemos comenzar para cuidar con calidad.

Para obtener información de calidad que nos permita realizar un diagnóstico acertado se necesita un clima de comunicación y colaboración con paciente y familia adecuados ya que parte de la información que el paciente posee y que nosotros tenemos que obtener, se encuentra poco elaborada y sin olvidar que su capacidad de expresarse puede encontrarse alterada por el mismo proceso de enfermedad y/o hospitalización.

Resulta difícil afrontar la realización de la entrevista clínica de forma repentina cuando no hemos recibido la formación necesaria para este tipo de tareas que implican habilidades de comunicación y de relación. De ahí las dificultades que podemos experimentar al principio. No obstante, una vez que comprendemos la importancia crucial de realizar una buena entrevista para ofrecer a nuestros pacientes una atención integral, ya tenemos ganada una parte importante del camino. El resto, las habilidades específicas, se pueden aprender y entrenar exactamente igual que otras habilidades que tuvimos que desarrollar para ejercer nuestra profesión, como el aprendizaje de una determinada técnica como fuera la realización de un sondaje vesical por ejemplo.

El presente artículo no es más que el resultado del trabajo que viene desarrollándose en los últimos años por los profesionales que integran la disciplina de enfermería de las distintas provincias que componen el sistema andaluz de salud. Muchos de los profesionales han participado durante estos años en talleres de formación y entrenamiento con el objetivo de mejorar sus competencias profesionales en la dimensión relacional y comunicativa con pacientes y familiares y, más concretamente, en la entrevista clínica de valoración inicial.

Pretender servir de apoyo para todos aquellos profesionales que quieran aprender a realizar una buena entrevista clíni-

ca de valoración o que necesiten de ciertas estrategias para solucionar algunos problemas con los que se encuentran en las entrevistas con sus pacientes es su principal objetivo.

Al comienzo se determinarán cuáles son los objetivos que se persiguen con una entrevista de valoración para luego pasar a cómo realizarla basándose principalmente en criterios de eficacia, efectividad y eficiencia para así conseguir los máximos en cuanto a calidad se refiere, examinando los aspectos más importantes que acontecen antes, durante y después de la misma y teniéndolos en cuenta, ya que de no ser así, influirían negativamente en los objetivos y resultados planteados.

Por último cabe destacar un modelo de guión de entrevista elaborado mediante consenso, compuesto por una serie de preguntas que han sido seleccionadas para así agilizar la valoración inicial y el registro de necesidades y problemas del paciente.

Finalizando, queremos aclarar que el hecho de emplear los términos “enfermera” (en femenino) y “paciente” (en masculino) se debe únicamente al propósito de agilizar la lectura del artículo y carece de cualquier intencionalidad.

OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA

- Obtener información útil, específica y necesaria para elaborar los diagnósticos de enfermería y planificar los cuidados que necesite.
- Facilitar la relación enfermera/paciente.
- Dar confianza al paciente y familia.
- Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y en el planteamiento de sus objetivos.
- Ayudar a la enfermera a determinar qué otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

METODOLOGÍA

¿CÓMO HACER UNA ENTREVISTA CLÍNICA DE VALORACIÓN INICIAL DE CALIDAD?

HERRAMIENTAS COMUNICATIVAS EN LA ENTREVISTA

Las preguntas:

1. *Comenzar realizando una pregunta abierta:* Así la persona empieza a hablar sobre aquella necesidad que constituye su problema principal. Esto no significa que, aunque tengamos un guión, haya que empezar por la misma pregunta. Dependerá de cada paciente. Por ejemplo: ¿cómo se encuentra?

El uso de preguntas cerradas que se responden con un “sí” o un “no” no dejan de impedir que la persona se exprese en sus propios términos.

2. *Hacer preguntas generales:* Ello provoca que el paciente responda lo que tiene en mente y que normalmente, será lo que más le preocupa en ese momento. Por ejemplo: ¿qué tal duerme usted?

3. *Preguntar sin dar nada por supuesto*: Podríamos equivocarnos y trabajar a partir de datos erróneos. Existe información que sólo podemos obtenerla preguntando.
4. *Plantear los temas y preguntas de forma ordenada*: Si estamos hablando sobre alimentación, procuraremos agotar todas las preguntas sobre ese tema antes de pasar a otro. Con ello damos más sentido a la entrevista y damos más posibilidades a la persona de concentrarse en cada tema sin olvidar nada importante. Por ejemplo: ¿Qué tal duerme por las noches? ¿Cuántas horas suele dormir? ¿Usa algunas medidas para conciliar el sueño?
No obstante, también es esencial mostrar flexibilidad y adaptarnos a la lógica de la entrevista y del discurso de la persona. Así, si al hilo de una respuesta se puede enlazar con otro tema porque resulta coherente, se debe hacer así.
5. *Evitar condicionamientos*: Procuraremos no hacer preguntas que condicionen la respuesta como por ejemplo: ¿Usted no tomará grasas en estos momentos con el sobrepeso que presenta verdad?

La confianza: Para favorecer el planteamiento de dudas, preguntas y expresión de la realidad es necesario que nunca juzguemos, acusemos, exijamos, tomemos partido, menospreciemos o usemos el sarcasmo o ironía ya que inhibimos a la otra persona y hace que nos diga sólo lo que queramos escuchar.

Empatizar: Es la capacidad de transmitir comprensión y, nos sirve entre otras cosas, para mostrar interés y escucha activa o transmitir confianza. Garantiza grandes posibilidades de éxito en nuestra interacción. Mostrando una actitud positiva hacia la persona con quien nos queremos comunicar es de vital importancia para que la persona a quien nos dirigimos quiera escuchar nuestro mensaje.

El silencio: Aguantando los silencios, conseguiremos dar tiempo a la persona para que piense la respuesta y, ese tiempo, será mayor cuanto más difícil o inesperada sea la pregunta ya que más tiempo necesitará para contestar.

La comunicación: A veces cuando un tema resulta candente, es fácil que nos enganchemos y se produzca un diálogo circular que no nos conduce a nada positivo.

Con ello lo que conseguimos es bloquear la comunicación por lo que hemos de evitarlo cortando la situación y pasando a otro tema.

El lenguaje: Ha de ser claro y comprensible, transmitido en el formato adecuado y solo la información necesaria. Adaptaremos nuestro lenguaje al de la persona con quien estamos hablando y comunicando, evitando el uso de palabras técnicas. El formato usado para ello puede ir desde el oral hasta los gráficos o dibujos pasando por el visual.

La información: Ha de ser dosificada y no transmitida de golpe sino poco a poco, de manera progresiva ya que confunde y bloquea más que clarifica.

Mostrar convicción y convencimiento de la importancia de lo que se está haciendo: Explicarles las ventajas o las utilidades que obtendrán con un tratamiento, un hábito saludable o una medida que les propongamos según el caso es necesario para convencerles o motivarles. Para ello, transmitir seguridad y tener una actitud favorable hacia el mensaje que se va a comunicar hablando en positivo resulta de vital importancia. Transmitir seguridad no significa que tengamos que saberlo todo o responder a todo y a la primera. Generamos más seguridad y credibilidad a nuestros pacientes si ante una pregunta de la que no conocemos la respuesta, en vez de contestar con evasivas, le decimos que vamos a consultarlo.

El momento y lugar apropiado: Es importante que la entrevista se realice antes de las 24 horas a su ingreso para conocer cuáles son sus necesidades alteradas y centrar en ellas los cuidados. Procurar para ello que el estado anímico, físico y emocional de la persona sea el mejor posible. Elegir momento relativamente tranquilo evitando horarios de comida, siesta o madrugada por ejemplo.

En cuanto al lugar, elegiremos aquel en el que el paciente se sienta más seguro y cómodo. Recalcar que aunque a veces no podamos elegir el entorno, sí que podremos mejorar sus condiciones: evitar ruidos e interrupciones desconectando teléfonos, apagando la radio o cerrando la puerta por ejemplo; siempre que podamos hacerlo, podremos correr la cortina que separa las camas y pedir a la familia de otros pacientes que salgan un momento explicándoles la razón.

LA RECOGIDA DE DATOS EN LA ENTREVISTA

Inicio, cuerpo y cierre

EL INICIO:

Es una fase de aproximación. Se centra en la creación de un ambiente favorable en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.



Imagen de entrevista 2.

Si podemos sentarnos al lado del paciente, es mejor situarnos a su mismo nivel. Así transmitimos cercanía, interés y disposición.

Dirigirnos por su nombre y hablarles de usted siempre es más correcto cuando se trata de personas que no conocemos y, más adelante, si nos dan permiso, podremos tutearles. En ningún caso utilizaremos apelativos cariñosos como “abuelo”, por ejemplo.

El saludo: Se realiza al entrar en la habitación empleando la fórmula que prefiramos: “buenos días”, “hola”... y si lo hacemos sonriendo transmitiremos, a priori, impresión de agrado y facilitaremos el establecimiento de una corriente de empatía de doble dirección.

La presentación: Diremos nuestro nombre y profesión o función en el servicio. Decirles cuál es nuestro papel, si somos enfermeros, auxiliares, etc. les proporciona referencias y les sitúa en el lugar en donde están y en las personas que le cuidan.

Explicar actividad y justificación: Le explicamos breve y sencillamente qué es lo que vamos a hacer a continuación. Debe incluir que vamos a realizar una entrevista, que se la hacemos a todos los pacientes a su ingreso y que resulta de gran importancia para poder obtener información necesaria para diseñar un plan de cuidados con la mayor calidad y así cuidarle lo mejor posible. Con ello rebajaríamos el nivel de ansiedad e incertidumbre.

Transmitir seguridad: Proporcionándole indicios de que ya conocemos datos sobre su situación y salud. Lo podemos hacer confirmando algunas de las informaciones que constan en su historia eso sí, sin plantearlo en forma de preguntas ya que de ese modo podemos transmitir todo lo contrario. Se planteará como afirmación: “he leído en su historia que ha tenido antes... ¿todavía tiene molestias?, por ejemplo.

No habrá que perder de vista el manejo ambiental (correr cortinas, pedir que salgan los familiares de otros pacientes que salgan, apagar dispositivos que causen interferencias...) y con nuestra actitud corporal (distancia adecuada a la persona a la que nos dirigimos, orientación corporal...) y nuestro tono de voz (moderado o bajo favorece la entrevista cordial y personalizada) generaremos el ambiente de confianza que necesitamos.

EL CUERPO:

Iremos planteando sucesivamente todos los temas que nos interesan y sobre los que queremos obtener información.

Reconducir. Debemos dejar que los pacientes hablen sobre los temas que planteamos siempre que sus respuestas sean pertinentes. Si por el contrario no tienen relación con el tema planteado debemos cortar esa

respuesta y reconducir la conversación hacia el tema que nos interesa de forma asertiva, utilizando expresiones como: ya hemos hablado suficiente... me gustaría ahora que habláramos...

Registro de datos: Tomar notas para no olvidarnos de nada y transmitir a los pacientes seguridad de que además, quedará a disposición del resto del equipo es el objetivo.

Anotar lo más importante de cada respuesta.

Usar un formato estandarizado para el registro ya que así nos aseguramos de recoger unos mínimos necesarios.

No desviar la mirada y la atención del paciente demasiado tiempo.

Los registros deben estar escritos sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

Anotar entre comillas las frases textuales sobre aspectos claves de la información aportada.

Planteamiento de dudas: Nunca debemos quedarnos con dudas. Algunas recomendaciones son:

1. Señalar lo que no está claro para nosotros. Por ej. “no sé si lo he entendido bien.”
2. Saber cuando la conversación está bloqueada y tener preparadas alternativas. Por ej. “ahora me gustaría que me contase...”
3. Pedir constantemente que clarifiquen lo que han dicho. Por ej. “¿se refiere a...?”
4. Pedir ejemplos. Por ej. “¿lo que quiere decir es que...?”

Finalizar la entrevista cuando hayamos obtenido toda la información necesaria y pasaremos al cierre de la misma.

EL CIERRE:

Es la fase final de la entrevista. En ella se resumen los datos más significativos constituyendo las bases para establecer las primeras pautas de planificación.

Tendremos en cuenta en esta fase varias acciones:

Plantear una pregunta abierta: Siempre, por muy exhaustivo que sea nuestro guión, es probable que nos dejemos algo atrás. Transmitir que nos interesa todo aquello que puede ser relevante para sus cuidados es primordial. Por ello plantearemos preguntas tales como por ej.: ¿Considera que debo saber algo más y que no le he preguntado?

Concluir siempre de forma positiva: Ello propicia la confianza y dejando las “puertas abiertas” al terminar nuestra entrevista para próximas citas resulta importante para la continuidad de nuestros cuidados.

Despedida y agradecimiento: Nos despediremos con un gesto de agrado y agradeciéndole el tiempo dedicado y su colaboración transmitiéndole que tanto nosotros como el resto del equipo estamos a su entera disposición para cuidarle cuando nos necesite.

GUIÓN DE ENTREVISTA PARA PERSONAS ADULTAS

A continuación, a modo de ejemplo, exponemos un modelo práctico sobre el guión de la entrevista, que será la herramienta en la que nos apoyaremos principalmente

durante el curso de la entrevista para plantear correctamente todos los temas que queremos tratar sin olvidar ninguno. El guión nos ayuda a realizar una mejor entrevista con menor esfuerzo. Como su nombre indica se convertirá en una guía para nosotros, pero no debe ser un obstáculo frente al/la paciente. Es decir, no hemos de mirarlo en exceso, tan sólo lo necesario para no perdernos.

Lo planteamos de la siguiente manera:

La entrada: **PRESENTACIÓN:**

1. ¿Cómo está usted?
Confirmar información recogida en la historia clínica sobre enfermedades, tto. y alergias.
Ahora me gustaría que hablásemos de su **ALIMENTACIÓN**.
2. ¿Tiene algún problema o dificultad con la comida?
3. ¿Tiene alguna prótesis dental?
4. ¿Hay algún alimento que no tome habitualmente? ¿Sigue alguna dieta en especial?
¿Podemos hablar ahora de su **RESPIRACIÓN**?
5. ¿Siente alguna dificultad para respirar?
6. ¿Tose? ¿Expectora?
7. ¿Es fumador? ¿Desea dejarlo?
Y ahora me gustaría preguntarle por su **CIRCULACIÓN**.
8. ¿Tiene alguna molestia o problema de circulación?
9. ¿Se le hinchan las piernas?
10. ¿Se le duermen los pies o las manos? ¿Se le quedan fríos?
11. ¿**DESCANSA** bien por las noches?
12. ¿Cuántas horas duerme habitualmente?
13. ¿Toma algo o tiene alguna costumbre especial para dormir?
14. ¿Ronca por la noche?
15. ¿Tiene algún problema o dificultad para **ORINAR**?
16. ¿Se levanta por las noches para orinar?, ¿Cuántas veces?
17. ¿Y algún problema o dificultad para "**HACER DE VIENTRE**"?
18. (En caso de estreñimiento), ¿Necesita ayuda para "hacer de vientre"?
Y ahora me gustaría que hablásemos de su **MOVILIDAD**.
19. ¿Tiene alguna dificultad para moverse?
20. ¿Necesita ayuda para **VESTIRSE o DESVESTIRSE**?
22. ¿Necesita ayuda para **LAVARSE o DUCHARSE**?
23. ¿A qué hora tiene costumbre de hacerlo?
24. En estos momentos, ¿Tiene alguna molestia o **DOLOR**?
25. ¿Tiene alguna dificultad para VER u OIR?
26. ¿Le han dado **INFORMACIÓN SUFICIENTE** sobre su proceso actual?, ¿Hay algo más que desearía saber?
27. ¿Tiene alguna dificultad para seguir el tratamiento y las recomendaciones que se le han indicado?, ¿Por qué?
28. Aquí en el hospital hay mucho tiempo libre, si se aburre coméntenoslo y podría traer de casa algo para entretenerse.
29. Nuestra intención es respetar su forma de ser en todo lo posible, sus **COSTUMBRES, VALORES Y CREENCIAS** son importantes y pueden influir en los cuidados que le demos, ¿cree que debe comentarnos algo respecto a esto?
30. ¿Cómo se **SIENTE** en estos momentos?, ¿está preocupado por algo?, ¿quiere que hablemos de ello?
Y casi para terminar, me gustaría preguntarle sobre algunas cuestiones de su vida diaria que pueden influir en su recuperación y que nos ayudarán a prever los cuidados que necesitará cuando se vaya de alta.
31. Actualmente, ¿cuál es su **SITUACIÓN LABORAL**?
32. ¿Cree que su **TRABAJO** puede afectar en su recuperación?, ¿de qué manera?
33. En caso de requerir ayuda en casa ¿cuenta con algún FAMILIAR o AMIGO que se la proporcione?
34. ¿Tiene personas a su cargo?
Y por **CONCLUSIÓN:**
35. ¿Hay algo que no le haya preguntado y que me quiera contar?

Modelo estandarizado para la recogida de datos.

Gracias por esta entrevista. Toda esta información nos ayudará a cuidarle mejor. Si se acuerda de algo más, o tiene duda o necesita algo, no dude en llamarme.

Se trata de un guión genérico, así que tendremos que adaptarlo a las peculiaridades de nuestro servicio y de nuestro tipo de pacientes. Una vez realizado este ajuste, hemos de repasar el guión para hacerlo nuestro, no se trata de aprenderlo de memoria, pero sí de manejarlo con soltura y espontaneidad. Para ello será suficiente con que lo leamos varias veces. También tendremos que adaptar el guión a nuestra forma de hablar y de expresarnos.

Esta elaboración previa del guión nos servirá para todas las entrevistas que tengamos que realizar, pero antes de cada una de ellas debemos prepararla repasando toda la documentación conocida de cada paciente. Para ello

consultaremos toda la documentación que tengamos disponible como la historia clínica y otros informes.

CONCLUSIONES

1. La entrevista clínica es el punto de partida donde se establece una relación terapéutica con el paciente. Dicha relación constituye el marco para desarrollar una atención relacional, exploratoria y resolutoria sobre las necesidades de cuidados y que establece objetivos terapéuticos de forma mutua.

2. Las habilidades de las enfermeras y enfermeros para comunicarse con sus pacientes y, más concretamente, para realizar una buena entrevista clínica de valoración, son competencias básicas que garantizan la buena profesionalidad y competencia.

3. De la calidad de la comunicación depende la precisión del diagnóstico y buena parte de los resultados de la eficacia de las intervenciones. La entrevista clínica permite conocer y valorar los hechos de la situación del paciente y dar significado a su historia, de manera que permita a la enfermera realizar un diagnóstico preciso, o lo que es lo mismo, una estructuración deliberada de los datos de paciente en su contexto para comprender su significado en términos de cuidados. Consecuentemente, el razonamiento diagnóstico permitirá encontrar la clave que organiza el foco del cuidado basado en la historia del paciente.

4. La importancia de la relación terapéutica, mediante la entrevista clínica, resulta notablemente incrementada si consideramos el carácter continuado de nuestra relación con los pacientes. Mejorar la calidad de las entrevistas y de la valoración de los pacientes no es mera cuestión de cortesía con nuestros pacientes, sino que es una exigencia profesional tanto ética como técnica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Othmer E. Othmer S.C. DSM-IV-TR. La entrevista clínica. Tomo I. Fundamentos. Barcelona: Masson, 2003.
2. Las emociones en la entrevista. [Monografía en Internet] 2007 [Acceso Mayo 2007] disponible: http://www.ucm.es/BUCEM/revistas/psi/16967240/articulos/P_SICO404120205A.PDF.
3. Valoración de enfermería. [Artículo en Internet] 2007 [Acceso junio 2007]
4. Disponible: http://www.ome.es/media/dock/G1-Dic.%20Valoración_enfermera.pdf.
5. Rodrigo L. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. Barcelona: Masson, 2000.
6. Van der Hofstadt CJ. El libro de las habilidades de comunicación. Madrid: Díaz de Santos, 2003.
7. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. Barcelona: Springer-verlang ibérica, 1999.
8. Bimbela Pedrola JL. Cuidando al profesional de la salud. Habilidades emocionales y de comunicación. Granada: Escuela andaluza de salud pública, 2005.
9. Prieto M. A., Escudero R.M. La entrevista clínica de valoración inicial. Guía para la práctica clínica. Escuela andaluza de salud pública (Granada). Año 2006.

RESERVORIO INTRAVENOSO SUBCUTÁNEO. RIVS

- M^a Carmen Castillo Gómez¹
- Fco. J. García Martín²
- Diego Manfredi Fernández²
- Óscar Salas Torres³

1. D.E. Servicio de Hematología, Hospital de Valme, Sevilla.
2. D.E. Servicio de Traumatología Hospital Virgen del Rocío, Sevilla
3. D.E. UCI General Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

La implantación de RIVS en pacientes crónicos, debido a la limitación del acceso periférico, requiere una serie de conocimientos por parte de enfermería.

Los reservorios al estar totalmente implantados bajo la piel, reducen el riesgo de infecciones y sobre todo facilitan el tratamiento ambulatorio, no interfiriendo en la vida diaria del paciente.

Su procedimiento de punción y conservación exige una serie de pasos que debe conocer el profesional enfermero para evitar posibles complicaciones tales como: obstrucción, infección del portal, desplazamiento del catéter, extravasación, necrosis cutánea... etc.

Los pacientes portadores de RIVS presentan frecuentemente; ansiedad, conocimientos deficientes, trastornos de la imagen corporal...

Estos DxE se pueden resolver con intervenciones enfermeras encaminadas a la enseñanza, escucha activa, potenciación de autoestima e imagen.

El fin de este trabajo consiste en divulgar el conocimiento y utilización de RIVS al personal de enfermería.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ RIVS
- ✓ Punción
- ✓ Conservación
- ✓ Complicaciones
- ✓ Intervenciones

INTRODUCCIÓN

Los pacientes crónicos que durante meses o años están sometidos a punciones para acceder a su sistema venoso desarrollan trombosis, esclerosis y, a veces, destrucción de las venas superficiales. Esta limitación del acceso venoso periférico crea al paciente, y a enfermería, un grave problema por la búsqueda traumática de una vena donde administrar el tratamiento, por ello se han adoptado diversas soluciones a dicho problema, no libres de riesgos. Una de ellas es la implantación de RIVS, sin embargo su utilización como técnica de enfermería está aún poco extendida y con su desconocimiento aumentamos la ansiedad que presenta ya de por sí el paciente por el ingreso o cambio en su estado de salud. Con este estudio pretendemos colaborar en la mayor difusión del conocimiento y utilización del RIVS.

¿QUÉ ES EL RIVS?

Se trata de un sistema totalmente implantable de forma subcutánea y que consta de un catéter venoso central de poliuretano, y de un reservorio en forma de tronco de cono de titanio con una membrana de silicona autosellante comprimida en su centro a alta presión. El cuerpo del portal posee orificios en sus cuatro esquinas, por los que se sujeta mediante sutura permanente al tejido subyacente.

Al sistema se accede a través de la punción simultánea de la piel y la membrana de silicona con agujas especiales tipo Huber, especialmente diseñadas para producir una mínima lesión en la membrana, lo que permite de esta manera un uso prolongado del sistema.

Con estas agujas de bisel modificado es posible acceder al sistema sin riesgo de rotura, entre 1500-2000 veces, siempre dependiendo del calibre de las mismas.

Los reservorios subcutáneos, al estar totalmente implantados bajo la piel, reducen el riesgo de infecciones y sobre todo facilitan el tratamiento ambulatorio, no interfiriendo en la vida diaria del paciente.

Existen varios tipos: venosos, arteriales, peritoneales y espinales, siendo el acceso venoso el más común (Figura 1 y 2).

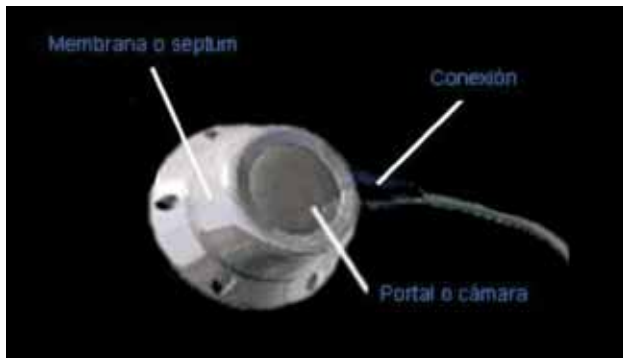


Figura 1.



Figura 2.

Procedimiento de Punción

- Se explica la técnica al paciente
- Se palpa y memoriza la situación del portal
- Lavado quirúrgico de manos
- Limpieza de la piel con antiséptico desde el centro del portal, con movimientos de espiral hacia fuera abarcando una zona amplia (unos 15 cm.). Limpiar con alcohol y por último pintar el campo con gasas o torundas impregnadas en povidona yodada repitiendo los movimientos en espiral desde el centro hacia fuera.

Se hace un pequeño campo estéril y en él depositaremos:

- Jeringa con suero fisiológico
- Jeringa vacía
- Aguja gripper
- Con guantes estériles localizar el portal por palpación y fijarlo con el dedo pulgar y el índice de una mano (Figura 3, 4 y 5).

Esta fijación deber ser delicada, sin presionar el portal sobre el plano muscular que produciría dolor.

Puncionamos entonces el portal siempre verticalmente y su base entre los dedos que fijan el reservorio y siempre a presión constante. Notaremos la resistencia de la piel, el paso fácil del subcutáneo y la resistencia "gomosa" de la membrana autosellante. Continuar la presión, cuidadosamente, hasta sentir el roce de la punta de la aguja contra el suelo metálico del portal hasta el final, cuando no es posible hacer progresar más la aguja. No se debe mover la aguja para asegurarse de su posición, ya que esto podría rasgar la membrana autosellante.

- Comprobar si existe retroceso de sangre, haciendo extracción de unos 3-5 cc, desechando así la heparina de sellado que contiene el portal y el catéter. Lavar con 10 cc de suero salino y conectar los fluidos o realizar la extracción de sangre según precise el enfermo.
- Colocar el apósito, protegiendo la piel de la presión del gripper por medio de una gasa que se coloca entre la piel y el cuerpo de la aguja gripper. Cubrir, aconsejablemente, con apósito transparente transpirable.
- Es importante que las agujas sean del grosor y longitud apropiados. Para este reservorio las más apropiadas son de 20G y 22G, siendo el nº mayor el más fino y más aconsejable cuando no se tienen que administrar fluidos muy densos.



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.

Conservación del Reservorio

Cambiar el gripper una vez a la semana, cuando el catéter se está utilizando continuamente o con medicación diaria intermitente. Diversos autores coinciden en señalar que el riesgo de colonización bacteriana del catéter aumenta cuando la aguja lleva implantada más de una semana.

Recordar siempre acceder al sistema bajo condiciones asépticas, efectuar la técnica con material adecuado (aguja Huber), antes de inyectar asegurarse que la aguja está en la cámara, no dejar una línea abierta mientras la aguja esté insertada en el portal ni mover ni manipular la aguja insertada.

Si el sistema no va a ser utilizado durante periodos prolongados, la frecuencia aconsejada para su revisión y cambio del sellado es de una vez al mes. Con esto evitaremos la formación de trombos y fibrina en el catéter y la oclusión del mismo, manteniendo de esta manera el acce-

so siempre permeable y dispuesto para su utilización. La técnica será la descrita anteriormente (punción, extracción 3-5 ml sangre y lavado con 10 ml de suero) y posteriormente infundiremos 8-9 ml de solución heparinizada. La concentración de suero heparinizado dependerá del protocolo que se utilice en el hospital o servicio, aunque en general se aconseja una concentración de suero heparinado 100U/ml. La heparinización siempre se realizará con la técnica de presión positiva, que consiste en dejar unas décimas de la solución en la jeringa a la vez que se clampa el gripper. Se utilizarán jeringas de 10ml que producirá menor fatiga del material del catéter.

Acción de Enfermería ante posibles problemas

En la siguiente tabla se resumen las complicaciones más frecuentes que podemos encontrarnos, como solucionarlas y como prevenirlas:

COMPLICACIONES POTENCIALES	SIGNOS Y SÍNTOMAS	POSIBLE ETIOLOGÍA	ACTUACIÓN REQUERIDA
Obstrucción	Dificultad o imposibilidad para extraer y/o infundir	La punta del catéter está contra la pared del vaso	Aplicar maniobra de Valsalva. Cambiar de posición al paciente.
		Precipitación de fármacos	Si es por sustancias lipídicas infundir una pequeña dosis de alcohol etílico al 70%. Si es por sustancias ácidas, infundir bicarbonato sódico en dosis baja. Prevenir lavando siempre el sistema con SSF y tener en cuenta la compatibilidad de las sustancias a infundir.
		Aguja corta	Nueva punción con aguja de longitud adecuada.
		Oclusión por coágulo/fibrina	Irrigar con SSF y aspirar sin forzar. Considerar el uso de Urokinasa bajo prescripción médica. Prevenir utilizando bombas de infusión en lugar de sistemas por gravedad. Lavar el sistema con SSF entre distintas sustancias. Protocolos de heparinización y cambio de aguja.
Infección (del portal, túnel o catéter)	- Eritema, dolor y/o induración - Exudado - Fiebre, escalofríos	Falta de asepsia en la implantación y/o manipulación del reservorio	Avisar al médico. Cultivo del exudado. Hemocultivo. Prevenir usando técnicas asépticas en toda manipulación del reservorio. Cambio de aguja c/7 días y de sistemas, tapones y llaves c/72h.

COMPLICACIONES POTENCIALES	SIGNOS Y SÍNTOMAS	POSIBLE ETIOLOGÍA	ACTUACIÓN REQUERIDA
Extravasación	- Eritema y/o edema - Ulceración del tejido subcutáneo	- Punción inadecuada con aguja fuera de la cámara e infusión de líquido. - Salida de la aguja de la cámara e infusión. - Membrana dañada.	- Interrumpir la perfusión. - Revisar la correcta colocación de la aguja. - Avisar al médico. Prevenir aspirando sangre cada vez que se puncione.
Embolismo aéreo	- Insuficiencia respiratoria. - Taquicardia. - Alteración del estado mental.	Entrada de aire en el reservorio por desconexión accidental del sistema o al desconectar el sistema sin clampar.	- Clampar la alargadera de la aguja. - Colocar al paciente sobre el lado izquierdo con los pies elevados. - Avisar al médico. Prevenir con mantenimiento adecuado de la permeabilidad del rivs, no utilizar jeringas de volumen inferior a 10 ml ni tratar de solucionar una obstrucción ejerciendo una alta presión con el émbolo de la jeringa.

Diagnósticos de enfermería

En los pacientes portadores de RIVS básicamente nos podremos encontrar ante los siguientes DxE:

- Ansiedad, relacionada con el estrés y/o por amenaza de cambio
- Conocimientos deficientes, relacionada básicamente con falta de exposición o mala interpretación.
- Riesgo de infección, relacionada básicamente con los procedimientos invasivos o insuficiencia de conocimientos.
- Trastorno de la imagen corporal, relacionada con la cirugía y el tratamiento.

Básicamente estos DxE se pueden resolver con intervenciones encaminadas a la enseñanza, escucha activa, potenciación de la autoestima e imagen y aumentado el afrontamiento.

CONCLUSIONES

La cateterización venosa central mediante catéter percutáneo consiste en un procedimiento útil clínicamente,

de fácil aprendizaje y bajo riesgo, ya que presenta escasas complicaciones y la mayoría son leves e irreversibles.

Por lo general los beneficios son superiores a los riesgos y aumenta el bienestar del portador que evita múltiples punciones en busca de un acceso venoso, y por tanto dolor, ansiedad y sufrimiento.

Es de vital importancia que el personal de enfermería conozca el funcionamiento de los distintos sistemas de acceso venoso permanente, las pautas de cuidados y mantenimiento y las complicaciones que se pueden producir y cómo resolverlas para el adecuado funcionamiento de estos dispositivos.

Para cualquier enfermo crónico, y en especial los niños, la diversidad de criterios del personal sanitario es fuente de angustia y desorientación. Este artículo trata de dar unas pautas sencillas que ayuden al personal de enfermería a unificar criterios y establecer pautas de actuación en el cuidado de los pacientes que tienen implantado un catéter de este tipo. Entre ellas, cabe destacar que toda manipulación del catéter se realice en condiciones de asepsia absoluta y que la vigilancia sea constante y rigurosa con el fin de evitar las complicaciones asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Estapé J., Doménech M. – Enfermería y Cáncer. Barcelona, Ediciones Doyma. 1992.
2. Carrero Caballero M.C. – Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. Madrid. DAE. 2002.
3. NANDA Diagnósticos Enfermeros. Elsevier. 2006.
4. Johnson, Bulechek, Dochterman, Maas, Moorhead. – Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Madrid. Mosby. 2005.
5. Galván J.A. – Manual de urgencias para enfermería pediátrica. Madrid. MAD. 2000.
6. <http://www.eccpn.aibarra.org>
7. <http://www.radiologyinfo.org>
8. <http://www.fehad.org>
9. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/recomendaciones/accesosvenosos.html>

LA ENFERMERÍA ANTE LA ISQUEMIA EN LOS QUIRÓFANOS DE TRAUMATOLOGÍA

- Teresa Clavijo Fernández Palacios.
- Olga Hurtado Morales.
- Margarita Jiménez Álvarez.

D.E. del Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (COT) del hospital de Valme de Sevilla.

Resumen

La isquemia quirúrgica es una técnica muy habitual en quirófano, sobre todo en lo que a traumatología y ortopedia se refiere, y no por ello deja de ser lesiva para el paciente si no se conocen posibles complicaciones derivadas de una incorrecta aplicación de la misma o un inadecuado uso y manejo de los instrumentos destinados para tal fin.

Es preciso tener en cuenta que la isquemia quirúrgica es un procedimiento que provocamos a conciencia con la finalidad de proporcionar un campo quirúrgico despejado y libre para que el cirujano pueda intervenir con las mínimas dificultades posibles, pero que cuenta con un tiempo limitado.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Técnica de isquemia quirúrgica
- ✓ Útiles de isquemia quirúrgica
- ✓ Complicaciones de la isquemia quirúrgica
- ✓ Campo quirúrgico despejado y libre
- ✓ Tiempo limitado

INTRODUCCIÓN

La isquemia quirúrgica es un procedimiento no fisiológico que consiste en interrumpir temporalmente el flujo sanguíneo durante los procedimientos quirúrgicos en las extremidades superiores e inferiores. Proporciona, por compresión de los vasos sanguíneos, un campo quirúrgico exangüe, permitiendo conservar la sangre y el balance hídrico del paciente. Un campo exangüe facilita la identificación de estructuras vitales, produce menor traumatismo a los tejidos y disminuye el tiempo quirúrgico.

Este trabajo se ha desarrollado en uno de los dos quirófanos de traumatología, que junto a otro de urología completan la primera de las dos plantas del área quirúrgica principales del hospital de Valme.

Se planteó para unificar criterios en el manejo de la técnica, dado que es una labor habitual para todo el personal de COT.

OBSERVACIONES

Venda de Esmarch

Es un vendaje elástico, para el cual se usa una venda de látex de 7,5 cm. de ancho, que se utiliza para comprimir los vasos superficiales a fin de forzar a la sangre a que salga de una extremidad (Figura 1).

Rodillo neumático

Actualmente se usa como alternativa a la venda de Esmarch para exprimir la sangre del miembro, antes de subir la isquemia (Figura 2).

Torniquete neumático

Similar a un manguito de tensión arterial. Consiste en una vejiga de goma protegida por una capa de plástico, dentro de una cubierta de tela con un cierre de ganchos y una tira adhesiva. Debe ser del tamaño adecuado, la longitud adecuada debe permitir superponerse al menos 7,5 cm. pero no más de 15 cm (Figura 3 y 4).

Regulador de presión

Para mantener la presión correcta (Figura nº 5), que es la cantidad mínima requerida para producir un campo exangüe, de manera uniforme, y se compone de:

Manómetro análogo con rango de presión de 0-600 mm de mercurio.

Regulador de presión.

(Torniquete 2800 ELC).

Tubos espiralicos de diferente color.

Sistema de seguridad manual, que permite su uso en cualquier lugar, sin necesidad de energía.

Válvula de salida, que permite controlar el desinflado progresivo, y a su vez las hemorragias postquirúrgicas.

Sistema de alarma que avisa en caso de fuga o desconexión.

Reloj con cronómetro con cuenta regresiva y alarma.

Cesta para depositar accesorios.

Pie movable para facilitar su transporte.

Bombona de gas comprimido

Puede ser aire comprimido o nitrógeno si se usa una toma central.

Sistema de tubos

Para interconectar la bombona con el regulador de presión.

Venda de algodón o compresas

Para proteger la piel de debajo del torniquete (Figura nº 6).



Figura nº 5. Torniquete 2800 ELC. Aparato de isquemia.



Figura nº 1. Miembro superior elevado, colocándole la venda de Esmarch para exanguinar la extremidad.



Figura nº 2. Procediendo a exanguinar la extremidad inferior con la ayuda de un rodillo neumático.

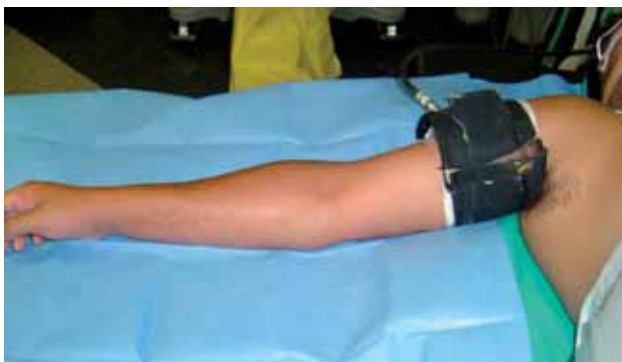


Figura nº 3. Miembro superior con el torniquete colocado y conectado al sistema de tubos.



Figura nº 4. Miembro inferior con el torniquete colocado y conectado al sistema de tubos.



Figura nº 6. Material Necesario para la Preparación del miembro a Isquemiar.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

- Es una técnica que aunque tiene una parte que realiza la enfermera circulante se considera estéril.
- Se debe de colocar el torniquete antes de la preparación antiséptica de la piel.
- Se aplica una capa de venda de algodón en la extremidad para proteger la piel. No debe tener arrugas ni pliegues.
- Encima se coloca el manguito del torniquete, en el punto de máxima circunferencia de la extremidad. El manguito será el adecuado en anchura y longitud. Se evitarán las estructuras neurovasculares vulnerables.
- Se conectará el manguito al sistema de tubos y éste al regulador de presión y a la bombona de gas/aire.
- Se lavará la extremidad como sea costumbre en su lugar de trabajo, secará y protegerá la piel con un paño estéril.
- Se procede a exanguinar la extremidad, antes de insuflar el manguito. Se eleva el miembro y comenzando por la parte distal se envuelve con un vendaje de Esmarch muy apretado, superponiéndolo en espiral hasta el nivel del manguito. En miembros inferiores actualmente se usa el rodillo neumático por su comodidad.
- Se insufla el manguito rápidamente para ocluir las arterias y las venas simultáneamente con la presión mínima determinada que habrá calculado el cirujano.
- A continuación se retira la venda de Esmarch o rodillo neumático y se procede a la aplicación del antiséptico, ya se puede empezar a vestir el campo operatorio y comenzar la intervención.

RESULTADOS

Un porcentaje considerable de las intervenciones que diariamente se realizan en los quirófanos de traumatología requieren de esta técnica. A continuación se muestran en los gráficos (1, 2 y 3) en los cuales vemos la proporción en un mes de actividad quirúrgica normal como es por ejemplo el mes de marzo, y las intervenciones que se programaron en el parte quirúrgico del mismo y que estaban sujetas a la aplicación de isquemia.

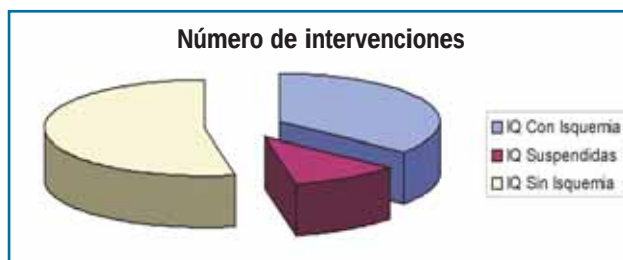


Gráfico 1.

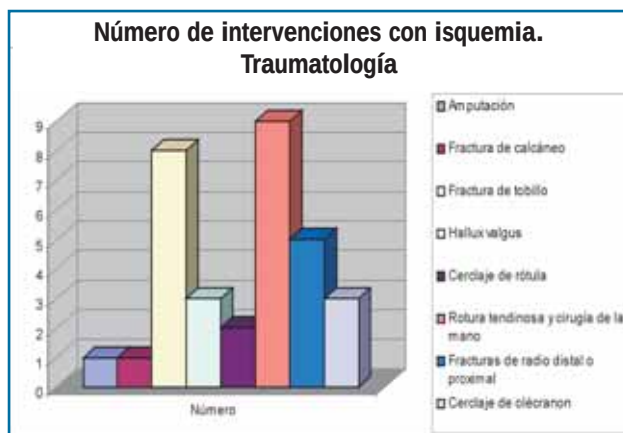


Gráfico 2.

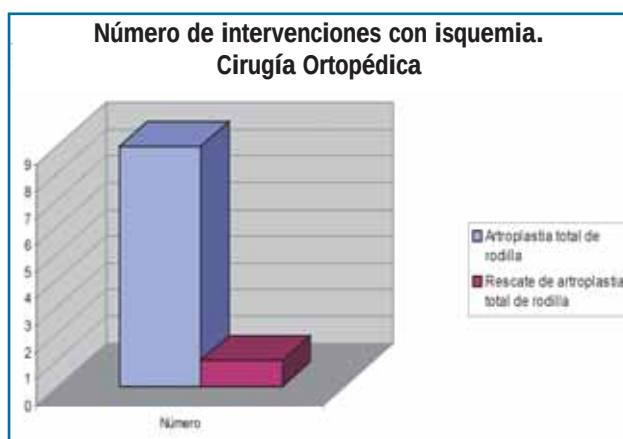


Gráfico 3.

PROCEDIMIENTO Y REGISTRO

La enfermera circulante es la encargada de supervisar la preparación de los elementos que se utilizarán durante el procedimiento, y además deberá controlar y apuntar en la hoja de circulante:

- Lugar de colocación.
- La presión del manguito.
 - Miembro superior: 30-50 mmHg. de la tensión arterial sistólica.
 - Miembro inferior: 50-70 mmHg. de la tensión arterial sistólica.
- Hora de comienzo y de retirada. Se llama tiempo de isquemia, al tiempo que transcurre desde que se insufla hasta que se desinfla, es decir, el tiempo que la extremidad permanece exangüe. El tiempo de isque-

mia es un factor crítico para la seguridad del paciente. Un torniquete es peligroso de aplicar, mantener y retirar. Como regla general habría que tener en cuenta que no hay tiempo máximo de torniquete seguro: el tiempo más seguro es el más corto. Como regla general en miembros superiores una hora y en miembros inferiores una hora y media.

- Registrará el número de veces que se ha inflado y desinflado el manguito periódicamente a juicio del cirujano si la intervención se alarga sobre el tiempo de isquemia establecido inicialmente.
- Deberá documentar el estado de la piel, integridad y coloración, avisando al cirujano de cualquier anomalía antes durante y después del proceso.
- Concluida la cirugía se procederá a soltar la isquemia según indicación médica.

PRECAUCIONES

– Previas a la técnica

- Inspeccionar y probar el equipo neumático del torniquete antes de cada uso: comprobar que el manguito se hincha y no tiene fugas, y que los conectores y los tubos están limpios y a punto para su uso. Además asegurarse de que el manguito y los tubos están intactos, y que los conectores se unen firmemente a la fuente de presión del torniquete.
- Durante la preparación antiséptica de la piel, se debe evitar la humedad. Mantener seco el relleno y el manguito, pues podría producir quemaduras o maceración de la piel.
- En un paciente inmunodeprimido, sería deseable utilizar un manguito estéril.

– Durante la técnica

- El tiempo de permanencia de la isquemia debe mantenerse el mínimo posible.
- Controlar los parámetros de seguridad durante la aplicación del torniquete.
- Vigilar el calibrador de presión para detectar variaciones de presión dentro de la vejiga del manguito.
- Controlar la duración del inflado. Informar al cirujano cuando el manguito haya estado inflado durante una hora, y de ahí en adelante cada 15 minutos.
- Registrar en la hoja de circulante cualquier incidente que pueda ocurrir durante el tiempo de isquemia.

– Después de la técnica

- Limpiar e inspeccionar el torniquete después de cada paciente.
- Lavar el manguito siguiendo las instrucciones del fabricante. Evitar que el agua penetre en el interior durante el lavado para evitar dañar su mecanismo.
- Limpiar las tuberías y conectores con un desinfectante.
- Comprobar que el manguito, tuberías, conectores y el manómetro quedan en buen estado para su próximo uso.
- Limpiar la venda de Esmarch y prepararla para su posterior esterilización.

PRECAUCIONES GENERALES

Por los usos descritos anteriormente una mala praxis de la técnica puede derivar en posibles complicaciones como daño por presión de insuflación del manguito en piel, musculatura, tejido nervioso y árbol vascular, que pueden comprometer la integridad del paciente. La excesiva presión sobre los nervios puede ocasionar parálisis. La isquemia prolongada puede ocasionar gangrena y pérdida de la extremidad.

Un torniquete nunca debe aplicarse cuando la circulación en la zona distal de una extremidad está comprometida o cuando exista una fístula arteriovenosa de acceso para diálisis. Así mismo tampoco debe colocarse si existe infección o cualquier tipo de tumor.

Tener en cuenta que los niños y adultos delgados requieren menor presión, así mismo las extremidades obesas y musculosas requieren más.

Si se usan antibióticos profilácticos, recordar que se deben administrar antes de hincar el torniquete.

Si no se ha hecho una correcta adecuación de la volemia en el momento de la retirada del torniquete, puede aparecer hipotensión. No retirar simultáneamente dos torniquetes de las extremidades inferiores para dar tiempo a adaptarse el organismo, dejando pasar tres o cuatro minutos entre la retirada de uno y otro.

Precaución en el anciano, por lo que supone el torniquete de incremento simultáneo de la volemia y de las resistencias periféricas, que en algunos pacientes podría precipitar una insuficiencia cardíaca.

Los cambios metabólicos tras una isquemia de hora y media pueden ser irreparables, y de acuerdo a la literatura revisada, este es un procedimiento de responsabilidad médica en relación a ubicación, presión y duración del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Berry Y Kohn. Técnicas de quirófano, Recomendad Practices for "Use of the Pneumatic Tourniquet" 1998.
2. Medens.com/noticias/octubre/torniquete 2001.
3. Manén, F. "Influencia de la presión del torniquete de isquemia sobre la intensidad del dolor postoperatorio": Rev. Esp. Anestiol. 2002; 49:131-135.
4. Fuller, J. traducción de Editorial Médica Panamericana. Instrumentación Quirúrgica "Principios y práctica", 3ª edición; Panamericana; México 2002.
5. Kurzeil P. R. y Cauley L.C. "Ambiente en quirófano, el torniquete arterial" Aorn Journal. 2002. Vol. 75, nº 2.

RECUPERACIÓN FUNCIONAL TRAS PRÓTESIS TOTAL DE RODILLA

- Olga López Sánchez*
- Sara Aparicio Rodríguez*
- Manuel Jesús Caballero Guerrero*

*D.E. Hospital Nuestra Señora de la Merced (Osuna, Sevilla).

Resumen

La artrosis de rodilla es una de las patologías más comunes provocando incapacidad funcional y dolor. En muchos de los casos es necesario la intervención quirúrgica para el alivio del dolor y restablecimiento de la función articular, mediante la sustitución de la articulación.

En este trabajo vamos a mostrar los aspectos más importantes y las posibles complicaciones en la intervención de rodilla, es decir, en la colocación de la PTR (prótesis total de rodilla), donde desde el ingreso del paciente hasta el posterior alta es necesario hacer una valoración integral del paciente para llevar a cabo los planes de cuidado de enfermería.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Prótesis de Rodilla
- ✓ Articulación
- ✓ Artritis
- ✓ Protocolo
- ✓ Cuidados de enfermería

INTRODUCCIÓN

La artrosis de rodilla es una de las patologías mas comunes en los mayores de 55 años, aproximadamente el 2% de ellos sufren incapacidad funcional y dolor articular. Por ello nosotros realizamos una revisión bibliográfica de la recuperación funcional tras la intervención de colocación de una prótesis de rodilla.

Durante todo el proceso, es decir, desde el ingreso del paciente hasta el alta, hacemos una valoración integral del paciente y llevamos a cabo planes de cuidados de enfermería para mejorar su bienestar y facilitar su rápida y adecuada recuperación funcional.

En ocasiones, los efectos de artroplastias o deformidades precisan intervención quirúrgica para el alivio del dolor y mejoría de la estabilidad y la función. El tratamiento quirúrgico consiste en mucho de los casos en la sustitución de las superficies articulares (artroplastia, colocación de prótesis o reemplazo total de una articulación). El reemplazo total de la articulación es la sustitución de ambas superficies articulares dentro de la cápsula articular.

La intervención se selecciona según el estado físico del paciente, efecto de la incapacidad articular en la vida del mismo y edad de éste. El momento de la realización de la intervención es importante para lograr la restauración funcional máxima. La cirugía debe efectuarse antes de que los músculos periarticulares estén en contracción y atrofiados, y de que surjan anomalías estructurales graves.

Los pacientes con incapacidad y dolor intenso articular

suelen ser candidatos para una artroplastia total. Entre los padecimientos que contribuyen a la degeneración articular se encuentran la artritis reumatoide, osteoartritis, traumatismos y deformidades congénitas.

La mayor parte de los reemplazos articulares consisten en componentes metálicos y de polietileno de alta densidad. Los implantes suelen fijarse en el hueso con cemento preparado con polimetil metacrilato, que tiene propiedades similares a las del tejido óseo. El aflojamiento de la prótesis debido a la falta de fusión del cemento con el hueso es la razón mas frecuente del fracaso de prótesis.

Con el reemplazo articular total se logra alivio notable del dolor entre el 85-90% de los pacientes.

DEFINICIÓN Y COLOCACIÓN DE PRÓTESIS DE RODILLA

La sustitución protésica consiste en sustituir una articulación lesionada o artrósica por una articulación artificial denominada prótesis.

Una articulación es una estructura especial del cuerpo humano donde terminan dos o mas huesos y cuyo engranaje permite el movimiento (Figura 1). La parte final del hueso de una articulación se halla cubierta de un material liso y reluciente, el cartílago, que amortigua las fuerzas que actúan sobre el hueso subyacente y permite el movimiento. La articulación está incluida en una cápsula recubierta por tejido liso llamado sinovial. La sinovial reduce la fricción y el desgaste.



Figura 1.

Una vez realizado el preoperatorio (será visto en posterioridad), se procede a la colocación de la prótesis de rodilla.

Con el paciente bajo anestesia, el cirujano sustituye la articulación y coloca la prótesis. En la rodilla, los extremos óseos del fémur y de la tibia se sustituyen por componentes protésicos que articulan entre sí y con la rótula que en ocasiones también es sustituida (Figura 2).

Una prótesis para reemplazar la articulación de la rodilla está compuesta de una parte redondeada en la forma de una U, la cual encaja en la parte terminal del fémur o parte superior de la articulación. Una pieza plana, metálica como la parte superior, es colocada en la parte inferior de la rodilla, esta pieza tiene un tronco que encaja en el hueso. Una pieza especialmente hecha de polietileno es implantada entre ambas piezas metálicas de la nueva articulación de la rodilla. Esta pieza previene que las partes metálicas se pongan en contacto directo y representa la porción media del sistema. En la mayoría de los casos la patela también es reemplazada con una pieza de polietileno (Figura 3 y 4).

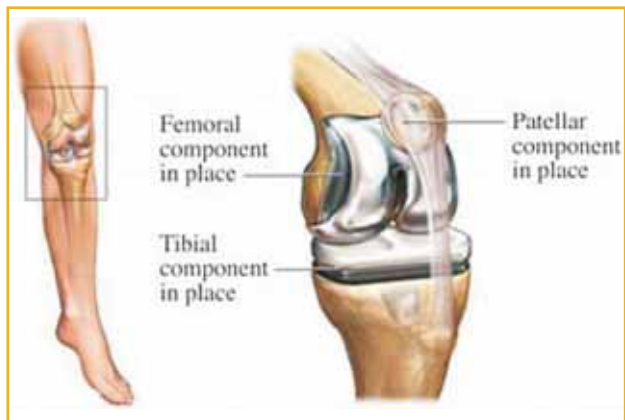


Figura 2.



Figura 3.



Figura 4.

RIESGOS DE LA PRÓTESIS DE RODILLA

Los riesgos son los propios de cualquier procedimiento quirúrgico de dicha índole. Entre las complicaciones más notables encontramos:

- Infección. Es la complicación más común. Puede aparecer al inicio del postoperatorio e incluso en un periodo de tiempo más prolongado (años tras la operación). Suele aparecer en la zona de la herida o incisión, o en planos más profundos alrededor de la prótesis (Figura 5).
- Luxación de rótula.
- Desgaste.
- Rotura.
- Lesiones nerviosas. Con el tiempo suelen recuperarse las fibras nerviosas.

La mayoría de las personas de edad pueden esperar que la prótesis no deba ser cambiada durante el resto de su vida, pero en personas jóvenes y activas es probable que se precise el cambio protésico. Para lo cual se extrae a través de una incisión en la parte anterior de la rodilla. La parte inferior del fémur se sustituye por un componente metálico, y la parte superior de la tibia por un componente de plástico y metal. Los riesgos más importantes serían los siguientes:



Figura 5.

- Trombosis venosa profunda y embolia pulmonar.
- Complicaciones cardíacas.
- Infección de la herida.
- Lesión vascular y nerviosa.
- Fractura de tibia y fémur.

Necesitan prótesis el 2% de la población mayor de 55 años.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE PTR

• Prótesis total de rodilla

El protocolo utilizado en el Hospital Nuestra Señora de la Merced de Osuna sobre pacientes que van a ser intervenidos de artroplastia total de rodilla sería el siguiente:

• Preoperatorio

1. Comprobar al ingreso pruebas preoperatorios, Rx y se cursan pruebas cruzadas.
2. Administrar HBPM (heparina de bajo peso molecular) al menos 12 horas antes de la intervención.
3. Profilaxis antibiótica: Cefazolina 2 gr. IV o Ciprofloxacino 200 mg. IV (si alergia a penicilina), 1 hora antes de la intervención.

• Postoperatorio

1. Sueroterapia PMV (para mantener vía) y tolerancia a líquidos a partir de las 6 horas de la intervención.
2. Cefazolina 1gr IV c/8h. durante 48 horas, o Ciprofloxacino 200 mg IV c/12h. durante 48 horas si alérgicos a penicilinas.
3. HBPM sc c/24 horas.
4. Omeprazol VO (vía oral) c/24 horas.
5. Metamizol alternando con Ketorolaco IV c/6h. Meperidina 1/2 ampolla sc si dolor intenso.
6. Cambiar recuperador de sangre por redon.
7. Cursar Rx y analítica postoperatoria a las 24 horas.
8. Retirar redon y sonda uretral a las 48 horas de la intervención.
9. Retirar sueroterapia y pasar a analgesia VO si el control analítico lo permite.
10. Sedestación, deambulación y ejercicios de flexo-extensión de forma progresiva a partir de las 48 horas.

PLAN DE CUIDADOS Y RECOMENDACIONES AL ALTA

Entre los principales diagnósticos enfermeros propuestos podemos destacar algunos de ellos ya que son los atizados en mayor frecuencia. De este modo y basándonos en la NANDA, NOC, NIC, citaríamos los siguientes:

- **00085 Deterioro de la movilidad física R/C (Malestar, dolor miedo a la iniciativa del movimiento, falta de conocimientos, deterioro músculo-esquelético, disminución de la fuerza) M/P (Limitación de la amplitud de movimientos, dificultad para realizar las actividades de autocuidado, dificultades para la s AVD).**

A. Objetivos:

- 1811 Conocimientos.
- 0208 Nivel de movilidad.
- 2101 Dolor y manejo.

B. Intervenciones:

- 1801-1804 Ayuda en los autocuidados (aseo, alimentación, baño e higiene).
- 5612 Enseñanza actividad/ejercicio prescrito.
- 1400 Manejo del dolor.
- 1850 Fomentar el sueño.
- 0221 Terapia de ejercicios: deambulación.

- **00146 Ansiedad R/C (cambio en el entorno, en el estado de salud) M/P preocupación, nerviosismo, dificultad para conciliar el sueño).**

A. Objetivos:

- 1402 Control de la ansiedad.

B. Intervenciones:

- 5820 Disminución de la ansiedad.
- 1850 Fomentar el sueño.

- **00155 Riesgo de caídas R/C (Uso de dispositivos de ayuda y prótesis en las extremidades inferiores).**

A. Objetivos:

- 1909 Conducta de seguridad :Prevención de caídas.

B. Intervenciones:

- 6490 Prevención de caídas.

- **00004 Riesgo de infección R/C (Procedimiento invasivo).**

A. Objetivos:

- 1902 Control del riesgo.
- 0703 Estado infeccioso.

B. Intervenciones:

- 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.
- 6550 Vigilancia.
- 3440 Cuidados del sitio de incisión.

- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C (inmovilidad, cambio en la elasticidad de la piel, factores mecánicos).**

A. Objetivos:

- 1902 Control del riesgo.
- 1101 Integridad tisular: Pile y membranas mucosas.

B. Intervenciones:

- 3540 Prevención de úlceras por presión.

La estancia media de un paciente intervenido de prótesis de rodilla en el hospital sería, dependiendo de la evolución postoperatoria, de aproximadamente 1 semana. Durante su estancia en el hospital le visitará un médico rehabilitador que le prescribirá un programa de ejercicios supervisados; se le darán instrucciones para meterse y salir de la cama y para el uso de aparatos de apoyo externos. Después de la intervención el médico rehabilitador comprobará que está realizando los ejercicios de un modo adecuado.

Al salir del hospital se le darán una serie de recomendaciones que resumimos del siguiente modo:

- **Sentarse**

La silla o el sillón:

La silla o sillón deberá tener reposabrazos. Debe ser al menos de unos 55 cm de alto. Si es usted muy alto el asiento debe ser mas todavía, o más bajo si usted es muy bajo. Si no tiene un sillón de la altura adecuada puede soli-

citar uno prestado. Algunas sillas se pueden elevar mediante dispositivos de adaptación que se encuentran en las ortopedias.

Como sentarse:

Camine hacia la silla, gírese muy despacio. Cuando sienta que la parte posterior de las piernas toca con el cojín o la silla, extienda hacia delante la pierna operada y coloque sus manos en los reposabrazos; dejando caer el peso del cuerpo sobre los brazos y la pierna no operada siéntese lentamente sobre la silla.

Como levantarse:

Con la pierna intervenida estirada y llevando el peso del cuerpo sobre la pierna no operada, levántese con la ayuda de los brazos. Recupere el equilibrio y recoja entonces sus bastones de marcha.

• **Dormir**

La cama:

Debe ser al menos de 55 cm de altura, medida desde la parte superior del colchón al suelo. Debe colocarlo de forma que pueda sentarse sobre él, levantando inicialmente la pierna no intervenida y después la operada.

Cómo acostarse y levantarse de la cama:

Para meterse en la cama, introduzca primero la pierna no intervenida. Siéntese en la cama y ascienda en ella lo suficiente como para permitir un apoyo completo de la pierna operada antes de girarse hacia la cama. Deber permanecer boca arriba, y no acostarse de lado durante las primeras 6 semanas de la intervención.

• **Sexo**

Puede reiniciarlo tan pronto como se sienta seguro, pero al principio necesitará permanecer boca arriba y evitar girarse. Si tiene dudas, consulte con su especialista o médico general.

• **Higiene**

Baño:

Espere al menos 6 semanas, o hasta que se lo indique su especialista, antes de intentar meterse en la bañera.

Aseo:

Necesitará elevar el asiento del aseo durante las primeras semanas de la vuelta a casa. Puede adquirir un supletorio para el aseo en cualquier ortopedia.

Sentarse y levantarse del aseo:

Si su aseo con supletorio tiene reposabrazos, puede sentarse y levantarse siguiendo las mismas instrucciones que para sentarse en su sillón. Si no tiene reposabrazos en el aseo, deberá llevar consigo sus bastones para sentarse y levantarse. Deje uno de los bastones cerca del brazo del lado no operado, y mantenga el otro en la mano del otro lado, el operado. Sujetando este bastón, con la pierna operada estirada delante de usted, coloque su mano libre del lado no operado detrás de usted sobre el asiento.

• **Vestirse**

La ropa:

Su ropa debe estar al alcance sin necesidad de que tenga que inclinarse, de modo que dispóngala adecuadamente antes de la intervención, colocando aquella que use mas frecuentemente a la altura de la cadera o más alto. Prepare unos zapatos cómodos sin tacón para su vuelta a casa.

CONCLUSIONES

Actualmente con el avance y perfeccionamiento de las técnicas quirúrgicas y las terapias antibióticas, la sustitución protésica de rodilla es el mejor tratamiento para los estadios avanzados de la artrosis de rodilla, aunque existe un cierto recelo para realizar esta intervención en pacientes con menos de 60 años, ya que los resultados a mas de 10-15 años son todavía inciertos y algunos pacientes se quejan de dolor y pérdida de la función de la rodilla.

Es de gran importancia la elaboración de un plan de cuidados estandarizado por parte de enfermería, y mas aún llevarlo acabo, ya que así se garantizan una cuidado asistencial integral y de calidad, lo cual facilitará en gran medida la pronta recuperación y la autonomía del paciente tras la intervención.

BIBLIOGRAFÍA

1. Smeltzer S.C y Bare B.G. Enfermería medicoquirúrgica de Brunner y Suddarth. Octava edición. McGraw-Hill Interamericana. 1998.
2. Frank H. Netter, M.D. Atlas de anatomía humana. Editorial Masson. 2003.
3. www.geosalud.com/ortopedia/protesisrodilla.htm
4. Martín Santos J.M. Artrosis: Guía práctica clínica. Medicina 2005.
5. Protocolo de actuación al paciente intervenido de PTR de la unidad de traumatología del hospital de Nuestra Señora de la Merced.
6. Trillat A., Dejour H., Bousquet G. y Grammont P. Rotational knee prosthesis. Concept, mechanical creation, results and indications (the first 50 clinical cases). Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot. 1973 Sep.
7. Putz R., y Pabst R. Atlas de Anatomía Humana Sobotta, tomo 2. Ed. Médica Panamericana 21ª edición 2000.
8. Callaghan / Rodríguez-Merchán. Monografías AAOS-SECOT nº 1/2006: Artroplasia total de rodilla. Médica Panamericana. 1ª edición 2006.

TALLER DOCENTE DE ESPIROMETRÍA PARA ENFERMERÍA

- M^a Carmen Florencio Bellido. (1)
- M^a Carmen Naranjo Montero. (1)
- Inmaculada Alfageme Michavila (2)

(1) Diplomadas en enfermería del laboratorio de pruebas funcionales respiratorias de la Unidad de Gestión Clínica Neumológica del Hospital Universitario de Valme. Sevilla

(2) F.E.A. del Laboratorio de pruebas funcionales respiratorias y endoscopia respiratoria. Unidad de Gestión Clínica Neumológica del Hospital Universitario de Valme, Sevilla

Resumen

Este taller esta dirigido al personal de enfermería, porque es indudable que la realización de la espirometría, una prueba poco cruenta, de fácil realización y con un bajo coste económico para el sistema sanitario, se esta acercando de manera progresiva a la atención primaria. Aporta al medico gran cantidad de datos fundamentales para la detección en un estadio precoz de una de las enfermedades de mas importancia como es la EPOC, pudiendo intervenir de una manera mas efectiva, en la evolución de la enfermedad, con lo que todo esto conlleva de mejora en la salud del paciente y su calidad de vida. Así como también nos permite poner énfasis en la educación sanitaria de la población para la deshabituación del tabaquismo, que es una de las causas fundamentales de la aparición prematura de la EPOC. Además poner de manifiesto la importancia del acercamiento de la espirometría a la atención primaria, como esta recogido en el Proceso Asistencial Integrado EPOC.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ EPOC,
- ✓ Espirometría,
- ✓ Espirómetro,
- ✓ Capacidad vital forzada,
- ✓ (FVC),
- ✓ Volumen espiratorio forzado en el primer segundo,
- ✓ (FEV1),
- ✓ Relación entre FEV1/FVC.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituía, en 1995, en nuestra Comunidad Autónoma, la tercera causa de muerte en la población mayor de 65 años y la sexta causa en el grupo de edad comprendido entre los 15 y 64 años. La tasa de mortalidad en este mismo año se cifró en 7,8 casos por 100.000 habitantes. A nivel nacional, la EPOC es la séptima causa de muerte en mujeres (2,7%) y la quinta en varones (5,9%). La EPOC se puede considerar como una enfermedad grave, al producir incapacidad, alterar la calidad de vida y ser causa de un elevado coste sanitario.

Es sobradamente conocida la estrecha relación que guarda en la mayoría de los enfermos, con el consumo de tabaco. La prevención primaria dirigida en este sentido es fundamental así como el diagnóstico precoz en la evolución de la enfermedad.

El diagnóstico de la EPOC puede sospecharse por la clínica del paciente pero debe siempre de confirmarse con una sencilla prueba funcional respiratoria que es la ESPIROMETRÍA.

Para ello se crea en Andalucía el Proceso Asistencial Integrado EPOC, que acerca la realización de la espirometría a la atención primaria.

El objetivo del presente trabajo es actualizar y difundir al mayor número de enfermeros/as los conocimientos básicos para la realización de la espirometría.

El taller se ha realizado en el Hospital Universitario de Valme y en el Centro de Salud San Hilario de Dos Hermanas. El desarrollo del taller tuvo una duración de aproximadamente 1 hora. El material empleado fue un ordenador portátil y pantalla para la proyección de la exposición del taller, por parte de las dos enfermeras que trabajamos en el laboratorio de pruebas funcionales respiratorias de la Unidad de Gestión Clínica Neumológica del Hospital Universitario de Valme.

DESARROLLO DEL TALLER:

Durante el taller se explicó la metodología básica para realizar una espirometría y que incluyó:

Consideraciones generales acerca de la equipación necesaria: (sala de espirometría, registro de datos, indicaciones, contraindicaciones y complicaciones, cualificación del personal).

Tipos de aparatos.

Control de calidad y mantenimiento.

Técnica o procedimiento.

Variables medidas.

Principales patrones espirográficos.

1. CONSIDERACIONES GENERALES

La sala donde se realice la espirometría debe tener una superficie al menos de 2x3 metros, que permita disponer del equipo mínimo:

- Espirómetro (neumotacómetro).
- Tallímetro y Báscula.
- Estación meteorológica (o bien termómetro para la temperatura ambiente y barómetro de mercurio)
- Ordenador.
- Sillas y mesa.
- Muebles auxiliares.

Registro de datos

La información de cada paciente debe recogerse en una ficha independiente, donde constará la identificación del paciente (por número de Historia clínica, DNI, etc.), sus valores antropométricos: talla, peso, edad y sexo; y la fecha y hora en que se realiza la exploración (figura 1) En pacientes que presenten importante deformidad de la columna vertebral o impedimento a la medición de la talla, se utilizará la medida de la envergadura como alternativa a la altura.

Deben de recogerse los datos de la espirometría en valores absolutos y en porcentaje del teórico correspondiente.

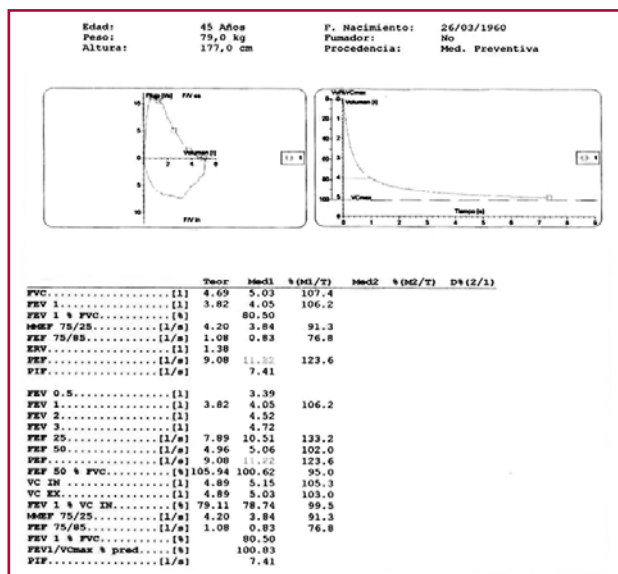


Figura 1. Registro de la espirometría de un sujeto.

Indicaciones, contraindicaciones y complicaciones.

Las principales indicaciones de la espirometría se recogen en la Tabla 1 y pueden resumirse en diagnósticas, de seguimiento, para evaluar discapacidades y realizar estudios epidemiológicos. Aunque es una prueba sencilla existen algunas contraindicaciones, que se recogen en la Tabla 2.

Indicaciones de la espirometría

a) Para el diagnóstico:

1. Evaluar signos y síntomas.
 - Síntomas: disnea, "pitos", ortopnea, tos, dolor torácico...
 - Signos: disminución de ruidos respiratorios, hiperinsuflación, espiración prolongada, cianosis, deformidad torácica, crepitantes...
2. Medir el impacto de la enfermedad en la función pulmonar.
3. Cribado de pacientes con riesgo de padecer enfermedades respiratorias:
 - fumadores.
 - exposición laboral a sustancias nocivas.
 - algunos exámenes médicos de rutina.
4. Valorar el riesgo preoperatorio.
5. Valorar el pronóstico (trasplante pulmonar, etc.).
6. Valorar el estado de salud de las personas incluidas en programas de actividad física importante (deportistas, etc.).

b) Para el seguimiento:

1. Valorar intervenciones terapéuticas:
 - terapia broncodilatadora.
 - tratamiento esteroideo en el asma, enfermedades intersticiales...
2. Describir el curso de enfermedades que afectan a la función pulmonar:
 - enfermedades pulmonares obstructivas.
 - enfermedades pulmonares restrictivas.
 - fallo cardíaco congestivo.
 - síndrome de Guillain-Barré.
3. Seguimiento de personas expuestas a sustancias nocivas.
4. Seguimiento de reacciones adversas fármacos con toxicidad pulmonar conocida.

c) Para la evaluación de discapacidades:

Programas de rehabilitación.
Exámenes médicos para seguros.
Valoraciones legales.

d) Para estudios epidemiológicos:

Comparación del estado de salud de distintas poblaciones.

Tabla 1.

Contraindicaciones de la espirometría

1. Absolutas:
 - Neumotórax.
 - Angor inestable
 - Desprendimiento de retina.
2. Relativos:
 - Traqueotomía.
 - Problemas bucales.
 - Hemiplejía facial.
 - Náuseas por la boquilla.
 - No comprender la maniobra la maniobra (niños, ancianos, etc.).
 - Estado físico o mental deteriorado.

Tabla 2.

Las complicaciones relacionadas con la realización de una espirometría son de escasa frecuencia, no obstante puede producirse: aumento de la presión intracraneal, dolor torácico, broncoespasmo y accesos de tos, síncope y neumotórax. Cuando detectemos cualquiera de estas situaciones, además de interrumpir la maniobra, solicitaremos ayuda, tomaremos las constantes y actuaremos en consecuencia.

Cualificación del personal.

Los niveles mínimos de entrenamiento exigible al personal para la realización de espirometrías suponen un tiempo de 6 meses de trabajo supervisado. La persona debe mostrar capacidad de relación con los pacientes: paciencia, sentido del humor. Tras un año de práctica se suele alcanzar la preparación suficiente para trabajar con autonomía.

2. TIPOS DE APARATOS

Existen diversos aparatos con los que realizar una espirometría, según el mecanismo que estos utilizan para obtener las medidas. Los principales son:

Espirómetro de agua o de campana.

Actualmente en desuso. Fue el primer tipo que se utilizó en la clínica (figura 2). Su mecanismo consiste en que el aire que expulsa el sujeto mueve la campana que va sumergida en agua, y esta al moverse, mueve una polea que va con una varilla unida a una plumilla que dibuja en un papel continuo el gráfico.

Espirómetro seco.

Llamados así por contraposición a los de agua, los hay de varios tipos:

Espirómetros de fuelle, (figura 3), el circuito de aire empuja el fuelle, que transmite la variación a una varilla conectada a un registro de papel, que se mueve a una determinada velocidad por segundo (relaciona volumen / tiempo).

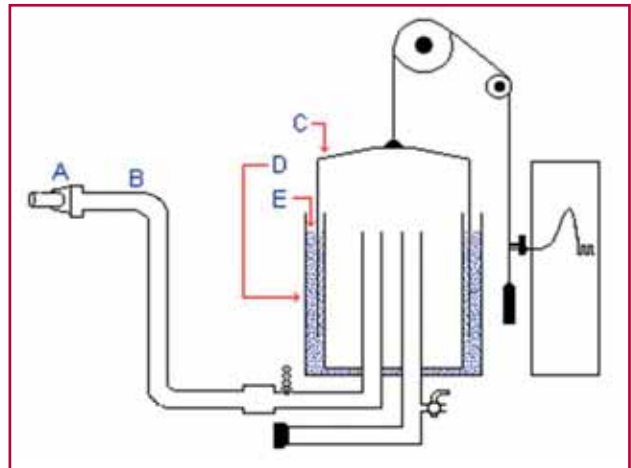


Figura 2. Espirómetro de agua. A: boquilla. B: Tubo del espirómetro. C: Campana. D: Cilindro de doble pared. E: Agua para sellar la campana.

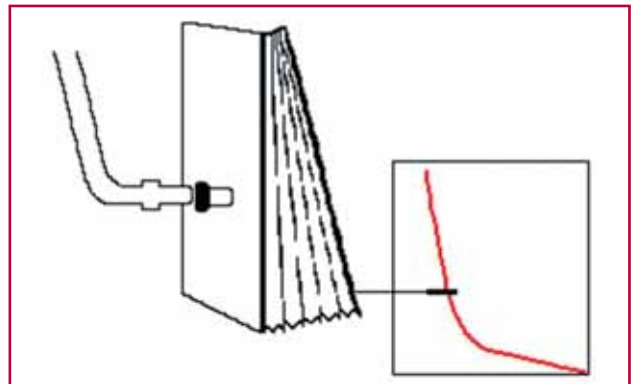


Figura 3. Espirómetro de fuelle.

Espirómetros de turbina, (figura 4), incorporan en la boquilla del aparato una pequeña hélice, cuyo movimiento es detectado por un sensor de infrarrojos. El sensor de infrarrojos detecta el movimiento de la turbina y lo transmite al microprocesador, que calcula los flujos y los volúmenes. Esta información es analizada por un microprocesador, que da como resultado una gráfica flujo-volumen. Si está conectado a un ordenador, el propio aparato nos da los resultados y los valores teóricos de cada paciente.

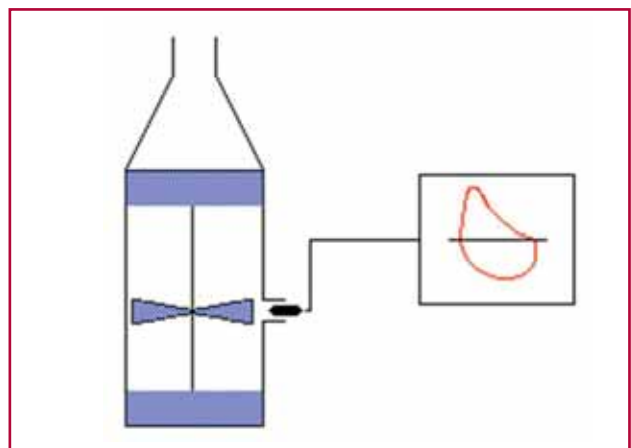


Figura 4. Espirómetro de turbina.

Neumotacómetros, (figura 5), estos aparatos incorporan en la boquilla una resistencia que detectan los cambios de presión antes y después de la misma. El flujo pasa a través de una resistencia conocida. La diferencia de presiones antes y después de la resistencia es recogida por el transductor que por la integración de flujos calcula los volúmenes. Esta diferencia es analizada con un microprocesador, que a partir de ella genera una curva flujo-volumen y/o volumen-tiempo. Al estar informatizado, tanto los valores obtenidos como los teóricos nos lo da el propio aparato, habiendo introducido previamente los datos antropométricos del paciente (por medio del teclado).

En atención primaria deben utilizarse los espirómetros secos: Turbina o Neumotacómetros.

Deben tener una pantalla en la que aparezca en tiempo real la curva que esta realizando el paciente, para poder asegurarnos que la maniobra es correcta.

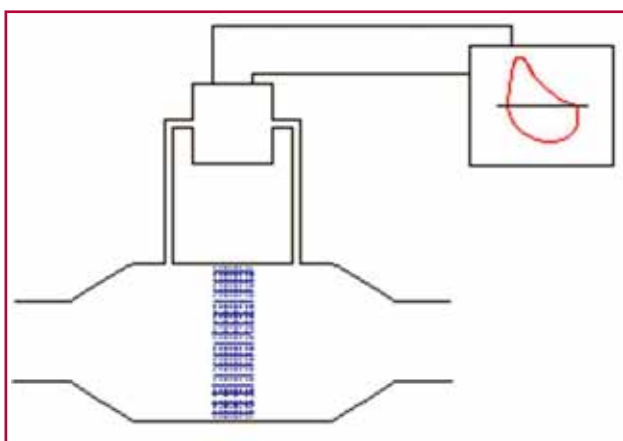


Figura 5. Neumotacómetro.

3. CONTROL DE CALIDAD Y MANTENIMIENTO

CALIBRACIONES.

Además de los procedimientos de autocalibración incorporados al aparato, para la comprobación rápida del funcionamiento de los circuitos y mecanismos básicos del espirómetro o neumotacómetro, el aparato debe poder comprobarse mediante la aplicación de señales externas al mismo.

- Jeringas de varios litros de capacidad proporcionan una señal adecuada para la calibración del volumen.
- Individuos control, personas próximas al laboratorio y cuya cooperación sea asequible, que realicen una espirometría correctamente, con facilidad y escasa variabilidad, de forma que periódicamente puedan reproducir su espirometría y compararla con los datos anteriores.

La calibración de volumen proporcionada por una jeringa y la actualización de las condiciones medioambientales (Temperatura, humedad y presión atmosférica) se realizarán diariamente.

MANTENIMIENTO Y LIMPIEZA.

Deberá dedicarse especial atención a la limpieza de las partes expuestas a la respiración del paciente. Las boquillas deben ser de utilización individual con filtro antibacteriano/antivirásico según normativa de la Comunidad Económica europea.

4. TÉCNICA O PROCEDIMIENTO

La espirometría forzada es la maniobra que registra el máximo volumen de aire que puede mover un sujeto desde una inspiración máxima hasta una exhalación completa (es decir, hasta que en los pulmones solo quede el volumen residual).

Al mismo tiempo que se registra el máximo volumen espirado, éste se relaciona con el tiempo que dura la maniobra, con los que es posible obtener medidas de flujo.

INSTRUCCIONES PREVIAS AL PACIENTE.

El paciente debe ser advertido por escrito que no se debe administrar broncodilatadores en las horas previas al estudio: Beta-2-adrenérgicos de corta duración: 6 horas antes como mínimo, Beta-2-adrenérgicos de larga duración y teofilinas o derivados: 12 horas como mínimo.

No es necesario el ayuno previo, pero tampoco deben haber realizado una comida copiosa, ni fumar, ni haber ingerido bebidas con cafeína.

Los pacientes con sospecha de TBC (tuberculosis) deben tener una baciloscopia negativa.

Explicarle siempre al paciente en que consiste la exploración con lenguaje claro y asequible

INSTRUCCIONES GENERALES.

La exploración se debe realizar en posición sentada ya que el esfuerzo que requiere la prueba hace aconsejable que el paciente permanezca sentado.

Se aflojará la ropa demasiado ajustada, o se quitará si está muy abrigado (chaqueta, corbata, etc.).

Pinza nasal colocada, para evitar escape de aire (no es imprescindible pero si aconsejable).

Colocar la boquilla desechable.

Se realizará un mínimo de tres maniobras (curvas) y un máximo de ocho (por encima de éstas el agotamiento del paciente hace que no se obtenga ninguna mejoría en el trazado).

REALIZACIÓN CORRECTA DE LA MANIOBRA.

El paciente realizará una inspiración máxima, tras haber colocado la boca en la boquilla y comenzar con una respiración relajada y normal. En otros casos dependiendo del tipo de espirómetro la inspiración se realizara fuera.

Tras la inspiración máxima el técnico dará entonces una orden enérgica y tajante para que el paciente realice la espiración forzada, el técnico animará con insistencia y energía al paciente para que siga soplando todo lo que pueda, para obtener el máximo esfuerzo y evitar la interrupción temprana de la maniobra.

La maniobra de espiración forzada se prolongará como mínimo 6 segundos (figura 6).

La maniobra de espirometría forzada se repetirá como mínimo 3 veces, siempre que las curvas sean satisfactorias. De no ser así se repetirá la maniobra hasta obtener 3 curvas satisfactorias, siempre con un máximo de 8 maniobras.

Se escogerá la mejor curva, que tenga los valores más altos de FEV1 y FVC.

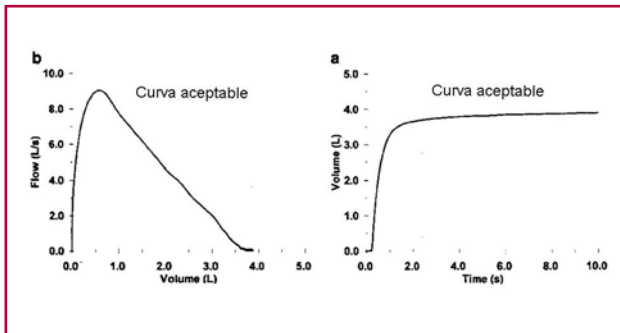


Figura 6. Curva espirométrica y de flujo-volumen correcta

5. VARIABLES FUNDAMENTALES.

5.1. CAPACIDAD VITAL FORZADA. (FVC o CVF).

Es el máximo volumen de aire espirado con el máximo esfuerzo posible, partiendo de una inspiración máxima. Se expresa como volumen (ml) y se considera normal cuando es superior al 80% de su valor teórico.

5.2. VOLUMEN ESPIRADO MÁXIMO EN EL 1^{er} SEGUNDO DE LA ESPIRACIÓN FORZADA. (FEV1 o VEMS).

Es el volumen de aire que se expulsa durante el 1^{er} segundo de la espiración forzada. Aunque se expresa como volumen (ml) dado que se relaciona con el tiempo supone en la práctica una medida de flujo. Se considera normal si es superior al 80% de su valor teórico.

5.3. RELACIÓN FEV1/ FVC (FEV1%FVC)

Es un porcentaje que relaciona el FEV1 con la FVC, es decir es la proporción de FVC que se expulsa en el 1^{er} segundo de la maniobra. Es el parámetro más importante para valorar si existe una obstrucción y en condiciones normales debe ser mayor del 75% aunque se admiten cifras hasta del 70% al 80%.

6. PRINCIPALES PATRONES ESPIROMÉTRICOS

6.1. PATRÓN OBSTRUCTIVO.

Indica una reducción del flujo aéreo y es producido bien por aumento de la resistencia de las vías aéreas (asma, bronquitis), o bien por la disminución de la retracción elástica del parénquima (enfisema).

Se define como una reducción de los flujos espiratorios (figura 7). Se detecta mediante una disminución en la relación FEV1/FVC, que será inferior al 70%. Así nos encontraremos un valor de FVC normal, una reducción en el FEV1 y una relación FEV1% FVC menor del 70%.

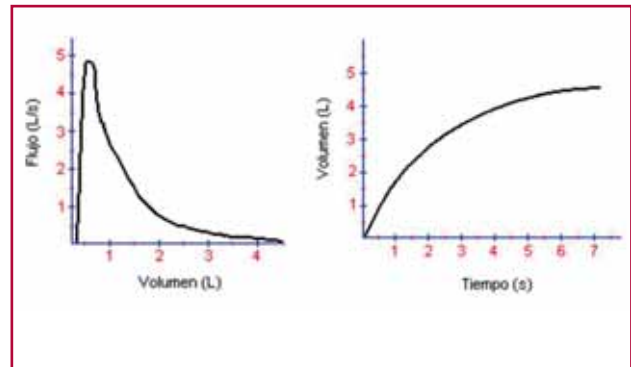


Figura 7. Patrón espirométrico obstructivo

6.2. PATRÓN RESTRICTIVO

Se caracteriza por la reducción de la capacidad pulmonar total, ya sea por alteraciones del parénquima (fibrosis pulmonar, ocupación por líquido como en los derrames pleurales, amputación), del tórax (rigidez o deformidad de la caja torácica como en cifoescoliosis) o de los músculos respiratorios y/o de su innervación.

La capacidad pulmonar total es la suma de la capacidad vital más el volumen residual. Para completar el diagnóstico sería necesario realizar una pletismografía, para medir los volúmenes estáticos pulmonares, volumen residual incluido. En la espirometría (figura 8) nos encontraremos con una disminución de la FVC, una disminución del FEV1 en la misma proporción que la reducción de la FVC y una relación FEV1%FVC normal o aumentada.

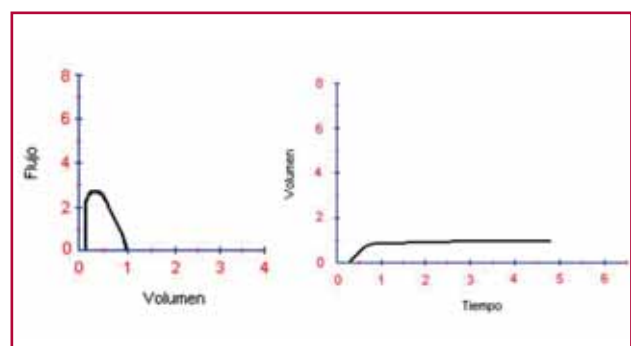


Figura 8. Patrón espirométrico restrictivo

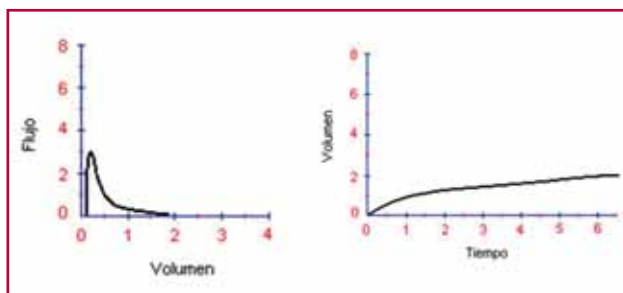


Figura 9. Patrón espirométrico mixto.

6.3. PATRÓN MIXTO (OBSTRUCTIVO y RESTRICTIVO).

Combina las características de los dos anteriores (figura 9). La FVC estará disminuida, el FEV1 estará disminuido y la relación FEV1 % FVC será menor del 70%.

PRUEBA BRONCODILATADORA. (PBD)

Si el índice FEV1%FVC es inferior al 70% consideramos que el paciente tiene una obstrucción bronquial. A partir de aquí debemos explorar la posible reversibilidad de la misma mediante la PBD, que consiste en valorar si existe cambio en los parámetros tras la administración de un broncodilatador de acción corta y que nos servirá principalmente para distinguir entre asma y EPOC.

Para ello se practica en primer lugar una espirometría basal al paciente, a continuación se le administran 3 ó 4 “puffs” de salbutamol y se esperan de 10 a 15 minutos para que haga efecto. Posteriormente se le realiza al paciente una nueva espirometría. Se compara los resultados de ambas espirometrías (la basal y la post), valorando las medidas de la FVC y del FEV1.

Se considera que la PBD es positiva o que hay reversibilidad si el aumento tras el broncodilatador es igual o mayor del 15%, o cuando la diferencia en valores absolutos sea mayor de 200 ml.

El cálculo se hace a partir de la siguiente fórmula:

$$\text{FEV1 post} - \text{FEV1 previo} / \text{FEV1 previo} \times 100$$

CONCLUSIONES

Con la realización de una prueba poco cruenta, de fácil realización y de bajo coste como es la espirometría, se recoge una importante información. Es fundamental en el diagnóstico precoz de la EPOC con todo lo que esto conlleva para la salud del paciente, la evolución de la enfermedad y el perjudicial gasto económico para el sistema sanitario.

Por último, queremos llamar la atención a todo el colectivo de enfermería acerca de la importancia de la incorporación de esta prueba en la asistencia primaria y su utilidad en el diagnóstico precoz, y seguimiento de enfermedades tan importantes como la EPOC o el asma bronquial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sanchís Aldás J., Casan P., Castillo Gómez J., González Mangado N., Palenciano Ballesteros L., Roca Torrent J. Normativa para la espirometría forzada. Recomendaciones SEPAR núm. 1. Barcelona: Ediciones Doyma S.A.; 1985. Arch Bronconeumol 1989; 25: 132-142.
2. Enright .PL., Studnicka M., Zielinski J. Spirometry to detect and manage chronic obstructive pulmonary disease and asthma in the primary care setting. Eur Respir Mon 2005; 31: 1-14.
3. American Thoracic Society. Standardization of spirometry: 1994 update. Am J. Respir Crit Care Med 1995; 152: 1107-1136.
4. European Respiratory Society. Official statement on lung volumes and forced ventilatory flows. Eur Respir J. 1993; 6: Suppl. 16, 5-40.
5. Casan P., Burgos F., Barberà J.A., Giner J. ESPIROMETRÍA. Manual SEPA R. de Procedimientos. Editado por LUZÁN S, S. A. de Ediciones. Madrid 2002; 4-15
6. Quanjer PhH. Standardization of lung function tests-1993 update. Report working party for the European Community for Steel and Coal. Eur Respir J 1993; 5 Suppl 16.

FE DE ERRATA

En la revista Hygia nº 67 , en el artículo “Valores de hemoglobina. Diferencias entre laboratorio y Hemocué” Pág. 67 en el apartado de autores donde dice “Ligia Sánchez Rodríguez” debe decir “Ligia Sánchez Ramos”.

GUÍA DE FÁRMACOS PARA ENFERMERÍA UTILIZADOS EN TRASPLANTES CARDÍACOS, HEPÁTICOS Y RENALES

■ Encarnación Pilar Gil Bellido.

Enfermera diplomada.

Hospital Virgen del Rocío. Unidad de transplante. UCI.

Resumen

En estos últimos tiempos se ha producido un incremento importante en nuestro país de las donaciones de órganos y por tanto existe un mayor número de personas a los que se le ha transplantado un órgano.

Este tipo de pacientes precisan un tipo de medicación inmunosupresora durante toda su vida, con la cual el personal de enfermería necesita estar familiarizada. Esta guía pretende facilitar el manejo general a todas aquellas enfermeras o enfermeros que atienden a un paciente transplantado y necesitan tener conocimientos de los inmunosupresores (presentación, indicación, dosis, vías de administración, niveles, efectos secundarios) y otros fármacos de uso frecuente en este tipo de pacientes.

Summary:

Title: Nurse's guide of drugs used in heart, liver and kidney transplants.

Nowadays organ donations have grown in our country, so there are more people who have received an organ transplant. These patients need a kind of immunosuppressive medication for all their life and nurses need to be familiarized with it.

This guide try to make easier to all the nurses the good command of patients who have received a transplant and need to have knowledge about immunosuppressive medication (presentation, indication, dosage, route of administration, levels, side effects) and others drugs use frequently in this patients.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Transplantes,
- ✓ Inmunosupresores,
- ✓ Efectos secundarios,
- ✓ Antimicóticos,
- ✓ Antivíricos.
- ✓ Transplantation,
- ✓ Immunosuppressive,
- ✓ Side effects,
- ✓ Antifungal,
- ✓ Antiviral

INTRODUCCIÓN

El sistema inmunológico trata de evitar que cualquier agente extraño que ingrese en nuestro organismo pueda dañarlo y gracias a ello es capaz de combatir enfermedades producidas por virus, bacterias y hongos. Cuando se trata de un órgano transplantado, nuestro sistema inmunológico lo reconoce como algo ajeno y potencialmente dañino por lo tanto lo ataca y lo rechaza. La medicación inmunosupresora es fundamental en este tipo de pacientes pues va a disminuir la respuesta del sistema inmunológico (afectan-

do a la cadena de los linfocitos T) y por tanto evitará que se produzca el rechazo del órgano.

La terapia inmunosupresora se basa en la utilización combinada de varios fármacos que deberán ser tomados de por vida. Es importante controlar sus efectos secundarios, que van a ser fundamentalmente, problemas cardiovasculares, hiperlipemia y nefrotoxicidad.

Dichas terapias se basan en la asociación de varios fármacos inmunosupresores y pueden ser doble, triples o cuádruples. Un ejemplo de triple sería:

- Tacrolimus + micofenolato + esteroides
- Ciclosporina + micofenolato + esteroides

Existen tres periodos diferentes en la administración de esta medicación:

- Inducción: se realiza durante el primer mes post trasplantes donde el riesgo de rechazo es mayor.
- Mantenimiento: es un tratamiento a largo plazo donde se reducen o suprimen los esteroides y se disminuye la necesidad de inmunosupresión debido a que se atenúa el riesgo de rechazo.
- Rescate: tratamiento que se utiliza en el caso de rechazo agudo.

Los inmunosupresores se usan para evitar la aparición de rechazo pero con frecuencia, provocan efectos secundarios cuando los niveles en sangre son muy altos y por ello debemos analizar dichos niveles a diario en el postoperatorio inmediato en aquellos que tienen un margen terapéutico mas estrecho como son la ciclosporina y los tacrolimus. Por otro lado, los inmunosupresores interactúan con los diversos fármacos usados en este tipo de pacientes

(antifúngicos, antibióticos y antivíricos) aumentando o reduciendo su eficacia, por lo cual es necesario ajustar las dosis, para asegurarnos de que logran su propósito.

METODOLOGÍA:

Este trabajo se ha realizado mediante:

- La recopilación de datos utilizando diferente bibliografía sobre trasplantes, tipos de medicación inmunosupresora e interacciones medicamentosas.
- La observación de la aparición de los efectos secundarios en los pacientes destacando sobre todo hiperglucemias, HTA, fracaso renal e infecciones oportunistas.
- El seguimiento de algunos de los protocolos utilizados en nuestro hospital sobre asociación de inmunosupresores, dosis administradas y detección de niveles.

1. INMUNOSUPRESORES

CORTICOESTEROIDES

Usados en la inducción, mantenimiento y rescate de primera línea.

Los más utilizados son: prednisona (**dacortín**), y metilprednisolona (**solumoderín**, **urbasón**).

<u>Presentación:</u>	Solumoderín: iny de 125 y 250 mg. Urbasón: iny de 8, 20, 40 mg. Dacortín: comp. de 5, 10 y 50 mg.
<u>Indicación:</u>	Prevención y tratamiento de los episodios de rechazo primario y tardío.
<u>Dosis habitual:</u>	Se comienza con dosis altas y se van disminuyendo progresivamente, hasta pasar a v.o y suspendiéndolos posteriormente.
<u>Administración:</u>	En bolo en el caso de medicación i.v, y en ayunas para el tratamiento v.o.
<u>Efectos secundarios:</u>	Hiperglucemias, retención hidrosalina, HTA, retraso en cicatrización de heridas, propensión a infecciones sobre todo candidiasis.

CICLOSPORINA

Comercializado con el nombre de **Sandimun Neoral**.

Pertenece al grupo de los anticalcineurínicos y se usan en la inducción y el mantenimiento.

<u>Presentación:</u>	Solución: 1ml corresponden a 100 mg. Cápsulas de 25, 50 ó 100 mg.
<u>Indicación:</u>	Se utiliza para prevenir el rechazo en trasplantes de riñón, hígado, corazón, pulmón, páncreas o médula ósea.
<u>Dosis habitual</u>	Entre 3 y 5mg/Kg. cada 12 horas en trasplantes cardíacos y renales. Entre 7 y 10 mg/Kg. cada 12 horas en trasplantes de hígado. Por vía iv es infrecuente Se usa en perfusión continua cada 24 horas y la dosis es 1/3 de la administrada v.o.
<u>Administración:</u>	Cada 12 horas. A las 19:30 y a las 7:30 horas. En vaso de vidrio (nunca plástico) con bebida fría a base de chocolate, leche o zumo de fruta.
<u>Niveles:</u>	Se extraen a las 19 horas (nivel valle) y a las 21:30 (nivel pico). En un tubo edta y se mantienen en el congelador. Se envían al laboratorio al día siguiente con su hoja de petición específica. En el primer mes, los niveles deberán estar comprendidos entre 200 y 400 nanogramos en el caso de los niveles valle y alrededor de 1000 en el caso de los niveles pico.
<u>Efectos secundarios:</u>	Mas vello en el cuerpo o cara del habitual, nefrotoxicidad, temblor, hipertensión, cansancio, alteraciones gastrointestinales y riesgo de infección por gérmenes oportunistas, hiperlipidemia.

TACROLIMUS

Comercializado con el nombre de **Prograf**.

Pertenecen al grupo de los anticalcineurínicos. Se usan en la inducción y el mantenimiento.

Presentación: Cápsulas de 0.5, 1 y 5 mg.

Ampollas de 1ml que contienen 5 mg.

Indicación: Prevención del rechazo en trasplantes cardíacos, hepáticos y renales.

Dosis habitual: En el caso de ser administrado de forma oral:

0.10-0.20 mg/Kg./día para trasplantes hepáticos.

0.10 mg/Kg./día para trasplantes cardíacos.

0.20 mg/Kg./día para trasplantes renales.

Si se administrara de forma i.v se haría en perfusión continua con una dosis de 1/5 de la administrada por v.o.

Administración: Dos tomas diarias, a las 19:30 y a las 7:30.

Con agua o zumo de naranja.

Mínimo una hora antes de comer.

Niveles: Se realiza una determinación diaria a las 7 de la mañana.

Se extrae en un tubo edta (color morado) y se mantiene en el frigorífico hasta el momento de su envío al laboratorio con su petición correspondiente.

Los niveles deben ser menores a 15 ngr/ml.

Efectos secundarios: Alteraciones neurológicas y visuales. Nefrotoxicidad, hiperglucemia e HTA.



MICOFENOLATO

Comercializado con el nombre de **Cell.cept**.

Pertenece al grupo de los antiproliferativos. Se usan en la inducción el mantenimiento y rechazo.

Presentación: Caps de 250 y 500 mg.

Ampollas de 500 mg.

Indicación: Prevención del rechazo en trasplantes de corazón, hígado y riñón.

Dosis habitual: 1g cada 12 horas.

Administración: Dos tomas diarias, a las 19:30 y a las 7:30.

Con agua, media hora antes de las comidas o una o dos horas después.

En el caso de administración iv, se diluye en 200 ml de SG5% y se pasa en 2 horas.

Niveles: Su determinación es infrecuente. En caso de ser necesario, se realiza una medida predosis.

Se utiliza un tubo edta. Se mantienen en el frigorífico hasta su envío a laboratorio con la petición correspondiente.

Efectos secundarios: Diarreas, edemas, leucopenia, anemia, trombocitopenia, y aumento de infecciones víricas, fúngicas y bacterianas.

SIROLIMUS

Comercializado con el nombre de **Rapamune**.

Pertenece al grupo de los inhibidores mTOR. Se usan en la inducción, mantenimiento y conversión por neuropatía y neoplasias en los trasplantes renales.

<u>Presentación:</u>	Solución en botellas de vidrio con 50, 60 y 150 ml (1ml=mg).
<u>Indicación:</u>	Prevención del rechazo en trasplante renal.
<u>Dosis habitual:</u>	Entre 2 y 6 mg diarios.
<u>Administración:</u>	Diluido en 50 ml de agua o zumos (nunca de pomelo). Agitar bien.
<u>Niveles:</u>	Semanales.
<u>Efectos secundarios:</u>	Trastornos gastrointestinales, taquicardia, edemas, plaquetopenia e infecciones. Afecta también a la cicatrización de la herida.
<u>Conservación:</u>	En nevera.



DACLIZUMAB

Comercializado con el nombre de **Zenapax**.

Pertenece al grupo de los anticuerpos monoclonales. Se usan en la inducción.

<u>Presentación:</u>	Viales de 5ml que contienen 25 mg.
<u>Indicación:</u>	Prevención del rechazo en trasplante renal, hepático y cardíaco
<u>Dosis habitual:</u>	1mg/Kg., en las 6 horas tras el trasplante, y cada 14 días hasta 5 dosis En el caso del trasplante renal se administra durante la intervención quirúrgica.
<u>Administración:</u>	Diluido en 50 ml de SF a pasar en 15 min. Siempre está asociado a otros inmunosupresores.
<u>Efectos secundarios:</u>	Trastornos gastrointestinales, edema, HTA e infecciones.
<u>Conservación:</u>	Se mantiene en nevera y protegido de la luz.

BASILIXIMAB

Comercializado con el nombre de **Simulect**.

Pertenece al grupo de los anticuerpos monoclonales. Se usa en la inducción.

<u>Presentación:</u>	Viales de 20 mg.
<u>Indicación:</u>	Profilaxis de rechazo agudo en trasplante de riñón.
<u>Dosis habitual:</u>	20 mg pretrasplante y 20 mg en los 4 días postrasplante.
<u>Administración:</u>	Diluir en 50 ml de SF o SG5% y pasar en 30 min. Suele estar asociado a ciclosporina y corticoesteroides.
<u>Efectos secundarios:</u>	Trastornos gastrointestinales, edema, HTA e infecciones.
<u>Conservación:</u>	En nevera.

TIMOGLOBULINA

Pertenece al grupo de anticuerpos policlonales de conejo. Se usa en la inducción y el rescate.

<u>Presentación:</u>	Viales de 5ml con 25 mg.
<u>Indicación:</u>	Tratamiento de rescate del trasplante renal en pacientes de alto riesgo inmunológico.
<u>Dosis habitual:</u>	Entre 1y 5 mg/Kg./día. Durante 1 a 3 semanas.
<u>Administración:</u>	Usar vena de gran calibre. Durante 4 horas. Debido a reacciones adversas es importante administrar previamente antihistamínicos y corticoides. Disolver en 500 cc de SF.
<u>Efectos secundarios:</u>	Alteraciones gastrointestinales, fiebre, trombopenia y neutropenia.
<u>Conservación:</u>	En nevera.

ORTHOCLONE OKT.3

Pertenece al grupo de anticuerpos monoclonales. Se usa en el rescate.

<u>Presentación:</u>	Viales de 5ml= 5mg.
<u>Indicación:</u>	Tratamiento de rescate en trasplante renal.
<u>Dosis habitual:</u>	5mg/Kg./día durante 10 a 14 días. En bolo y a través de un filtro, lavando antes la vía con SF. Administrar previamente, corticoides, paracetamol y polaramine debido a las Reacciones adversas.
<u>Efectos secundarios:</u>	Síndrome por liberación de citocinas: fiebre, escalofríos, disnea, dolor torácico, temblor, cefalea y rigidez.
<u>Conservación:</u>	En nevera.

2. ANTIFÚNGICOS O ANTIMICÓTICOS

Los hongos son microorganismos capaces de producir infecciones en los seres humanos que pueden ser leves si hay una buena respuesta de los mecanismos de resistencia. Sin embargo cuando se produce una disminución de las defensas tal y como ocurre en los enfermos transplantados debido a la medicación inmunosupresora, estas infecciones pueden llegar a ser letales

Existen distintos tipos de micosis: superficiales, cutá-

neas, mucocutáneas, subcutáneas y sistémicas.

Las micosis sistémicas suelen estar causadas por hongos oportunistas, fundamentalmente *Candida*, *Aspergillus* y *Cryptococcus*. Siendo las infecciones fúngicas con mayor incidencia: candidiasis (orofaríngeas, esofágicas o sistémicas) y neumonías.

Los fármacos que utilizamos para prevenir y tratar estas infecciones son los siguientes:

NISTATINA:

Comercializado con el nombre de **Mycostatin**:

<u>Presentación:</u>	Frasco con 60ml. de suspensión oral.
<u>Indicación:</u>	Prevención de infecciones micóticas orales o intestinales causadas por <i>Candida</i> .
<u>Dosis habitual:</u>	5ml cada 8 horas.
<u>Administración:</u>	Agitar el frasco previamente y realizar enjuagues bucales tragando posteriormente.
<u>Efectos secundarios:</u>	En grandes dosis puede producir alteraciones gastrointestinales.

ANFOTERICINA B

Comercializado con el nombre de **Fungizona**.

<u>Presentación:</u>	Polvo para solución con 50 mg.
<u>Indicación:</u>	Prevención de infecciones micóticas causadas por <i>Aspergillus</i> , <i>Candida</i> , <i>Cryptococcus</i> .
<u>Dosis habitual:</u>	6mg cada 24 horas en forma de aerosol durante 15min.
<u>Administración:</u>	Diluir el polvo con 10 ml de SFy tomar 1.2 cc de la preparación resultante para la nebulización.
<u>Efectos secundarios:</u>	Fiebre, malestar, falta de apetito, náuseas, vómitos, cefaleas, nefrotoxicidad.
<u>Conservación:</u>	En nevera y protegido de la luz.
<u>Interacción:</u>	Con ciclosporina, corticosteroides y fluconazol.

VORICONAZOL

<u>Presentación:</u>	Preparado farmacéutico.
<u>Indicación:</u>	Tratamiento de infecciones por <i>Aspergillus</i> y <i>Candida</i> esofágica resistente al fluconazol.
<u>Dosis habitual:</u>	6mg/Kg. iv cada 12 h. el primer día y 4mg/Kg. i.v cada 12 h durante al menos 7 días.
<u>Administración:</u>	Perfusión i.v lenta durante aproximadamente una hora.
<u>Interacción:</u>	Con tacrolimus y ciclosporina.

CASPOFUNGINA

Comercializado con el nombre de **Cáncidas**.

<u>Presentación:</u>	Vial con polvo liofilizado de 70 mg.
<u>Indicación:</u>	Tratamiento de infecciones por aspergillus y candida tras fracaso del voriconazol.
<u>Dosis habitual:</u>	Dosis de carga de 70 mg el primer día, seguido de 50 mg durante 2 ó 3 semanas.
<u>Administración:</u>	Perfusión i.v lenta durante aproximadamente 1 hora. Diluir en 250 cc de SF.
<u>Efectos secundarios:</u>	Cefalea, rubefacción, disnea, alteraciones gastrointestinales, insuficiencia hepática, manchas en piel.
<u>Conservación:</u>	En nevera, entre 2 y 8.
<u>Interacción:</u>	Con ciclosporina, tacrolimus y dexametasona. Es necesario reducir la dosis en caso de hepatopatías.

FLUCONAZOL

Comercializado con el nombre de **Diflucan**

<u>Presentación:</u>	Cápsulas de 50,100 y 200 mg o iny de 100, 200 ó 400 mg.
<u>Indicación:</u>	Tratamiento de infecciones por candida.
<u>Dosis habitual:</u>	200 mg el primer día, seguido de 100 mg durante dos o tres semanas
<u>Administración:</u>	Perfusión i.v lenta durante aproximadamente una hora.
<u>Efectos secundarios:</u>	Náuseas, vómitos, dolor abdominal, cefaleas, leucopenia, elevación de transaminasas.
<u>Interacción:</u>	Con ciclosporina y tacrolimus. Es necesario aumentar las dosis en caso de hemofiltración.

3. ANTIVÍRICOS

La administración de los inmunosupresores da lugar a una disfunción en la inmunidad celular y ello permite que algunos virus causen infecciones más fácilmente. Entre ellos tenemos el herpes simple, el citomegalovirus y el virus del Epstein-Baar. Por otro lado, y en el caso de

que el paciente transplantado de hígado sea portador del virus de la hepatitis B, se administran fármacos retrovirales.

Los fármacos que nos permiten tratar este tipo de infecciones son los siguientes:

ACICLOVIR

Comercializado con el nombre de **Zovirax**.

<u>Presentación:</u>	Comp. de 200 y 800 mg. Iny de 250 mg.
<u>Indicación:</u>	Tratamiento del virus del herpes simple y del herpes zoster.
<u>Dosis habitual:</u>	200 mg cada 5 horas durante 5 días en el caso del herpes simple 400 mg cada 5 horas durante 7 días en el caso del herpes zoster. En el caso de administración iv: 5mg/Kg. cada 8 horas.
<u>Administración:</u>	Se diluye en SF y se administra lentamente durante 1 hora en el caso i.v.
<u>Efectos secundarios:</u>	Alteraciones gastrointestinales, insuficiencia renal, aumento de valores de creatinina y alteraciones neurológicas.
<u>Interacción:</u>	Con ciclosporina.

VALACICLOVIR

Comercializado con el nombre de **Valherpes**.

<u>Presentación</u>	Comp de 500 mg.
<u>Indicación</u>	Tratamiento del herpes zoster.
<u>Dosis habitual</u>	500 mg cada 12 horas, durante 7 días.
<u>Efectos secundarios</u>	Cefaleas, malestar gastrointestinal, vómitos, diarreas, estreñimiento.

GANCICLOVIR

Comercializado con el nombre de **Cytovene**.

<u>Presentación:</u>	Cáps de 250 mg. Iny de 500 mg.
<u>Indicación:</u>	Tratamiento del citomegalovirus y del virus del Epstein Baar.
<u>Dosis habitual:</u>	1g. cada 8 horas si es v.o. En el caso i.v 5mg/Kg. cada 12 horas durante 14 días.
<u>Administración:</u>	Administrar lentamente durante 1 hora. Si es v.o, se administra con comida.
<u>Efectos secundarios:</u>	Neutropenia, trombocitopenia, diarrea, náuseas, vómitos, convulsiones.

VALGANCICLOVIR

Es un profármaco del Ganciclovir. Comercializado con el nombre de **Valcyte**.

<u>Presentación:</u>	Comp. de 450 mg.
<u>Indicación:</u>	Tratamiento de la infección por citomegalovirus.
<u>Dosis habitual.</u>	900 mg cada 12 horas durante 21 días.
<u>Efectos secundarios:</u>	Neutropenia, trombocitopenia, diarrea, náuseas, vómitos, convulsiones.

LAMIVUDINA

Comercializado con el nombre de **Zeffix**.

<u>Presentación:</u>	Comp de 100 mg.
<u>Indicación:</u>	Prevención de sobreinfección por hepatitis B.
<u>Dosis habitual:</u>	100 mg cada 24 horas.
<u>Efectos secundarios:</u>	Cefalea, astenia, trastornos gastrointestinales, leucopenia, anemia.

BIBLIOGRAFÍA:

- Pris J. Simons W.D. Trasplantation drug pocket. Referent guide. Second Edition. 1999.
- Weller B.F. Bailliere's Nurses' Dictionary. 23 edition. 2002.
- Sabada B. Monitoring and secondary effects of immunosuppressant in the transplant. Servicio de Farmacia Clínica Universidad de Navarra. Vol. 29 (2). 2006.
- Lidenfeld J, Miller GG. Drug therapy in the heart transplant recipient. Circulation 2004.
- Sandra A. Transplantation nursing secrets. Cupples. 2002.
- Actualización en trasplantes. Hospital Virgen del Rocío. 2007.

PERSPECTIVA ANTROPOLÓGICA DEL PACIENTE OSTOMIZADO. PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN

■ **M^a Dolores Ruiz Fernández**

(D.E.) C.C.E.E. Cirugías/Ostomías Hospital Valme. Sevilla

Resumen

Este artículo siguiendo el guión de un protocolo de estudio sobre pacientes ostomizados presenta una aproximación al procedimiento antropológico de investigación. Con la intención de articular en líneas generales la organización de un trabajo de este tipo en ciencias de la salud y concretarlo bajo una visión antropológica de la salud y la enfermedad, a través de las características de los pacientes ostomizados y su entorno más inmediato.

Se intentará analizar las influencias socio culturales presentes en la adaptación y reinserción social y familiar, y de que manera influyen en que ésta sea lo más precoz posible. Con la finalidad de mejorar en lo posible la calidad de vida de estos pacientes.

ABSTRACT

Title: Anthropological perspective of the ostomizado patient. Proposal of investigation.

This article following the script of a study protocol on ostomizados patients presents/displays an approach to the anthropological procedure of investigation. With the intention to articulate in main lines the organization of a work of this type in sciences of the health and to make specific it under an anthropological vision of the health and the disease, through the characteristics of the ostomizados patients and their immediate surroundings. It will be tried to analyze the present cultural influences partner in the adaptation and social and familiar reintegration, and of which way influences in which this one is precocious possible. With the purpose as far as possible of improving the quality of life of these patients.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Ostomizado,
 - ✓ Cultura,
 - ✓ Adaptación socio familiar,
 - ✓ Antropología y
 - ✓ Etnografía.
-
- ✓ Ostomized,
 - ✓ Culture,
 - ✓ Adaptation familiar partner,
 - ✓ Anthropology and
 - ✓ Ethnography.

INTRODUCCIÓN

La elección de hacer coincidir la planificación y elaboración de un protocolo basado en los pacientes ostomizados viene determinada por mi vinculación profesional con estas personas. Mi puesto de trabajo como enfermera de consultas externas de cirugía y ostomías del hospital de Valme de Sevilla, ha suscitado suficientes preguntas y dudas acerca de las influencias sociales y familiares que giran entorno a estos pacientes, a las que se pretende dar respuestas, conocer su significación y las relaciones existentes, de forma que todo ello se convierta en el punto de partida de la investigación.

El ostomizado padece numerosos trastornos físicos y psíquicos, derivados de los cambios higiénicos, nutricionales, fisiológicos, personales y sociales, que conducen a la persona ostomizada hacia un shock en su personalidad, tan importante, como para que nuestra actuación se guíe

fundamentalmente en la detección de estos cambios y análisis de forma holística en relación con el ámbito personal y social del paciente y especialmente con las personas íntimamente relacionadas con él.

Los cambios que experimentan las personas tras la construcción de una ostomía, son muy bruscos y a veces se necesita bastante tiempo para asimilar los nuevos hábitos que conllevan la nueva situación. Se genera también un cambio cualitativo en la vida de estas personas, que terminan en muchos casos traumatizando bio-psico-socialmente al paciente. Además existe una limitación física que produce el propio estoma y el dispositivo adherido para desenvolverse con una normalidad similar a la que poseía anteriormente. Paradójicamente y bajo una ligera mirada, pudiera parecer que se ha evitado las consecuencias posiblemente trágicas de su patología, pero hemos provocado una situación a veces dramática y de lenta asimilación.

La Antropología en su área de la Salud y Enfermedad nos ofrece un amplio campo muy útil para estudiar y profundizar en el tema que se ha elegido. Busca el conocimiento global del hombre y su cultura. En este caso “el otro” es una persona con unas connotaciones especiales que le harán modificar su comportamiento, hábitos y reinserción en su entorno familiar y social, tras serle construido un estoma tanto si es respiratorio (traqueotomía) como si es intestinal (ileostomía o colostomía).

Es imposible separar “quirúrgicamente” al ostomizado de su entorno o cultura donde está inmerso, se tiene que analizar su familia y/o personas más comprometidas con su nueva situación (las que juegan un papel importante en la adaptación), cambios de hábitos y entrenamiento adecuado para acelerar el dominio del autocuidado y restablecer la autoestima perdida por su nueva “imagen corporal” lo antes posible.

Debiendo en este caso tener en cuenta los aspectos culturales (hábitos, tradiciones, lugares de encuentro, instituciones...), edad, género, status, rol que desempeñan, tipo de trabajo, en definitiva sobre los aspectos relacionales del paciente y su entorno inmediato, codificados bajos claves antropológicas. Todo ello nos conduce a formularnos preguntas como: ¿Cuáles son las cuestiones que más les preocupa a las personas que vamos a investigar? ¿Por qué los familiares o personas de su entorno actúan de una manera determinada frente al paciente ostomizado? ¿Por qué se siente rechazado o denegado este tipo de pacientes? ¿La edad, sexo, trabajo, nivel de instrucción, costumbres, etc. influyen en la adaptación del ostomizado?, etc.

Para dar respuestas a estas cuestiones se han revisado publicaciones que mayoritariamente han sido realizadas desde la sociología y la psicología, disciplinas que han estudiado en profundidad la problemática que presenta ser portador de un estoma. Los antropólogos no se han dedicado a estudiar un tema tan concreto pero sí, lo relacionado con personas que dependen de su cultura e integración social para manifestar su forma de comportamiento ante estas circunstancias, fundamentalmente a través de posiciones y propuestas hechas sobre el mundo de la medicina, simbología, religiones y otras manifestaciones culturales.

P. Schilder sostuvo en la primera fase de su “Introducción a la imagen y apariencia del cuerpo humano”, que **la imagen corporal es la representación mental de nuestro cuerpo**, considerando equivalentes las expresiones “esquema corporal” e “imagen corporal”. Para Th. Bender la noción de “imagen corporal” comprendería una **“gestalt” biológica y una “gestalt” en continua modificación**. E. Goffman hace referencia al concepto de **“estigma”**, idéntico al que en muchas ocasiones se imputa a la persona

ostomizada. Desarrolla la teoría de áreas o regiones de la persona (**pública, privada y exterior**) también perfectamente aplicable al paciente ostomizado.

El autocuidado del estoma se puede considerar un acto ritual del propio paciente o de su cuidador. Los ritos de paso de A. Van Gennep son bastante aplicables en el proceso de adaptación que sigue a la construcción de un estoma, considerando como **“fase de separación”** el post-operatorio mediato (cambio de imagen corporal y consecuentemente cambio de hábitos en todos los aspectos). **“Fase liminal”**: las primeras semanas e incluso meses (depende de cada persona) tras el alta hospitalaria. Estado marginal, apartado de su familia y la sociedad. Periodo de confusión, negación y temores. **“Fase post-liminal”**: adaptación su entorno, aprendizaje de nuevos hábitos que conllevará al autocuidado, aceptación del estoma y por consiguiente volver a considerarse “normal”. **“Rito de incorporación”**. A través de M. Gluckman en sus **“rituales de rebelión”** se pueden ver reflejados los ostomizados, por negación de su enfermedad y su enfrentamiento con la sociedad y familiares para reivindicar sus derechos como persona “desvalida y enfermo crónico”.

Para terminar con las referencias de V. Turner sobre su concepto **“communitas”** donde podemos ver reflejadas las asociaciones de pacientes ostomizados y sus familiares.

Como Objetivo general de la investigación se pretende conocer la significación e influencias de los aspectos socio-culturales en la reinserción del ostomizado a la vida familiar y social.

Para lo que se programan varios objetivos secundarios, conocer lo mejor posible y de forma integral y procesual a la persona ostomizada, cambios que se producen en sus relaciones personales, espacios de encuentro social, pertenencia a grupos, etc. Estudiar la influencia de pensamientos, ideas, valores y creencias en esta integración. Importancia de la edad, género, poder adquisitivo, tipo de trabajo y patología base en la aceptación de la ostomía en los pacientes y sus familiares. Relacionar la inmediatez en la consecución del autocuidado y su rápida inserción socio-familiar. Y finalmente considerar el grado de contribución de la educación para la salud fundamentalmente en el aprendizaje del autocuidado y factores que lo mediatizan.

MARCO TEÓRICO:

El principal teórico de la medicina social fue A. Grotjahn, médico alemán que prefiguró desde la medicina buena parte de los postulados que definen actualmente a la antropología de la medicina:

MEDICINA SOCIAL

- Uso de la noción de enfermedad y no la de salud como objeto de estudio operacional.
- La articulación entre dimensiones biológicas, sociales y culturales de la enfermedad.
- La variabilidad cultural de las formas de enfermar y su significación social.
- El problema de la eficacia terapéutica con relación a los contextos sociales.
- La necesidad de proyectos aplicados que legitimasen la investigación, el uso de la estadística, demografía, antropología, economía y de la sociología.

Por su parte el antropólogo F. Boas mediante dos enunciados, facilitó investigaciones sobre temas médicos: El énfasis en la especificidad cultural y el valor de las dimensiones psicológicas de la cultura.

E. Goffman propone a través de lo que llama antropología clínica diferentes etapas: pre-pacientes, pacientes y expacientes.

H. Fabrega distingue dos dimensiones de la enfermedad: "disease" que designa estados corporales alterados (dimensión étic o descripción de hechos observables por cualquier observador desprovisto de cualquier intento de descubrir el significado que los agentes involucrados le dan) e "illness" que designa que alguien está enfermo, pero los criterios son sociales y psicológicos (dimensión emic o descripción en términos significativos conscientes o inconscientes para el agente que las realiza). Young más tarde hace dentro de esta dualidad una distinción entre "illness" y "sickness", a la primera le da unas dimensiones culturales y a la segunda netamente sociales.

Las Ciencias de la Salud, estudiando el continuum salud-enfermedad en las personas y en las colectividades, han creado una relación estrecha entre lo biológico y lo social. Etimológicamente, el concepto de salud se define como el "estar íntegro o en buen estado". Estar íntegro significa que no se ha omitido, ignorado o reducido nada, y el término estar en buen estado significa la posesión de pleno vigor y fuerza y la ausencia de signos de enfermedad o morbilidad. Es decir, que el término salud es sinónimo de integridad humana funcional y estructural.

El estudio se enfocaría bajo estas aproximaciones teóricas y se centraría principalmente en la versión de nuestros informantes (emic), para lograr una mayor objetividad en nuestras conclusiones (étic) y se haría uso del distanciamiento para evitar el exceso de confidencialidad con nuestros investigados.

PERSONAL Y MÉTODO

Teniendo en cuenta la contextualización (ingreso hospitalario y consultas externas) donde se va a desarrollar gran parte de la investigación, hay que señalar que en este contexto la mayoría de las veces se carece de intimidad suficiente para conectar con este tipo de pacientes. Aunque también va a depender de la gravedad de su patología base, el entorno familiar y social, situación cultural y económica, las creencias religiosas y posibles tabúes que presente, la edad y el sexo del

paciente. Factores que en gran medida terminan modulando la relación informador-informante.

El método de investigación sería cualitativo, tiene como objetivo descubrir qué es lo que ocurre en la realidad, buscando los significados atribuidos por los protagonistas de las acciones concretas en las situaciones que se investigan.

El lenguaje es conceptual y metafórico y el método de captar la información es flexible y desestructurado. Su orientación es holística y concretizadora.

El diseño es explicativo, ya que nos vamos a centrar en la causa-efecto del proceso que conlleva el paso de la construcción de una ostomía y sus efectos posteriores que provoca en la persona que pasa por este nuevo trance. Los sentimientos, actitudes, aprendizaje y todas las esferas del ostomizado.

Siguiendo a E. Bericat el tiempo de este tipo de investigación debe ser diacrónico; intensivo en el espacio (más centrado y con menos personas); subjetivo (relativo al sujeto no al objeto en sí mismo); la conceptualización es de síntesis (va de lo particular a lo general); el procedimiento o modo de operar es inductivo y neutro en la observación y medición.

Este estudio se enmarcaría geográficamente dentro del área hospitalaria de Valme Hospital Universitario de Valme, Hospital de El Tomillar y los Centros Periféricos de Especialidades de Dos Hermanas, Alcalá de Guadaira y Morón de la Frontera.

Atiende una población de aprox. 500.000 habitantes y en la cual existe un número aproximado de 920 enterostomizados (estomas intestinales) por distintas patologías.

La población diana puede estar compuesta por 20 pacientes ostomizados del área de Valme, que comprende el área geográfica de la zona sur de Sevilla. Con una media de edad de aproximadamente 45 años y con una proporción similar de hombres y mujeres. Con un nivel socio-económico y de instrucción mayoritariamente humilde y bajo, derivado de la pertenencia a población eminentemente rural.

La mirada irá dirigida a los comportamientos que presenta la persona a la que se le va a construir o ya se le ha construido un estoma. Su actitud y posterior capacidad para asimilar la nueva situación y la voluntad y habilidad en el aprendizaje. Estimando a los familiares como una fuente importante de información de inestimable utilidad en la consecución de nuestro objetivo.

La observación se llevaría a cabo de forma intensiva en diferentes momentos, al comienza en el primer contacto (consulta de cirugía) con el/la paciente (aquí entran en juego las variables como la cultura, status, rol, género, edad, nivel económico, nivel de autocuidado, de comprensión, estado general, etc. para conseguir mayor concreción en nuestra investigación); en un segundo tiempo, cuando es ingresado para su preparación prequirúrgica; un tercer tiempo, tras la intervención quirúrgica, en el periodo postoperatorio medio y al alta hospitalaria y finalmente en un cuarto tiempo, en el seguimiento posterior en consultas externas.

También es importante observar la evolución y los resultados del tratamiento médico, la continuidad de cuidados y el trato que recibe por parte del personal sanitario que lo atiende en los diferentes escenarios.



La comunicación investigador - investigado se hará de forma verbal y no verbal, haciendo hincapié en la consecución de una empatía por ambas partes, para crear un clima favorable y en consecuencia obtener la mayor información posible.

Por otra parte se analizará las necesidades más básicas de estos pacientes, así como las variables familiares, económicas, sociales, culturales y ambientales, que influyen directamente para ejercer un tratamiento más individualizado y específico de cada caso. Se analizará la unidad doméstica y las relaciones socio-ambientales de forma holística para así comprender la situación de los sujetos objeto de estudio de forma más ampliada.

Como técnicas para la producción de información se proponen las utilizadas en las etnografías:

- La observación directa y la observación participante.
- La entrevista abierta y semiestructurada con el paciente a solas y con las personas allegadas a él cuando lo creamos necesario. Se emplearán las formas de comunicación verbal y no verbal y principalmente la escucha activa y pasiva, procurando la creación de un clima de confidencialidad y empatía para lograr recabar toda la información necesaria. Se trabajará con un informante clave, éste puede ser familiar o allegado al paciente e incluso algún cuidador.
- Entrevista en profundidad (entre ellas la historia de vida <biografía de nuestro investigado>). Estrategias de investigación emic (perspectiva del actor) y enfoques étic (perspectiva del investigador).
- Elaboración de un cuestionario en el que se tendrán en cuenta diferentes apartados para completar el conocimiento exhaustivo del paciente: aspecto psíquico y físico, satisfacción con la atención de los cuidadores (personal sanitario), relaciones familiares y sociales y autosuficiencia en el autocuidado.
- Grupos de discusión de aproximadamente 10 ó 15 pacientes y familiares.

Necesariamente el estudio tendrá que pasar el informe favorable del Comité de ética e investigación sanitaria del área hospitalaria para su realización. Y el consentimiento informado de la parte informante. Esto está establecido y protocolizado legal e institucionalmente. Consta de un informe minucioso sobre lo que se quiere investigar, reflejando los deberes y compromisos que se adquieren al ser participante del estudio, y se garantiza el anonimato en todo momento. El informante debe conocer y comprender todos los puntos de que consta este documento y para tener validez debe ser firmado y fechado por ambas partes: informante e investigador.

Tratándose de pacientes con una situación tan especial e influencias en las relaciones sociales, adquiere mayor importancia la garantía de confidencialidad y la protección del anonimato, para evitar posibles prejuicios. El ser sujeto- actor de este estudio no implica en principio ningún riesgo, a no ser que se sienta molesto e invadido en su intimidad al verse observado e interrogado.

RESULTADOS

Necesariamente se hará una descripción de la población estudiada.

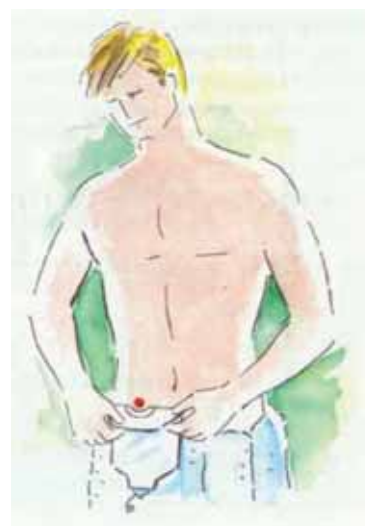
Estarán determinados por la consecución de la información y posterior elaboración de un informe teniendo en cuenta lo siguiente:

Para evitar riesgos de sesgos etnográficos se propone utilizar la triangulación metodológica, empleando como ya se ha descrito la combinación de varias técnicas en el estudio del mismo fenómeno, y/o un control cruzado entre diferentes fuentes de datos: personas, instrumentos, documentación o la combinación de éstos.

Al estar el trabajo comprendido dentro del diseño metodológico cualitativo, el análisis que se va a realizar será: análisis de contenido, análisis etnográfico y análisis biográfico. Que comienza en la fase previa al trabajo de campo, con la misma formulación del tema de investigación y se prolonga durante toda la investigación hasta la fase final de redacción del informe de investigación.

La validez de los resultados estará condicionada por:

- **Confiabilidad:** siguiendo la misma metodología y las técnicas empleadas, tomando en cuenta las mismas circunstancias, se debe obtener los mismos resultados sea quien sea el que lo investigue.
- **Credibilidad:** En las técnicas de producción de información y revisión bibliográfica obtenemos credibilidad suficiente de los resultados finales de nuestra investigación.
- **Transferibilidad de los resultados:** El contenido puede ser perfectamente transferido a otras disciplinas o traspolarlo a otros actores que posean similares características que nuestros investigados.
- **Replicabilidad de los resultados:** Debido a las técnicas empleadas y a la especificidad de todos los aspectos del análisis, prácticamente hace muy difícil la consecución de este punto. El objeto de estudio puede ser observado de diferentes formas, y no siempre el investigador se centrará en las mismas circunstancias, hay que tener también en cuenta el cambio que experimenta la realidad de forma natural. Siguiendo a L. White "lo que marca la especificidad del proceso de investigación de toda disciplina es menos su instrumental técnico, por muy sofisticado que sea, que la 'mirada' de sus practicantes conformada a lo largo de un proceso formativo concreto".





- **Neutralidad valorativa:** El mantenerse neutral en todo momento del seguimiento y estudio que nos proponemos, será algo complicado y un difícil, como define D. Hymes: "No hay modo de evitar el hecho de que el etnógrafo es, en sí mismo, un factor de la investigación. Al margen de la capacidad general de los hombres para aprender la cultura, la investigación sería imposible. En este sentido, las características particulares del etnógrafo son, para bien y para mal, un instrumento de la investigación".

Toda la información que se obtenga mediante las técnicas descritas en el apartado anterior, se debe transcribir e interpretar si no inmediatamente, lo antes posible, para evitar olvidos y omisiones innecesarias que pueden sesgar el análisis.

El investigador hará una abstracción de los datos teniendo en cuenta para su análisis lo siguiente:

Como ya se ha mencionado la información se produce y no se recolecta, el hecho social en este caso es el ostomizado y el hecho sociológico la relación de éste con su mundo más inmediato.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ, M.T.; "Problemática del paciente ostomizado". Enfermería Científica. 1985, 42.

BERICAT, E.; "La Integración de los métodos cualitativos en la investigación social. Significado y medida". Ariel. Barcelona, 1998.

BOELKER, T.; "El diálogo con el paciente es importante pero debe hacerse correctamente". Eurostoma, 1994, 6: 16-17.

BRECKMAN, B.; "Enfermería del estoma". Interamericana. Madrid, 1990.

CARRANQUE, C.F.; NIETO, M^{ca}.; SUÁREZ, E.; "Programa de educación sanitaria al paciente ostomizado adulto, en el área de Atención Primaria". Enfermería Científica, 1991. 112-113: 16-19.

COMELLES, JM^a.; MARTÍNEZ, A. "Enfermedad, Cultura y Sociedad". EUDEMA. Madrid, 1993.

DAYRIS, D.; "Cuidado de estomas en comunidad: una necesidad, una actividad y una esperanza". EUROSOMA. 10: 11, 1995.

FLOREZ, J.A.; "Aspectos psicológicos del paciente Ostomizado". Coloplast. Madrid, 1993.

Manual de Procesos Cognitivos y Representaciones Simbólicas. UCAM, 1999-2000.

Se debe pretender conocer el punto de vista del mayor número posible de personas que estén relacionadas con el ostomizado, familiares, cuidadores, compañeros de trabajo, personal sanitario, etc. para conocer el tejido de significados, más allá de la causa que produce el efecto, algo más que una relación causal, para determinar conductas como pautas y no hechos aislados.

Los datos son producidos siempre en situaciones sociales, siempre mediatizados por la presencia de otros actores. Unos datos impulsan a otros y siempre entrelazados en la realidad que se quiere buscar.

Finalmente el resultado será el producto de la combinación de varias técnicas como encuestas, entrevistas, historias de vida y grupos de discusión, que se complementan y no se excluyen. Que mediante el análisis e interpretación de los datos se obtendría el resultado buscado.

CONCLUSIONES

El estudio habrá buscado la conducta humana, de una persona que ha sufrido una intervención quirúrgica que la ha convertido en un ostomizado (portador de un estoma) que en el caso de los colostomizados significa tener que defecar en una bolsa adherida a la piel. Conducta que no se puede entender al margen de los significados de las acciones y donde el investigador forma parte del mundo que estudia por lo que no aspira sólo a la observación, descripción, etc. sino a un cierto código o marco de intenciones. Convertir las "anomalías" (lo que se sale de nuestros esquemas) en fuente de reflexión intelectual y reflejar en la medida de lo posible las circunstancias que hacen posible otros modos de vida, evitando razonamientos lineales. En definitiva que significado tienen los hallazgos encontrados y poder responder así a la pregunta de la investigación.

Manual de Métodos y Técnicas de Investigación en Antropología Social. UCAM, 2000-2001.

NOTTER, L.E., HOTT, J.R.; "Principios de la investigación en enfermería". DOYMA. Barcelona, 1992.

ORTIZ, H.; MARTÍ-RAGURÉ, J.; FOULKES, B. "Indicaciones y cuidados de los estomas", Barcelona: JIMS, 1989.

PÉREZ, S. "Educación sanitaria; medio para mejorar la salud del ostomizado". Enfermería Científica. Octubre, 1991. 117: 4-11.

RINCÓN, J. "El ostomizado: Atención Bio-Psico-Social". Libro de Comunicaciones del IV Congreso Nacional de Enfermería Médico-Quirúrgica. Alicante, 1990.

RUIZ, M^a D.; DELGADO, C.; CHACARTEGUI, I. "Estudio de calidad de vida en pacientes enterostomizados". 1er Premio Fuden. Sevilla, 1995.

SÁNCHEZ, J.; "Influencia del proceso educativo en la calidad de vida del paciente ostomizado. Libro de ponencias II Congreso de Enfermería en Ostomías. S.E.D.E. Madrid, 1994, 143-148.

VEGA, M^a C.; "Técnicas de investigación en ciencias sociales. Evaluación de la animación sociocultural en el ámbito rural en la comunidad de Madrid". Narcea. Madrid, 1989.

WINKLER, R.; "Ostomías". DOYMA. Barcelona, 1987.

Normas de estilo para la publicación en Hygia de Enfermería

La Revista Hygia de Enfermería considerará para su publicación los trabajos que tengan interés por los conocimientos e informaciones específicos de ciencias de la salud y que contribuyan al desarrollo y mejor definición de la enfermería en cualquiera de sus actividades.

NORMAS

1. Los trabajos que se proponen para su publicación en *Hygia de Enfermería*: Deben ser originales, inéditos, no aceptados ni enviados simultáneamente para su consideración en otras revistas. En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o evento similar se deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, así como su forma de presentación (póster, comunicación oral o ponencia). También si se ha publicado en el resumen del libro oficial del congreso, estimando que en el caso que fuera el texto completo no se consideran inéditos.

2. Los autores deben indicar si han recibido financiación y si pudiera existir un conflicto de intereses.

3. No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos.

4. Los autores deben obtener autorización previa para:

- Presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas.
- Publicar fotografías que permitan la identificación de personas.
- Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.

5. Los autores renuncian tácitamente a los derechos de publicación, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista Hygia de Enfermería.

Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Consejo de Redacción y obligatorio citar su procedencia.

6. El Consejo de Redacción de la revista Hygia de Enfermería propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del correspondiente original. En estos casos, los autores deberán remitir el original con las modificaciones propuestas en un plazo no superior a seis meses; en caso contrario, el Consejo de Redacción no podrá garantizar su publicación.

7. Los autores deben aceptar todas las normas de la revista *Hygia de Enfermería*. El Consejo de Redacción de la revista *Hygia de Enfermería* no asume responsabilidades derivadas de las afirmaciones realizadas en los trabajos, ni el falseamiento o incumplimiento de las presentes normas.

TIPOS DE ARTÍCULOS

Se pueden proponer los siguientes tipos de trabajos:

- Artículos Originales: descripción completa de una investigación básica o clínica que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica.
- Revisiones: revisión de publicaciones anteriores relacionadas con un tema de interés, que pretende ofrecer una actualización de los conocimientos sobre el mismo.
- Casos clínicos: breve descripción de uno o varios casos que presentan un problema determinado, mostrando aspectos nuevos o instructivos que contribuyan al aumento del conocimiento de la enfermería.
- Artículos especiales: se publicarán los trabajos de formación continuada, protocolos, procedimientos, técnicas y cualquier otro documento que pueda ser de interés científico para la profesión.

PREPARACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas disponible en: <http://www.icmje.org>. y encontrándose traducida al castellano en:

http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.htm.

Se recomienda a los autores que lo revisen con consultas y lecturas antes del envío o presentación de los manuscritos.

Los textos deben de estar mecanografiados a uno y medio espacio, por una sola cara, con márgenes de 2,5 cm., en papel blanco de tamaño DIN A-4 y una extensión máxima aproximada de unas 15 páginas (gráficos, figuras, fotos, etc. deberán ir a parte y sin contar como páginas). Las hojas se numerarán correlativamente en el ángulo inferior derecho. El trabajo se presentará tanto impreso en papel como en CD/Diskete. Las abreviaturas en la primera ocasión que se utilicen deben ir precedidas por el término sin abreviar, a menos que sea una unidad de medida estándar y, a ser posible, emplear abreviaturas utilizadas internacionalmente. Evitando su uso en el título y resumen.

PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

I. Se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

En primera página, fuera de paginación.

- título del artículo tanto en castellano como en inglés.
- nombre de pila completo y apellidos de cada uno de los autores, profesión y centro de trabajo en su caso.

- c) centro/s donde se ha realizado el trabajo.
- d) nombre, dirección de correo electrónico, y teléfono del autor responsable para la correspondencia.
- e) financiación total o parcial del estudio si existiese (conflicto de intereses).
- g) si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso.

II. Resumen y palabras clave

En segunda hoja, fuera de paginación, deberán incluirse los resúmenes y las palabras clave en castellano e inglés.

Resumen.

Su extensión aproximada será de 150 palabras. Se caracterizará por: 1) poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo; 2) desarrollar los puntos esenciales del artículo en términos concretos; 3) estará ordenado observando el esquema general del artículo en miniatura, y 4) no podrá incluir material o datos no citados en el texto.

Debajo del resumen se especificarán de tres a seis palabras clave para referencia cruzada de los centros de datos.

III. Texto

Será presentado en castellano, paginado y en la medida de lo posible se ordenará de acuerdo con los siguientes apartados y según el tipo de artículo:

Introducción:

Será breve y planteará el estado de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente el objetivo del artículo.

Material o Personas y Métodos/Caso Clínico/ Observaciones:

Se señalarán los sujetos, métodos y procedimientos utilizados; materiales y equipos empleados y el tiempo del estudio. Cuando sea necesario se señalará el tratamiento estadístico seguido y las razones de su elección.

Resultados:

Describirá los datos recogidos y los hechos observados de una manera concisa, objetiva y sin interpretar. Guardando una secuencia lógica en el texto y destacando las observaciones más relevantes.

Discusión y Conclusiones:

Interpretará y explicará razonadamente el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones futuras. Si procede se hará comparación con otros estudios similares y finalmente se tratará de relacionar las conclusiones con los objetivos del trabajo.

IV. Agradecimientos

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y personas, si las hubiera, que han contribuido de forma significativa en la realización del estudio. Los autores tienen la

responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso.

V. Bibliografía.

Las referencias bibliográficas preferentemente se numerarán consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el texto. Las citas bibliográficas de artículos de revista, libros, protocolos, leyes u otro material publicado o en soporte electrónico deben realizarse siguiendo las normas de Vancouver, disponible en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, mencionadas anteriormente.

Ejemplos:

Artículos de revistas

Autor/es Personal/es:

Miguez A, Muñoz D, Sanchez J. Vendaje e inmovilizaciones con yeso. *Hygia de Enfermería* 2007; 65 (XIV): 11-19.

Con siete o más autores (citar los seis primeros y añadir et al.)

Autor Corporativo:

Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based Medicine. *JAMA* 1992; 286: 2420-2425.

Libro Completo:

Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, SA; 1996.

Capítulos de libros:

Gomez de la Cámara A. Medicina basada en al evidencia. Implicaciones en atención primaria. En: *Manual de Medicina basada en la evidencia. Elementos para su desarrollo y aplicación en Atención Primaria de Salud*. Madrid: Jarpyo. 1998. p. 15-27.

Artículo en Internet:

Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.[Acceso 10 Sep 2007] Disponible en: <http://www.update-software.com>.

VI. Tablas

Figuras y Tablas: Se numerarán de forma correlativa con números arábigos y según el orden de aparición en el texto. Deben servir de complemento al texto y no de repetición. Las tablas llevarán el título en la parte superior y con nota a pie, necesaria para su mejor comprensión.

Se entienden por figuras: fotografías, gráficas, hojas de valoraciones, esquemas, etc. Las fotografías seleccionadas deberán ser de buena calidad para mejorar su reproducción; en el dorso llevarán una flecha indicando la parte superior.

Tanto las figuras como las tablas se presentarán en sobre aparte, en ningún caso incluidas en el texto para su mejor procesamiento gráfico. Incluyendo en este sobre un folio con las leyendas de los pie de fotografías y de otras figuras, si fuera necesario.

**SEGURO
INVER MÁS**



**EL VIAJE HACIA
LA RENTABILIDAD.**



Le ofrecemos el **Seguro Inver Más Caja Madrid**, el viaje más seguro y directo desde tan sólo 3.000€.

Con una interesante rentabilidad: **5% interés técnico garantizado los primeros 11 meses.**

Un viaje muy especial que hará de su inversión una experiencia tan rentable como segura:

- **5% interés técnico garantizado los primeros 11 meses.**

Actualizándose, con revisiones trimestrales a partir del mes 12* y hasta el momento que usted desee.

Y una vez transcurridos los primeros 11 meses puede solicitar rescates parciales y totales.**

Además, con la ventaja de tener un seguro de vida que garantiza, en caso de fallecimiento, un capital igual al valor del Fondo Acumulado, más un 5%.

Si le ha parecido un plan excepcional, coja las maletas, volverá con una rentabilidad muy atractiva.

*Revisiones trimestrales referenciadas a: Euribor 3 meses - 30 puntos básicos.

**Siendo el valor de rescate un porcentaje del valor del fondo acumulado:
Del mes 12 al mes 24 inclusive: 99% y a partir del mes 25: 100%.



**SEGURO
INVER MÁS**



CAJA MADRID
¿QUEREST PUEDES

En busca
de la
rentabilidad.

5%
interés
técnico



Certificación de calidad
en Medios de Pago.



Oficina Caja
Madrid
en el Colegio
Avenida Ramón
y Cajal, 20
Teléfono
954 93.28.80

XXIV Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla

Luis Ramos Araujo

P R E M I O S

PRIMERO: 3.600 € SEGUNDO: 1.800 € TERCERO: 1.200 € Accésit ENFERMERÍA JOVEN: 1.000 €

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

B A S E S

- 1º. DENOMINACIÓN: Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2º. OBJETO: Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
El Certamen se amplía con un Accésit denominado "Enfermería Joven" y dotado con 1.000 euros. Se otorgará al estudio monográfico o trabajo de investigación inédito de los presentados al Certamen por profesionales de enfermería colegiados que hubiesen terminado los estudios universitarios hasta cuatro años anteriores a la presente convocatoria, debiendo presentar documento que acredite el año de finalización de los estudios de enfermería. Un mismo trabajo no se podrá presentar, conjuntamente, a los Premios y al accésit. Cualquier colegiado que cumpla los requisitos indicados en el párrafo anterior, podrá optar por alguna de las dos modalidades. En el caso de presentarse para el "Accésit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven".
- 3º. DOTACIÓN: La dotación económica será de 3.600 Euros para el trabajo premiado en primer lugar; 1.800 Euros para el trabajo premiado en segundo lugar, 1.200 Euros para el premiado en tercer lugar y Accésit Enfermería Joven 1.000 Euros.
- 4º. PRESENTACIÓN: Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados, en idioma castellano, dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- 5º. CONCURSANTES: Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6º. JURADO: Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales corresponderá: al Colegio de Sevilla; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; tres Vocales del profesorado de las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno de entre los responsables de las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del jurado serán Diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario, del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El jurado será nombrado anualmente.
- 7º. INCIDENCIAS: El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- 8º. DECISIÓN DEL JURADO: Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- 9º. DOCUMENTACIÓN: Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Ramón y Cajal, nº 20-Acc. (41005-Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXIV CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación.
En su interior incluirán: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombre y dirección completa del autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere.
Igualmente, en la plica deberá incluirse declaración jurada del autor, o autores, donde se exprese que dicho trabajo es inédito y no se ha hecho público con anterioridad ni presentado a ningún premio, certamen o publicación de cualquier ámbito. Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.
- 10º. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS: Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXIV Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11º. TITULAR DEL PREMIO: Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2008. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del jurado, mediante correo certificado.
El fallo del jurado se hará público hasta el día 15 de diciembre de 2008.



144 Años avanzando con la Profesión

PREMIOS 2007

- 1º. Ángel Rodríguez Hurtado (Sevilla)
- 2º. Fernando García González (Cádiz)
- 3º. Mª del Carmen Álvarez Baza (Gijón)

Patrocina:



Seguros