

**Mitos y
símbolos
de la
salud**

**Estudio de
validación
clínica sobre
los cuidados
especializados
en el parto**

**Guía para el
uso correcto
de
antisépticos**



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

Las especialidades de Enfermería y sus comisiones nacionales

Desde su aprobación y difusión en el Boletín Oficial del Estado (BOE) el 6 de Mayo de 2005 que publicaba el real decreto de Especialidades de Enfermería, se formaron las Comisiones Nacionales para el desarrollo definitivo de las siete especialidades que contempla este decreto. De las cuales dos estaban vigentes en ese momento [Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona) y Salud Mental] y las otras cinco son de nueva creación (Enfermería Familiar y Comunitaria, Trabajo, Médico-Quirúrgica, Pediátrica y Geriátrica).

Estas Comisiones están formadas por enfermeras-os especialistas en unos caso como ocurre con las matronas y salud mental y en otros por compañeras-os con una larga experiencia en las diferentes áreas de su especialización, que condicionaron su designación. Compuestas mayoritariamente por representantes de las Universidades, Servicio de salud de las Comunidades Autónomas, Residentes de la especialidad en su caso, Asociaciones Científicas y por el Consejo General de Enfermería.

Tienen encomendada la decisión de los aspectos fundamentales de cada especialidad, aunque también actúan como miembros asesores del Ministerio de Sanidad y son el órgano encargado del desarrollo y puesta en marcha de las especialidades aprobadas por el real

decreto, adecuándolas al mismo.

Su trabajo se ha desarrollado mediante la realización de numerosas reuniones previas en algunos casos y de forma institucional una o dos veces al mes (en el Ministerio de Sanidad) para debatir las diferentes propuestas y unificar criterios, llevando previamente en la mayoría de los casos los "deberes realizados" para agilizar en lo posible la puesta en común de los temas a tratar. Lo que ha supuesto hasta ahora un trabajo intenso, complejo y continuo que se traducirá en la producción del perfil concreto de Enfermera-o Especialista en cada especialidad y que ocasionará un nuevo modelo sanitario y un cambio fundamental en el Sistema Nacional de Salud.

Su trabajo se ha centrado fundamentalmente en el caso de las especialidades de nueva creación en la definición del concepto, forma, metodología y modelo de especialidad y en la ya existente en su adecuación y progreso. Ello ha supuesto generalmente la creación o desarrollo de los planes de formación de las especialidades, duración de la residencia, acreditación de unidades docentes, convalidación de títulos de otros países, competencias generales y específicas, etc.

De los que destaca como principal trabajo y horas de dedicación, la elaboración y/o desarrollo de los programas formativos y su adecuación a la

legislación vigente, que sentará las bases para formar a la enfermera-o especialista con las mayores garantías de calidad.

Otro aspecto destacado y que ha contado con un elevado interés de los miembros de las comisiones ha sido la investigación, considerada como eje fundamental para el progreso de la profesión, mediante la mejora y eficacia continua de los cuidados, garantía de una base científica que guíe la práctica clínica y perfeccione la asistencia, tanto general como la especializada en nuestro caso.

Afortunadamente contamos con un equipo de profesionales muy ilusionados y con gran capacidad de trabajo, por lo que podemos afirmar que merece la pena esta larga espera, que gracias a la labor tan intensa que están realizando, el proceso de desarrollo de las Especialidades de Enfermería va por buen camino, que dada su complejidad y dificultad necesita un plazo de tiempo prudencial para alcanzar nuestro objetivo de forma excelente y que estamos mas cerca de conseguir brillantemente una reivindicación que la profesión estaba solicitando desde hace más de 20 años.

María José Espinaco Garrido,
vocal matrona del Consejo General de Enfermería, de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).

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.colegioenfermeriasevilla.es
Correo Electrónico: colegio@icoe.es

MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

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



Foto: *Astrophytum Capricorne*
Autor: José Luis Santos Serrano
Nº Colegiado: 2.545

Sumario

- 3 Las especialidades de Enfermería y sus comisiones nacionales
- 5 Mitos y símbolos de la salud
- 10 Estudio de validación clínica sobre los cuidados especializados en el parto
- 22 Guía para el uso correcto de antisépticos
- 30 "Prostatectomía radical laparoscópica: actuación de enfermería"
- 35 Protocolo de continuidad de cuidados de enfermería tras el alta hospitalaria en consulta postquirúrgica ginecológica
- 40 Enfermería en urografía intravenosa
- 45 Perfil del paciente lesionado en lugares de ocio
- 49 Tratamiento con anticoagulantes: Heparina
- 54 Plan de cuidados de enfermería a pacientes con traqueostomías en UCI
- 60 Apósitos con plata para el tratamiento de heridas. Revisión

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.

MITOS Y SÍMBOLOS DE LA SALUD

■ Encarnación Torralbo Aranda

Enfermera

Hospital de la Mujer. Hospital Universitario Virgen del Rocío (Sevilla)

Resumen

La Universidad de Indiana, en los Estados Unidos, ha publicado recientemente un estudio –llamado “Enterrando los mitos médicos”– en la revista *British Medical Journal*, en él se llega a la conclusión de que los mitos no sólo son creídos por la población sino también por los expertos de la salud (1).

En este caso, el presente trabajo pone de manifiesto un mito muy arraigado en el colectivo sanitario español como es la influencia de la luna ya sea en procesos biológicos, el parto, como patológicos, en el caso de la epilepsia.

Muy ligado a los mitos están los símbolos, ya que suelen presentar una fuerte connotación para la cultura y es el motivo por el que permanecen durante décadas y siglos. La “Estrella de la Vida” y la “Cruz de Malta” son un ejemplo de ello, a continuación se describe el contexto histórico en el que surgieron así como el significado simbólico de su anagrama.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Organización
- ✓ Mito
- ✓ Símbolo
- ✓ Salud
- ✓ Enfermería
- ✓ Estrella de la vida
- ✓ Cruz de Malta
- ✓ Luna
- ✓ Urgencia

INTRODUCCIÓN

La historia del mito es la historia de la humanidad. Nuestro afán por entender el mundo nos lleva a buscar causas y significados a todo cuanto nos aparece. En una sociedad cada vez más “ilustrada” y dominada por la ciencia, nuestra conciencia mitológica aflora solamente en situaciones extremas: cuando la estructura racional de la sociedad se desploma.

Los mitos en el ámbito de la salud han prevalecido durante todos los tiempos, pues no sólo han dado sentido a lo inexplicable sino que han permitido expresar y realzar las creencias, salvaguardar, y no imponer, los preceptos de orden moral implícitos en una comunidad histórico-cultural asegurando su cohesión.

En definitiva, son instrumentos imperecederos que nos permiten establecer un vínculo de unión entre nuestros antepasados y nuestros semejantes. Como tales debemos conocerlos.

LA CULTURA EN LAS ORGANIZACIONES

Nuestras vidas más que nunca, se desarrollan en el seno de las organizaciones encuadradas en alguna sutil categoría: miembros, clientes, pacientes, consumidores, etc. Tal es la

importancia que en nuestras sociedades industrializadas han cobrado las organizaciones que llegan incluso “a mantener el poder de la vida y de la muerte sobre nosotros, por ejemplo, respecto a cuestiones como si el feto tiene derecho a vivir o si alguien cuya vida es mantenida artificialmente tiene derecho a morir” (2).

Pero ¿qué es una *organización*? La palabra organización deriva del griego “organón” que significa “instrumento” (3). En la actualidad dicho término puede ser aplicable a tres ámbitos, bien como entidad, actividad o a ambos casos. En este trabajo se va a entender el término organización como una entidad (formal o informal), es decir, como “un conjunto de elementos, compuesto principalmente por personas, que actúan e interactúan entre sí bajo una estructura pensada y diseñada para que los recursos humanos, financieros, físicos, de información y otros, de forma coordinada, ordenada y regulada por un conjunto de normas, logren determinados fines, los cuales pueden ser lucro o no” (4). Pero estas acciones que se ejecutan están determinadas por las ideas, los valores y las expectativas generadas y transmitidas en el curso de la interacción entre los sujetos, en definitiva, están condicionadas por la *cultura* de la institución.

La cultura proporciona la base sobre la que las personas construyen su conocimiento acerca del mundo y de sí mismos. Parte de este bagaje es empírico, descriptivo, objetivo y quizás la mayor parte sea mítico, es decir, está relacionado, no con los

hechos y elementos visibles, sino con los significados que sus miembros comparten, mantienen y transmiten a través de las tradiciones, costumbres, *mitos*, pensamientos *símbolos*, rituales, etc. (5, 6)

El análisis de una cultura implica no caer en el error de algunos sesgos comunes como son que el observador no sea neutral, obviar las subculturas... En consecuencia, López Yáñez (7) establece un marco conceptual, en un intento de recoger y unificar las propuestas de diferentes autores (ver tabla I).

ANÁLISIS DE LA CULTURA ORGANIZATIVA	
Categorías	
CONTENIDO	Apariencia física Pautas de conducta Lenguaje Reglamento implícito Valores Asunciones
FUERZA	Penetración o Extensión Homogeneidad Claridad
ORIENTACIÓN	Retrospectiva Prospectiva
TRAMA SOCIAL	Héroes Narradores Sacerdotes Murmuradores o Espías Coaliciones

Tabla I. Análisis de la cultura organizativa

2.1 DEFINICIÓN DE MITO

Etimológicamente la palabra *mito* deriva del griego *mythos* (*μῦθος*) que significa "historia".

Según el diccionario de la Real Academia Española un mito es una "narración maravillosa situada fuera del tiempo histórico y protagonizada por personajes de carácter divino o heroico. Con frecuencia interpreta el origen del mundo o grandes acontecimientos de la humanidad" (8).

2.2 MITOS DE LA SALUD

2.2.1 EL MITO DE LA LUNA

Desde los orígenes de la humanidad han existido inquietudes por el culto y el estudio de la luna. Las primeras civilizaciones ya medían el tiempo utilizando calendarios lunares, es decir, contando las fases de la luna.

Las fases lunares representan las diferentes iluminaciones que el satélite recibe del sol. Se producen como consecuencia de los cambios en su posición relativa con respecto a la tierra y el sol, siendo su ciclo o lunación de una duración aproximada de 28 días.

Existen cuatro tipos de fase lunar (9):

- Fase I: Luna nueva o novilunio. Tiene lugar cuando ésta se sitúa exactamente entre la tierra y el sol, y por tanto la cara iluminada no puede ser vista desde la tierra. En este estadio sale por la mañana y se pone por la tarde, con el sol.
- Fase II: Cuarto creciente. Los tres cuerpos forman un ángulo recto, por lo que se puede observar en el cielo la mitad derecha de la luna, en su periodo de crecimiento. Sale al mediodía y se pone alrededor de la medianoche.
- Fase III: Luna llena o plenilunio. Ocurre cuando la tierra se ubica entre el sol y la luna, de modo que toda la cara que mira hacia la tierra resulta iluminada por el sol. Sale por la noche y se pone por la mañana.
- Fase IV: Cuarto menguante. Los tres elementos vuelven a formar un ángulo recto, por lo que se puede observar la otra mitad izquierda de la luna.

En la actualidad, las investigaciones científicas y estadísticas han confirmado que debido a los cambios en la atracción gravitatoria y a las radiaciones que reflejan las distintas fases, éstas afectan a (10):

- La altura de las mareas oceánicas
- Las migraciones de las aves
- Las temperaturas terrestres
- El número de tormentas eléctricas
- El volumen de las precipitaciones
- La probabilidad de que se formen huracanes
- La reproducción de ciertas algas
- Etc.

Otros expertos señalan que las fases lunares, sobre todo el plenilunio, influyen en nuestra reproducción, carácter, violencia, estado de ánimo y salud (11). Sin embargo, gran parte de la comunidad científica considera estos estudios como contradictorios y no corroborados de forma erudita, ya que se basan en datos anecdóticos e inconsistentes (10).

Este es el caso de la influencia de la luna en la fertilidad, embarazo y parto de la mujer. Según la mitología, el plenilunio actúa sobre los fluidos intrauterinos de forma parecida a como lo hace con la altura de las mareas oceánicas (12, 13, 14). Sin embargo no parece casual que la palabra "menstruación" signifique "cambio de luna" en latín (15), así como que el ciclo ovulatorio de la mujer oscile con la cifra del periodo de lunación.

Por todos los profesionales de la obstetricia es conocido el tópicos del incremento de partos en los días de luna llena. El

saber popular va más allá con el siguiente dicho: “si se pare en cuarto creciente, el próximo hijo será diferente y si nace en cuarto menguante, igualante” (11).

Las enfermedades mentales y la epilepsia son patologías a las que también se le ha atribuido una cierta relación con nuestro satélite, como prueba la vieja etiqueta del “lunático” o, en términos más modernos, el “Efecto Transilvania” (17).

Sea creencia popular o mitología, lo cierto es que entre el colectivo de emergencias (policías, bomberos, psicólogos...) así como en la comunidad enfermera es común oír esta frase: “Hoy debe haber luna llena...” (11).

2.3 DEFINICIÓN DE SÍMBOLO

Etimológicamente la palabra *símbolo* deriva del latín *simbolum* y ésta del griego *σύμβολον*.

Según el diccionario de la Real Academia Española un símbolo es una “representación sensorialmente perceptible de una realidad, en virtud de los rasgos que se asocian con ésta por una convención socialmente aceptada” (18).

2.4 SÍMBOLOS DE LA SALUD

2.4.1 LA ESTRELLA DE LA VIDA

A principios de los años sesenta, los primeros vehículos de emergencia sanitaria estadounidenses utilizaban como identificación la Cruz Roja o modificaciones de la misma como la cruz naranja o amarilla.

Este uso indiscriminado provocó una queja por parte de la Cruz Roja a la Administración Nacional de Seguridad de Tráfico en Autopistas (National Highway Traffic Safety Administration-NHTSA), ya que este emblema sólo se puede utilizar durante los conflictos bélicos según el acuerdo de la convención de Ginebra (19).

Por esta razón en 1.973, Leo R. Schwartz, jefe de los servicios médicos de emergencia de la NHTSA diseñó el símbolo de la *Estrella de la Vida* azul (Star Life) (ver fig. 1) (20).

Su configuración está formada por tres rectángulos super-



Figura 1.

puestos y rotados, creando una figura con seis extremos, cada uno de los cuales representa las funciones de la respuesta a la emergencia médica (ver tabla II). La vara que integra el centro de la estrella es conocida como “el bastón de “esculapio” (Dios de la Medicina), y en ella está enrollada una serpiente que representa la salud. Ambas figuras simbolizan el siguiente simil: “*mientras que los médicos sostienen el poder sobre la vida y la muerte, el personal de emergencias sanitaria lo tienen sólo sobre la vida*” (21).

1. Detectar.
2. Responder.
3. Informar.
4. Cuidado en la escena.
5. Cuidado en el traslado.
6. Traslado al centro óptimo.

Tabla II. Funciones del sistema médico de emergencia

La Estrella de la Vida fue registrada como marca el 1 de febrero de 1977 en la comisión de patentes en nombre de NHTSA, e identifica no sólo al personal sanitario sino a los recursos materiales que intervienen en una emergencia médica (19).

Posteriormente, este emblema ha sido adaptado como identificación del personal médico por la Asociación Médica Americana AMA (American Medical Association).

2.4.2 LA CRUZ DE MALTA (22, 23, 24)

La Cruz de Malta representa a la soberana Orden Militar y Hospitalaria de San Juan de Jerusalén, Rodas y Malta, más conocida como la Orden de Malta.

Para entender su significado es necesario remontarse a la primera mitad del siglo XI, cuando Jerusalén se hallaba bajo el dominio de los califas de Egipto.

En aquellos tiempos, el hoy beato, Gerardo Tonque fundó el Hospicio de San Juan de Jerusalén, compuesto por una comunidad de religiosos benedictinos que seguían la Orden de San Juan Bautista, y que daban cobijo a toda clase de enfermos y peregrinos de la época.

La pacífica vida de los miembros de esta congregación humanitaria cambió cuando los turcos seleúcidas conquistaron Jerusalén en el año 1071. Fue entonces, cuando el Papa Urbano II hizo un llamamiento a sus fieles y al ejército para echar de la tierra santa a los infieles, este fenómeno se conoció con el nombre de la “Las Cruzadas”.

La primera cruzada tuvo lugar el 7 de julio de 1099, fue

organizada por borgoñones y alemanes y conducida por Godofredo de Bouillon; entre sus objetivos estaba liberar de la prisión a fray Gerardo Tonque, su delito había sido lanzar pan a las tropas cristianas desde el interior de la Ciudad Santa.

Lo cierto es que esa conquista es la que marca el fin de la Orden pacífica y el nacimiento de una Orden militar, la más importante de la Edad Media, pues hasta ese momento los religiosos no habían empuñado nunca las armas. Unos años atrás, el quince de febrero del año 1113 el Papa Pascual II, aprobaba una bula religiosa en virtud de la cual el hospicio se convertía en Orden exenta de poderes por parte de la iglesia.

Estos hechos políticos unidos al período de sucesión en el cargo del fundador de la Orden obligaron por un lado, a que el hospicio se convirtiera en un hospital y, por otro lado, que se asumiera la defensa militar no sólo de los territorios conquistados por los cruzados a los musulmanes, sino también de los enfermos y peregrinos hospitalizados.

Durante las cruzadas se formaron otras órdenes aunque con menos relevancia, como la de los Caballeros Hospitalarios Teutónicos o de Santa María del Teutón y los Caballeros Hospitalarios de San Lázaro.

Los hospitalarios se convirtieron en los más aguerridos guardianes de la fe: vigilaron el Camino de Santiago, las rutas hacia Roma y, concretamente en España, combatieron en varias batallas, como en las Navas de Tolosa. Ocuparon la vanguardia en la conquista de Mallorca, Valencia, Murcia, Jaén, Córdoba, Sevilla, Lorca, Baeza y en el Salado. A cambio, la Orden recibió mercedes, privilegios, fortalezas y tierras, así como donaciones reales; con tales tesoros, financiaban la construcción de nuevos hospitales, navíos y fortificaciones.

Los hermanos de la Orden de San Juan de Jerusalén se dieron pronto a conocer por su intrepidez en las batallas y por sus sólidas fortificaciones. Entre ellas, destacó el Krak de los Caballeros, una imponente edificación de piedra que se alza todavía en una colina a 750 metros de altitud en Siria, y que estaba rodeada por molinos de viento, una característica propia de las construcciones de la Orden.

Con el final de su presencia en Tierra Santa los caballeros fueron apropiándose de las islas de Rodas en 1310, los miembros de la Orden pasaron a ser llamados Caballeros de Rodas. En 1530 el emperador Carlos V cedió la isla de Malta a los Caballeros, a raíz de lo cual los miembros de la Orden adquirieron su última denominación, que aún hoy sigue siendo la más utilizada: los Caballeros de Malta.

En 1575 se crea, en la ciudad portuaria de La Valetta, Malta, el hospital más grande e importante de la orden, en la mayoría no había médico por lo que la asistencia sanitaria recaía en la enfermería.

Las Órdenes Hospitalarias dividían a sus miembros en clases y grados:

- Los caballeros-soldados, protegían a los peregrinos,

luchaban en el frente y, como tarea secundaria, cuidaban a los enfermos.

- Los sacerdotes, atendían las obligaciones religiosas de la iglesia, los campamentos militares y los hospitales.
- Los hermanos sirvientes atendían los viajeros cansados y administraban los cuidados básicos a los heridos y enfermos. A fin de que estuviesen lo más saludable posible se cumplían medidas de profilaxis muy avanzadas para su tiempo, se examinaba la orina a los enfermos, había camas individuales con varios juegos de sábanas y mantas, los enfermos tenían pellizas y pantuflas, se les daba comida en abundancia... A pesar de todo, los documentos históricos aportan poca información sobre los cuidados que se aplicaban.

Estas órdenes militares ejercieron gran influencia en la enfermería, llegando a ser punto de referencia para asentar las bases de la estructuración y organización de los hospitales europeos.

La Revolución Francesa asestó un duro golpe a la Orden de San Juan de Jerusalén, Rodas y Malta pues en Francia todos sus bienes fueron confiscados. Posteriormente, cuando Napoleón inició la campaña de Egipto, ordenó la toma de la isla. Dado que los caballeros, según los votos del beato Gerardo, no podían alzarse en armas contra un príncipe cristiano, no ofrecieron resistencia y abandonaron la isla. Poco después, la Orden se trasladó a Roma, donde en la actualidad tienen su sede.

La indumentaria que vestían consistía en una túnica negra con una cruz blanca cosida sobre el pecho en una capa negra en tiempos de paz, y en fondo rojo en tiempos de guerra, con cuello de plisadillo blanco y un gorro ceñido negro.

Esta cruz provenía de un escudo de la ciudad natal del padre de Gerardo Tonque y con el paso del tiempo se la denominó "Cruz de Malta" (ver fig. 2). Consta de ocho puntas que representan las virtudes que todos los hospitalarios debían ejemplificar en las tareas de caridad de su vida cotidiana, (ver tabla III).

Por la relación que esta Cruz ha mantenido son la



Figura 2.

Asistencia Hospitalaria y los Cuidados se ha tomado como símbolo representativo y anagrama de los Profesionales de Enfermería (25).

Hoy día, la Orden cuenta con hospitales y obras sociales en los cinco continentes.

1. Goce espiritual.
2. Vivir sin malicia.
3. Arrepentirse de los pecados.
4. Humillarse ante los que te injurian.
5. Amar la justicia.
6. Ser misericordioso.
7. Ser sincero y puro de corazón.
8. Sufrir la persecución con abnegación.

Tabla III.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enterrando los mitos médicos. http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_7161000/7161341.stm
2. Greenfield, T.B. Leaders and schools: wilfulness and non natural order in organizations. En Sergiovanni, T. y Corbally, J. (Eds). Leadership and organizational culture. University of Illionois Press, 142-170.
3. Concepto de organización. http://148.202.148.5/Cursos/Id204/Unidad_4/41.htm [06/12/2.007].
4. Concepto de organización. <http://www.promonegocios.net/empresa/definicion-organizacion.html> [07/12/2.007].
5. Bates, R. Corporate culture, schooling and educational administration. Educational Administration Quarterly, 4 (23), 1.987:79-115.
6. Morgan, G. Imágenes de la Organización. Ed. Ra-ma, 1990.
7. López Yáñez, J. et al. Para comprender las organizaciones escolares. Ed. Repiso Libros, 2.004:157.
8. Definición de mito. <http://www.buscon.rae.es/> [01/12/2.007].
9. Las fases lunares. La influencia de la luna y sus ritmos. <http://www.asesorianutricional.com.ar/articulos-20.htm> [15/12/2.007].
10. La cara más misteriosa de la luna. <http://www.revistalaguia.com/articulo.php?edicion=63&id=479> [18/12/2.007].
11. Medicina. La luna llena puede alterar el comportamiento humano. <http://www.elmundo.es/salud/1999/334/02405.html> [03/12/2.007].
12. Guerrero Guijo, I. et al. ¿Influye la luna en el parto? Revista Rol de Enfermería, vol. 27, nº 11, 2.004:7-12.
13. Soto Herrero, V. Influencia de las fases lunares en el inicio del parto, en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Revista electrónica semestral de Enfermería Global, nº 11, 2007. http://www.uclm.es/ab/enfermería/revista/numero%2014/influencia_lunar_y_barom%E9trica_s.htm [16/11/2.007].
14. García, Mª V. Et al. Influencia lunar y barométrica sobre los partos y la rotura espontánea de membranas ovulares. Revista de Enfermería, publicación de la Escuela Universitaria de Enfermería de Albacete. nº 14, 2.001
15. Definición de menstruación en latín. <http://archivo.elnuevodiario.com.ni/2002/diciembre/04-diciembre-2002/ellas/ellas1.html> [01/12/2.007]
16. ¿Tiene influencia la luna sobre el cuerpo humano? http://www.seme.org/area_seme/actualidad_articulo.php?id=578 [11/11/2.007].
17. Breve historia de la epilepsia. <http://www.apicepilepsia.org/Sociedad.htm> [28/11/2.007].
18. Definición de símbolo. <http://www.buscon.rae.es/> [01/12/2.007].
19. Historia de la Estrella de la Vida. <http://www.ramosmejia.org.ar/r/200603/6.pdf> [11/12/2.007].
20. La Estrella de la Vida. Imagen tomada de Rescue-EMS Magazine, julio-agosto 1992.
21. La Estrella de la Vida. <http://puntocero.iespana.es/IMAGES/revista6.pdf> [15/12/2.007].
22. La soberanía de la Orden de Malta. http://www.jaybarra.net/La_Orden_de_Malta.html [20/12/2.007].
23. Web oficial de la Orden de Malta. <http://www.orderofmalta.org/nomiordine.asp?idlingua=4> [22/12/2.007].
24. La Orden de Malta. http://es.wikipedia.org/wiki/Orden_de_Malta [29/12/2.007].
25. Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre. Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.

ESTUDIO DE VALIDACIÓN CLÍNICA SOBRE LOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EN EL PARTO

- **José Carlos Bellido Vallejo.** Enfermero Área Quirúrgica Hospital Universitario Médico-Quirúrgico. CHJ.
 - **José Carlos Águila Barranco.** Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Materno-Infantil. CHJ. Unidad de Partos- Hospital Universitario Materno-Infantil. Complejo Hospitalario de Jaén.
- Trabajo premiado en el XXII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla**

Resumen

El Parto “*Nacimiento de un niño*” es la intervención NIC a estudiar, investigar y validar en nuestro entorno de cuidados. Se trata de estudiar la fase tres del parto (expulsivo y alumbramiento) y analizar el grado de implementación clínica de la intervención “Parto”.

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Dos grupos (Clínico y de Expertos) con registros específicos. Entre otros, se establecen criterios para verificar la pertinencia de la intervención y niveles de relación entre actividades e intervención.

Muestra 196 mujeres, 30, 10 años y 39,5 semanas de gestación media; acompañamiento 96,4% y 51,5% de episiotomías. Se obtienen niveles de relación y catalogación de las actividades.

Análisis contrastado sobre los datos, valorando críticamente aspectos como el acompañamiento, la información mujer/familia, niveles de ejecución de actividades y grupos homogéneos dentro de la intervención “Parto”.

Existe necesidad de investigaciones de validación clínica sobre la NIC. Este estudio permite decir cuales son los cuidados especializados que reciben las mujeres, evaluarlos desde otros puntos de vista, establecer niveles de ejecución y focos de actuación prevalente. Las matronas no olvidan aspectos como el acompañamiento, la privacidad, el confort. Los datos obtenidos son útiles en la planificación de cuidados/recursos y permiten el reconocimiento de la importante labor realizada por las matronas.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Validación,
- ✓ Intervención,
- ✓ Actividad,
- ✓ Parto,
- ✓ Intervención Enfermera,
- ✓ Cuidados de Enfermería,
- ✓ Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).

INTRODUCCIÓN

Las organizaciones de salud para aumentar la eficacia y la efectividad de los recursos sanitarios necesitan ampliar la participación de los profesionales¹⁻². Los profesionales de enfermería, son agentes fundamentales en este proceso de cambio y transformación de los servicios de salud. En los últimos tiempos muchas de sus aspiraciones profesionales han sido reconocidas; esto le coloca en una posición muy ventajosa a la hora de aportar su participación y mejora en la atención a los ciudadanos³.

Hoy día no es posible aumentar la calidad de los cuidados, sino con investigaciones que deben estar en consonancia con las demandas de los ciudadanos, las necesidades de las insti-

tuciones sanitarias y las exigencias y ambiciones profesionales de las propias enfermeras⁴.

La investigación enfermera crece y se desarrolla a un ritmo cada vez más importante abarcando todos los ámbitos y lugares donde es competente⁵⁻¹². Parte de las investigaciones están enfocadas a la búsqueda de herramientas que permitan su desarrollo profesional. Algunas investigaciones se han encaminado a intentar evaluar los resultados de los pacientes, como la Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)¹³; otras en identificar los problemas de los pacientes, como es la Clasificación Diagnostica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)¹⁴, y otras han intentado catalogar las actuaciones y actividades que realizan las enfermeras, como la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)¹⁵.

La clasificación NIC ha mostrado ser una herramienta potente que analiza y estandariza lo que las enfermeras hacen para resolver los problemas de sus pacientes. La investigación para desarrollar la NIC comenzó en 1987 y en la actualidad se encuentra en su 4ª edición¹⁵. En este proceso de investigación hay que destacar el importante papel que cumple la validación¹⁵⁻¹⁷, realizada por expertos, especialistas o representantes cualificados de organizaciones de la práctica clínica¹⁸.

La aportación de la NIC es muy importante, a pesar de lo cual existen aspectos que han de ser apreciados con rigor. La investigación se ha realizado en un contexto de cuidados diferente al nuestro, en EEUU, lo que en buena lógica puede representar diferencias tanto a la hora de abordar una intervención, como a la hora de ejecutarla. También el proceso de traducción, no siempre consigue ajustar la clasificación, al contexto y realidad de cada uno de los lugares donde luego se va a utilizar, por lo que debemos verificar, no solo lo adecuada que es la intervención a la situación del paciente, sino también la idoneidad de las intervenciones al contexto donde se van a utilizar.

Desde hace poco tiempo se han regulado las Especialidades de Enfermería¹⁹, siendo la de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matronas), la primera que empezó a estar en vigor²⁰.

La complejidad de los cuidados que es necesario prestar durante el embarazo-parto-puerperio (EPP), requieren profesionales bien preparados, que puedan proporcionar una atención acorde con las necesidades de situaciones tan especiales²¹. En nuestro país las competencias de las matronas se rigen por directivas de la Unión Europea²²⁻²³. A nivel internacional, la Confederación Internacional de Matronas presentó, en 2002 un documento de mínimos en el que vienen recogidas las competencias de las matronas a nivel del proceso de EPP²⁴.

Las matronas en la actualidad están presentes en todas las fases del embarazo-parto-puerperio (EPP), actuando de acuerdo a sus competencias y a las necesidades que en cada una de estas fases plantean las mujeres y sus hijos. En el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), la atención al EPP se realiza por distintos profesionales, la Gestión por Procesos ha permitido el desarrollo del Proceso Asistencial del EPP. Las matronas intervienen en este proceso desde el momento en que la mujer plantea el deseo de quedarse embarazada hasta que una vez producido el parto, la madre y el recién nacido quedan integrados en los distintos procesos que les correspondan de acuerdo a su nueva situación (atención al niño, planificación familiar...) ²⁵⁻²⁶.

El Parto es de los momentos más cruciales de todo el Proceso EPP y donde la labor de las matronas se intensifica y adquiere una relevancia especial. La Intervención NIC 6720 Parto "Nacimiento de un niño" se encuentra referenciada, e incluida en diversos contextos y planes de cuidados^{15, 27-30}, lo que da muestras de su importancia. Se entiende que la intervención "Parto" se basta por sí misma para expresar, identificar y documentar la actuación de las matronas en la asistencia de una mujer en el momento del nacimiento de su hijo, y también que las actividades que la componen son el fiel refle-

jo de toda la acción que las matronas despliegan en torno a esta situación. Sin embargo, la implementación práctica de la intervención puede plantear algunas dificultades como hemos señalado anteriormente. Existe un amplio trabajo de validación en la creación y desarrollo de la NIC, pero son menos las investigaciones y trabajos que hablen de la implementación clínica y de cómo se ajustan las actividades de las Intervenciones en la práctica, lo que nos lleva a considerar necesaria una investigación que valide clínicamente la NIC "Parto". A través de ella podremos medir y conocer cuál es el peso de las actividades en nuestra realidad, que actividades concuerdan con nuestro contexto cultural y profesional y cuales necesitan ajustes o adaptaciones que permitan documentar fielmente los cuidados. Esto permitirá aflorar aspectos relevantes sobre las actividades, la información y los datos obtenidos podrán ser tenidos en cuenta en la mejora de la atención y en el aumento de la calidad de los cuidados que las matronas ofrecen a las mujeres y sus acompañantes en el nacimiento de sus hijos.

OBJETIVOS

Generales:

- Estudiar los cuidados enfermeros especializados prestados a las mujeres en fase tres del proceso de parto (expulsivo, alumbramiento) ingresadas en las salas paritorio de nuestro Hospital Materno-Infantil.
- Analizar el grado de implementación clínica de la Intervención NIC 6720 "Parto", cuando son matronas las que atienden a las mujeres en fase tres de parto.

Específicos:

- Examinar que actividades de la Intervención NIC 6720 "Parto" se realizan.
- Explorar otras actividades no incluidas en la Intervención NIC "Parto".
- Determinar la relación de las actividades con la Intervención.
- Estudiar / encuadrar los cuidados que se prestan a la mujer-niño-familia por grupos.
- Comparar los resultados clínicos con la opinión de expertos.

METODOLOGÍA

Aspectos generales de la investigación.

Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. La materia objeto de estudio son los cuidados enfermeros especializados prestados a las mujeres en la fase tres del proceso de parto (expulsivo, alumbramiento). Se toma como marco de referencia del trabajo que las matronas realizan con las mujeres, sus hijos y los acompañantes, la Intervención "PARTO" de la

Ubicación de la Intervención **“Parto”** en la Taxonomía NIC

Nivel 1	Campo	5	Familia
Nivel 2	Clase	W	Cuidados de un nuevo bebe
Nivel 3	Intervención	6720	Nacimiento de un niño

El nivel 1 Campo es el que presenta un nivel de abstracción más alto, mientras que el nivel 3 Intervención es el más concreto de la taxonomía NIC

El nivel 1 lo componen 7 Campos numerados del 1 al 7

El nivel 2 lo constituyen 30 Clases denominadas con letras por orden alfabético de la A mayúscula a la d minúscula

El nivel 3 lo componen 514 Intervenciones clasificadas mediante un código único de cuatro dígitos.

Las Intervenciones contienen actividades que no están codificadas, pero que pueden codificarse añadiendo dos o más dígitos a continuación del de la Intervención.

Tabla 1

Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC), cuarta edición¹⁷. (Tabla 1).

El ámbito del estudio es la Unidad de Partos del Hospital Materno-Infantil, del Complejo Hospitalario de Jaén, al que están vinculados dos Distritos Sanitarios, siendo centro de referencia para el resto de Hospitales Comarcales de la Provincia³¹.

La muestra, que se recoge de manera sistemática, la forman mujeres embarazadas en fase tres de parto, que trasladadas a los paritorios de nuestra Unidad, cumplen con los criterios de inclusión y reciben cuidados especializados por alguna de las cuatro matronas que participan en la recogida de datos clínicos.

Los criterios de inclusión son: Mujer en fase tres de parto; parto no complicado y de bajo riesgo: Gestación entre 37 y 42 semanas; presentación cefálica; la condición de no complicado y de bajo riesgo permanece durante todo el parto; la matrona que atiende y documenta el caso, presta sus cuidados de manera continuada y exclusiva durante toda la fase tres del parto.

La matrona atiende bajo su responsabilidad todo el proceso de parto. En caso de valorar la aparición de alguna complicación o circunstancia especial, lo pone en conocimiento del ginecólogo. Tras la valoración del riesgo se produce una nueva catalogación del proceso, siguiendo la paciente dentro del estudio si el riesgo sigue siendo bajo, y quedando excluida si el riesgo pasa a ser medio/alto.

La Intervención se considera que comienza con la entrada de la mujer embarazada a la sala paritorio de nuestra Unidad de Partos, y se da por finalizada cuando es trasladada del paritorio a la sala de postparto inmediato.

Se organizan dos grupos de colaboración diferenciados: Grupo de Validación Clínica (GVC), formado por cuatro matronas

encargadas de la recogida de datos clínicos. Grupo de Validación Expertos (GVE), formado por doce matronas que participan en la validación de la Intervención como grupo especialista y experto en esta materia.

La revisión bibliográfica sobre validación se lleva a cabo en las bases de datos CINAHL, MEDLINE, CUIDEN, LILACS, y COCHRANE, con los siguientes descriptores: Intervención, Actividad, Enfermería, Validación (Intervention, Activity, Nursing, Validation). La revisión bibliográfica sobre los cuidados en la fase tres del parto se realiza en las bases MEDLINE, CUIDEN, LILACS Y COCHRANE, con los siguientes descriptores: Parto, Cuidados, Enfermería (Labour, Childbirth, Care, Nursing).

Recogida de datos.

La recogida de datos se realiza mediante dos registros específicos. El *“Registro validación clínica”* con dos partes: datos generales relacionados con la mujer, el embarazo y las matronas; y relación de 59 actividades realizadas en la atención a la mujer embarazada, encuadradas en el contexto de la intervención *“PARTO”*. El *Registro validación expertos”*, compuesto de tres partes: A) Introducción; B) Relación de las 59 actividades a verificar y validar; y C) Columna de verificación de aquellas actividades que realizan las matronas en su actividad clínica.

El registro de validación clínica (RC) es cumplimentado por las matronas del GVC cada vez que asiste un parto y se cumplen los criterios de inclusión. El cuestionario de validación de expertos (CE) es cumplimentado por las matronas del GVE. Tanto el RC como el CE, en su apartado *“Relación de las 59 actividades”* contienen las mismas actividades; con el mismo orden, idéntica secuencia y redacción.

El periodo de tiempo de recogida de datos clínicos es el comprendido entre el 26 de junio de 2004 y el 15 de diciembre de 2004, ambos inclusive. El periodo de tiempo para realizar la

validación de expertos son los meses de octubre y noviembre de 2004, periodo en el que se reparten / recogen los CE.

Estudio Piloto.

Ante la falta de estudios de validación clínica en los cuales apoyar la investigación sobre la Intervención Parto, se realizó una prueba piloto para poner a prueba el diseño del estudio desde el 27 de mayo al 14 de junio de 2004, donde se puso de manifiesto la conveniencia de ajustes en las variables de los datos generales, en la terminología de algunas actividades y en la incorporación de actividades que no se encontraban en la NIC 6720 PARTO, pero que realizándose por las matronas se relacionaban con la intervención.

Variables.

Las variables del RC son:

- **Datos Generales y Sociodemográficos:** Fecha de ingreso, fecha del parto, edad, apoyo familiar, fórmula obstétrica (gestaciones-partos-abortos), semanas de gestación, exudado vaginal, situación de las membranas amnióticas al ingreso en la Unidad de Partos, coloración del líquido amniótico, analgesia epidural, tiempo de dilatación, duración del expulsivo, episiotomía, aparición de desgarros, localización desgarros, antecedentes personales de interés, turno de la matrona, matrona que atiende a la embarazada y recoge los datos.
- **Datos sobre las Actividades,** el listado completo de actividades a validar se encuentran en la **Tabla 2**, donde se diferencian las 42 oficiales de la NIC y las 17 introducidas por los investigadores.

Las variables del CE son las siguientes:

- **Datos Generales:** Experiencia como matrona/a en años.
- **Datos sobre las Actividades.** Listado de 59 actividades, coincidentes con las relacionadas en la **Tabla 2**.

Análisis de datos.

Para el procesamiento y posterior análisis de datos se utiliza el paquete estadístico SPSS.

Se realiza un análisis descriptivo univariante de los datos. Se calculan medias, rangos y desviación típica para variables cuantitativas; y frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas³⁵⁻³⁶. La validación de expertos se utilizarán para complementar / contrastar los datos clínicos, constituyendo un instrumento de apoyo importante en la investigación.

Aspectos particulares sobre la Validación.

Para confirmar que la elección de la Intervención "PARTO" es adecuada y pertinente en las mujeres que ingresan en los paritorios de nuestra Unidad, establecemos el criterio de que al menos un 25% de las 42 actividades oficiales de la

Intervención "Parto" aparezcan como realizadas al menos en el 50% de los RC. Para verificar si las 17 actividades adicionales introducidas en la Intervención por los investigadores son pertinentes, se seguirá el criterio de que aparezcan realizadas en los RC en un porcentaje igual o superior al 50%.

Se establecen tres niveles de relación entre las actividades y la Intervención³:

Nivel 1. Actividades de Alta Relación con la intervención: ejecución igual o superior al 70%.

Nivel 2. Actividades con Mediana Relación: ejecución entre el 50% y el 69%.

Nivel 3. Actividades con Baja Relación: ejecución igual o inferior al 49 %.

Las 59 actividades se encuadraran en cada uno de los siguientes apartados: Cuidados directos e indirectos. Actividades de valoración, tratamiento y evaluación. Cuidados dirigidos a la mujer, al niño o a la familia / acompañantes. Cuidados en el entorno físico, emocional / psicológico de la embarazada o actividades de carácter administrativo.

RESULTADOS

Validación clínica.

Datos Generales y Sociodemográficos (Tablas 3 y 4).

En el periodo de estudio se han recogido 205 registros clínicos, 9 de los cuales (4,3%) no cumplen los criterios, siendo excluidos del estudio. Las 196 mujeres que forman la muestra y que su parto ha sido asistido íntegramente por una de las cuatro matronas del GVC, representan un 14,28% del total de los partos realizados en nuestra Unidad y el 44,74% de las mujeres atendidas por esas mismas cuatro matronas.

La mayor parte de las mujeres (71,9%) han ingresado en la Unidad de Partos el mismo día de su ingreso Hospitalario. La edad de la muestra oscila entre los 16 y los 43 años, con una media de $30,10 \pm 5,36$ años, siendo el tramo de 30 a 34 años es el que presenta mayor frecuencia con un (38,8%). La mayoría de las mujeres, el 61,2%, han sido atendidas por una matrona en turno diurno.

Casi la totalidad de las embarazadas (96,4%) han estado acompañadas por familiares directos, siendo su pareja o esposo quien ha permanecido junto a la mujer con mayor frecuencia (89,8%).

Para el 39,8 % de las mujeres ésta era su primera gestación. Las 196 mujeres se encuentran con una gestación media de $39,53 \pm 1,37$ semanas (rango 37-42 semanas), constituyendo el grupo más numeroso las mujeres con una gestación de 40 semanas (38,3 %). La mayoría (77,0%) presentaban un cultivo vagino-rectal negativo para el estreptococo agalactiae o EGB. Reciben analgesia Epidural sólo el 40,3% de las mujeres.

TABLA 2

Actividades de la Intervención “Parto”

ACTIVIDADES	VALIDACIÓN CLÍNICA	VALIDACIÓN EXPERTOS	CUIDADOS DIRECTOS (MUJER-NIÑO)	CUIDADOS INDIRECTOS	VALORACIÓN	TRATAMIENTO	EVALUACIÓN	MUJER	NIÑO	FAMILIA ACOMPAÑANTES.	FISICOS	PSICOLÓGICOS	ADMINISTRATIVO
Proporcionar anticipadamente una guía del parto.	3,6	10		X		X		X		X		X	
Facilitar la presencia de una(s) persona de apoyo durante la experiencia del parto, si es posible.	93,4	100		X		X				X		X	
Realizar una exploración vaginal para determinar la posición fetal.	94,9	100	X		X			X			X		
Canalizar una vía intravenosa si no la tenía con anterioridad.	8,2	90	X			X		X			X		
Crear un campo quirúrgico.	98	90	X			X		X			X		
Facilitar la privacidad y el pudor de la paciente durante el parto en un entorno tranquilo.	95,4	100		X		X		X				X	
Aceptar los requerimientos que realice el paciente sobre el parto cuando estos requerimientos sean coherentes con las normas de cuidado perinatales.	44,9	100		X		X		X				X	
Obtener el permiso del paciente y de la pareja para la entrada del personal de cuidados adicional en la zona de parto.	3,1	30		X		X		X		X		X	
Control de la FCF y de la actividad uterina.	52	100	X		X			X	X		X		
Ofertar diferentes alternativas para la postura a adoptar durante el parto y facilitar la elección por parte de la gestante.	25	30		X		X		X			X	X	
Mantener la zona de partorio limpia y templada.	98	90		X		X		X			X		
Respetar precauciones universales de protección (mantener asepsia y antisepsia, lavado de manos, etc.).	98	100		X		X		X			X		
Estirar el tejido perineal, si procede, para minimizar los desgarros o episiotomía.	42,3	70	X			X		X			X		
Vaciar la vejiga al inicio del expulsivo.	25	50	X			X		X			X		
Informar al paciente sobre la necesidad de una episiotomía.	24	90		X		X		X				X	

Rotar las membranas dejando caer por su propio peso para evitar su desgarro.	96,9	100	X			X				X					X		
Comprobar tras la salida de la placenta y las membranas ovulares que el útero está bien contraído.	93,4	100	X		X					X					X		
Inspeccionar si hay desgarros en el cerviz después de la salida de la placenta.	23	60	X		X					X					X		
Revisión del canal del parto.	94,4	100	X					X							X		
Administrar uterotónicos tras la salida de la placenta.	82,7	80	X					X							X		
Administrar anestésicos locales antes de la reparación quirúrgica, cuando se indique.	58,2	90	X					X							X		
Suturar la episiotomía o los desgarros, si procede.	84,7	100	X					X							X		
Colocar taponamiento para facilitar la sutura de la episiotomía y/o desgarros.	32,7	70	X					X							X		
Retirar taponamiento.	32,7	80	X					X							X		
Realizar un examen rectal para asegurarse de la integridad de los tejidos.	47,4	100	X						X						X		
Inspeccionar la placenta, las membranas y el cordón después del parto.	96,9	100			X										X		
Calcular la pérdida de sangre después del parto.	73	90			X										X		
Limpiar el perineo.	99	100	X						X						X		
Aplicar compresa perineal.	96,4	90	X						X						X		
Alabar el esfuerzo materno y el de la persona de apoyo.	94,4	100			X										X		
Proporcionar información sobre el aspecto y estado del bebé.	95,4	100			X										X		
Animar a la manifestación verbal de preguntas o inquietudes a cerca de la experiencia del parto y del recién nacido.	66,8	80			X										X		
Consultar con el médico acerca de síntomas de complicaciones reales o potenciales.	27	70			X										X		
Registrar el desarrollo del parto.	99	100			X										X		
Firmar el certificado de nacimiento, si procede.	1,0	80			X										X		
			39	20	8	47	4	43	19	5	47	12	3				
			Actividades que presentan una alta relación con la Intervención y se ejecutan \geq 70% de las mujeres														
			Actividades que presentan una media / baja relación con la intervención y se ejecutan \leq 69% de las mujeres														
			Actividades añadidas a la Intervención NIC por los investigadores														

Variables Cualitativas (RC)					
VARIABLE	Número	%	VARIABLE	Número	%
Ingreso en la Unidad de Partos			Color del líquido amniótico		
Mismo día que ingreso Hospitalario	141	71,9	Claro	101	51,5
Al día siguiente del ingreso Hospitalario	39	19,9	Presenta Meconio	20	10,2
A los dos días del ingreso Hospitalario	6	3,1	No consta	75	38,3
A los tres días del ingreso Hospitalario	1	0,5	Recibe analgesia Epidural		
A los cuatro días del ingreso Hospitalario	1	0,5	Si	79	40,3
A los cinco días del ingreso Hospitalario	4	2,0	No	117	59,7
A los seis días del ingreso Hospitalario	1	0,5	Tiempo de la dilatación		
A los diez días del ingreso Hospitalario	3	1,5	Menor a dos horas	56	28,6
Turno			Entre dos y cuatro horas	76	38,8
Diurno	120	61,2	Entre cuatro y seis horas	35	17,8
Nocturno	76	38,8	Mayor a seis horas	29	14,8
Matrona			Tiempo que dura el expulsivo		
A	57	29,1	Menos de 30 minutos	132	67,3
B	48	24,5	Entre 31 y 60 minutos	47	24,0
C	49	25,0	Entre 61 y 120 minutos	11	5,6
D	42	21,4	Más de 121 minutos	6	3,1
Apoyo familiar			¿Se realiza episiotomía?		
Si	189	96,4	Si	101	51,5
No	7	3,6	No	95	48,5
Parentesco del apoyo familiar			Aparece algún tipo de desgarro		
Esposo-Pareja	176	89,8	Si	70	35,8
Familiares y otros acompañantes	12	6,1	No	126	64,3
No consta	8	4,1	Localización del desgarro		
Exudado vaginal			Vaginal	8	4,1
Positivo	29	14,8	Perineal	27	13,8
Negativo	151	77,0	Vaginal y Perineal	35	17,9
No consta	16	8,2	Antecedentes personales de enfermedad		
Horas de la rotura de membranas			Diabetes	5	2,6
Menor de 24 horas	62	31,6	HTA	2	1,0
Mayor de 24 horas	6	3,1	Otras	20	10,2
No consta	128	65,3			

Tabla 3

Variables Cuantitativas				
RC				
VARIABLE	Mínimo	Máximo	Media	Variación Típica
Edad	16	43	30,10	5,36
Nº de gestaciones	1	6	1,9	0,98
Nº de partos	0	5	0,84	0,91
Nº abortos	0	6	0,17	0,57
Semanas de gestación	37	42	39,53	1,37
Nº actividades realizadas	19	48	38,10	4,19
CE				
VARIABLE	Mínimo	Máximo	Media	Variación Típica
Años de experiencia como matrona	3	25	15,00	7,9

Tabla 4

La mayoría de las mujeres (67,4%) completan la dilatación en menos de cuatro horas y el expulsivo en menos de 30 minutos. Se ha realizado un 51,5% de episiotomías, habiendo aparecido algún tipo de desgarro en 70 pacientes (35,7%); 27 perineales, 8 vaginales y 35 presentaron tanto desgarros vaginales como perineales. **(Gráfico 1)**. Sólo el 13,8% de las mujeres presentaban algún antecedente personal que no es motivo de exclusión del estudio.

Datos sobre las Actividades (Tabla 2).

De las 59 actividades evaluadas, 38 (64,4%) se le han realizado a más del 50% de mujeres. De las 42 actividades oficiales de la Intervención NIC "Parto", 25 (59,52%) se encuentran con un nivel de ejecución al 50%. De las 17 actividades añadidas por los investigadores, 13 (76,4%) han tenido porcentajes \geq al 50%. Teniendo como referencia las 59 actividades, se han realizado en las embarazadas una media de 38,10 actividades \pm 4,19 actividades (rango 19-48) y una suma total de 7.467 actividades al conjunto de mujeres.

Los niveles de relación de las 59 actividades con la Intervención en el GVC son: **(Tabla 2)** Nivel 1 o actividades de Alta relación, 33 actividades con niveles de ejecución al 70%; Nivel 2 - Mediana relación, 5 actividades con nivel de ejecución entre el 50 y el 69%; Nivel 3 - Baja relación: 21 actividades con niveles de ejecución al 49%.

La catalogación de las actividades queda de la siguiente manera **(Gráfico 2) (Tabla 2)**: 39 de las 59 actividades son cuidados directos; 8 actividades son de valoración; 47 son de tratamiento y 4 de evaluación; 3 están dirigidas a la mujer, 19 al niño y 5 a la familia; en 4 actividades coinciden mujer / hijo y en 4 mujer / familia. Los cuidados que se encuadran en el entorno físico son 47, al entorno emocional y psicológico 12, mientras que 3 son de tipo administrativo.

Validación de expertos.

Datos Generales.

Se recogieron 11 CE (de expertos), 10 de ellos (90,9%) presentaban respuesta y fueron considerados válidos. Considerando la no entrega y la no respuesta, hemos obtenido un 83,3% de cuestionarios válidos sobre el total planificado en el diseño del estudio y servirán para complementar / contrastar los datos clínicos. El tiempo de experiencia profesional respondido por el 50% de las matronas oscila entre 3 y 25 años, con una media de $15 \pm 7,9$ años **(Tabla 4)**.

Datos sobre las Actividades (Tabla 2).

De las 59 actividades evaluadas en la Intervención, 54 de ellas (91,52%) aparecen como realizadas en más del 50% de sus pacientes, 37 corresponden a actividades incluidas en la Intervención NIC "Parto" y 17 a las actividades añadidas por los investigadores.

Los niveles de relación de las 59 actividades con la Intervención en el grupo de expertos son: Nivel 1-Alta relación: 49 actividades con niveles de ejecución al 70%; Nivel 2-Mediana relación: 5 actividades con niveles de entre el 50 y el 69%; Nivel 3-Baja relación: 5 actividades con niveles de ejecución al 49%.

DISCUSIÓN

La fase tres del parto se puede considerar el momento cumbre en el que el embarazo llega a su fin dando paso al nacimiento de un nuevo ser, protagonista indiscutible en estos momentos junto a la madre. Los partos y nacimientos han sufrido un retroceso en el número de partos por mujer y un aumento en la edad media de la maternidad, siendo España uno de los países con un índice de natalidad más bajos del mundo con 1,3 hijos por mujer en el año 2003³¹. La mayoría de los partos adquieren la consideración de normales o sin complicaciones siendo generalmente atendidos por matronas (especialidad de Enfermería en Obstetricia y Ginecología)¹⁹.

Podemos considerar muy elevada la actividad de la matrona en torno a la fase tres del parto (media de 38 actividades), especialmente en torno a la mujer y su hijo, permitiéndonos comprobar, dimensionar y cuantificar la actividad de las matronas.

Se han superado con amplitud los niveles establecidos para considerar pertinente la Intervención Parto en las mujeres atendidas (el 64,4% de las actividades se han realizado a más del 50% de las mujeres), así como las actividades añadidas por los investigadores 13 de estas actividades se pueden considerar pertinentes en nuestro contexto de cuidados y encuadradas bajo la Intervención Parto.

Son los niveles de ejecución de las actividades los que formalmente nos permiten considerar adecuada la intervención, constituyendo, no una intuición sino, un hecho probado y medible; la alta ejecución de las actividades añadidas a la intervención, permite afirmar la necesidad de ciertos ajustes/adaptaciones en las actividades, que permitan una correcta adaptación transcultural de las intervenciones a nuestro medio.

El establecimiento de niveles de relación de las actividades con la intervención permite saber cuales presentan una alta ejecución, lo que sin duda puede tener repercusión a la hora de planificar, organizar, conocer con mayor precisión la actividad de las matronas.

El Nivel 1 o de alta relación con la intervención es el más numeroso de los tres. Existen además notables diferencias entre el GVE y el GVC. Los CE planteaban sólo la verificación de la actividad sin cuantificarla y es posible que el experto en su análisis reflexivo tienda a una cierta sobrevaloración de su actividad. En cualquier caso la validación clínica es una parte esencial del proceso de validación de Intervenciones, sin la cual entendemos que el proceso de normalización y de validación no conseguirá conjugar armoniosamente la validación empírica con la validación teórica^{3, 37}.

Ha existido acompañamiento a la mujer por parte de su pareja/familiares en casi la totalidad de las mujeres estudiadas (96,4%); hecho considerado normal y positivo. Un grupo de trabajo constituido por la OMS, determinó que son prácticas claramente útiles y que deberán ser promovidas, tanto el apoyo efectivo de los asistentes durante el parto como el respeto a la elección de los acompañantes de la mujer durante el parto^{26,38}. En nuestro caso la mujer ha tenido la oportunidad de estar acompañada por su marido/pareja (89,8%), lo que se asocia con un soporte emocional suficiente, pues la mera presencia de la

pareja hace que la mujer se sienta más relajada³⁹, constituyendo este apoyo un elemento de soporte que le permite tener un mejor autocontrol de la ansiedad/miedo, lo que sin duda se acompañará en un descenso del estrés y en un aumento del control personal⁴⁰⁻⁴¹ con una mejor comprensión y colaboración de las indicaciones que la matrona le va proporcionando sobre respiración, pujos, etc.⁴². El apoyo continuo durante el trabajo de parto debería ser la regla, influye positivamente sobre la duración del parto, la utilización de medicaciones, los índices de Apgar y la frecuencia de partos instrumentados⁴³ y parece proporcionar los mejores beneficios cuando dicha persona es ajena a la institución, cuando la analgesia Epidural no es el procedimiento de rutina y cuando el apoyo se inicia tempranamente⁴⁴⁻⁴⁵, hecho que podría ser considerado de manera especial en las mujeres inmigrantes^{31,46-49}.

En el conjunto de 59 actividades existen dos que hablan de forma directa sobre información a la mujer/familia, "Informar a la paciente sobre la necesidad de una episiotomía" (24% RC – 90% CE), "Proporcionar información sobre el aspecto y estado del bebé" (95,4% RC – 100% CE). La importancia de que las mujeres estén informadas de los progresos y reciban explicaciones asequibles y sencillas se asocia con una mejor colaboración en el proceso de parto y un mejor grado de satisfacción de la mujer^{26, 50}. En nuestro caso parece que los profesionales asumen adecuadamente la transmisión de información en lo referente al aspecto y estado del niño, pero sin embargo no parecen dar importancia al hecho de informar a la paciente sobre la necesidad de una episiotomía. Se deduce pues necesidad de aumentar la cantidad y calidad de información en esta área concreta, dado que hoy día esto se asocia a calidad de cuidados y satisfacción de los usuarios³⁸.

Existen un grupo de actividades con niveles de relación bajos y porcentajes de ejecución son muy escasos, como "Proporcionar anticipadamente una guía de parto" (RC 3,6% - CE 10%); "Obtener el permiso del paciente y de la pareja para la entrada del personal de cuidados adicional en la zona de parto" (RC 3,1% - CE 30%); "Adelantar la expulsión espontánea de la placenta" (RC 8,2% -CE 10%); "Firmar el certificado de nacimiento, si procede" (RC 1,0%-CE 80%). Esto nos lleva a pensar que éstas y algunas otras actividades tienen escasa relevancia en nuestro medio, lo que confirma la idea de que las actividades pueden ser adaptadas (dentro de unos límites), permitiendo individualizar y adaptar la intervención a las condiciones particulares de un determinado contexto de cuidados.

Existe un grupo de actividades que presentan un nivel bajo de ejecución en los RC y un nivel de alta relación en los CE, como por ejemplo "Canalizar una vía intravenosa si no la tenía con anterioridad" o "Reducir la presencia del cordón en la nuca, si procede", lo que permite decir que aunque su ejecución sea baja y asociada a la aparición del evento, los expertos la tienen en alta consideración, afirmando que la realizan en su práctica clínica.

En el seno de la Intervención hay cuatro actividades relacionadas directamente con la episiotomía "Estirar el tejido perineal, si procede, para minimizar los desgarros o episiotomía" (42,3% RC – 70% CE), "Informar a la paciente sobre la necesidad de una episiotomía" (24% RC – 90% CE), "Administrar analgésicos loca-

les antes del parto o la episiotomía, si está indicado" (10,7% RC – 70% CE), "Realizar la episiotomía, si resulta oportuno" (51% RC – 100% CE) que cubren el abanico prevención-información-analgésia-realización. Que a más de la mitad de las mujeres se les realice episiotomía está en contradicción con la evidencia disponible^{26, 33}. La episiotomía restrictiva puede aportar ventajas

Realización de Episiotomías y Aparición de Desgarros

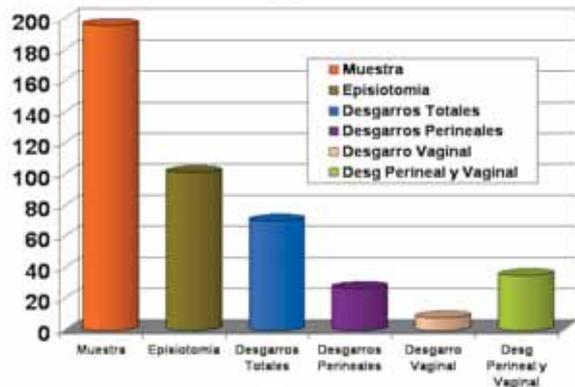


Gráfico 1

frente a la rutinaria⁵¹. En nuestro caso si realizamos un análisis comparativo episiotomía/paridad y episiotomía/desgarros, encontramos que cuando la mujer es nulípara⁵² tiene comparativamente un mayor número de episiotomías que cuando no lo es, del mismo modo que con la realización de episiotomía se asocia un número significativamente pequeño de desgarros en comparación a cuando no se realiza episiotomía. El cambio de una práctica selectiva a otra restrictiva no se produce de forma rápida, necesiándose la concienciación y el re-aprendizaje de los profesionales ya con experiencia⁵³⁻⁵⁴, parece que una causa que influye en un número de episiotomías menor es que las matronas hallan finalizado sus estudios recientemente⁵⁵⁻⁵⁶.

En el parto eutócico, la fase tres del parto, es un momento que cuenta con una evolución de acontecimientos relativamente estable y poco dado a la variabilidad, especialmente es sus aspectos más técnicos, de ahí que en nuestro estudio la media de 38 actividades por mujer tenga una desviación típica de ± 4 actividades^{52, 57}. A pesar de esta estabilidad y poca variabilidad, los componentes afectivos, psicológicos, emocionales, incluso los referidos a los acompañantes son menos predecibles y pueden estar sujetos a un mayor grado de cambio y manifestaciones.

El poder encuadrar las actividades y los cuidados en diferentes categorías nos permite profundizar mucho más en la actividad de las matronas, es importante poder relacionar las actividades con aspectos cualitativos y no sólo sobre cuestiones de tipo técnicas⁵². Interesa destacar aquellos cuidados que se encuentran en el entorno psicológico-afectivo propio del proceso de parto y las relaciones que se establecen en esos momentos entre la mujer y la matrona³⁸, por ejemplo, "Facilitar la privacidad y el pudor de la paciente durante el parto en un entorno tranquilo", "Colocar el RN sobre el vientre materno", "Alabar el esfuerzo materno y el de la persona de apoyo" son actividades con una alta relación y los aspectos emocionales-psicológicos se encuentran altamente presentes para las matronas³⁸, tal es así que el apoyo emocional tranquiliza, anima y mantiene el

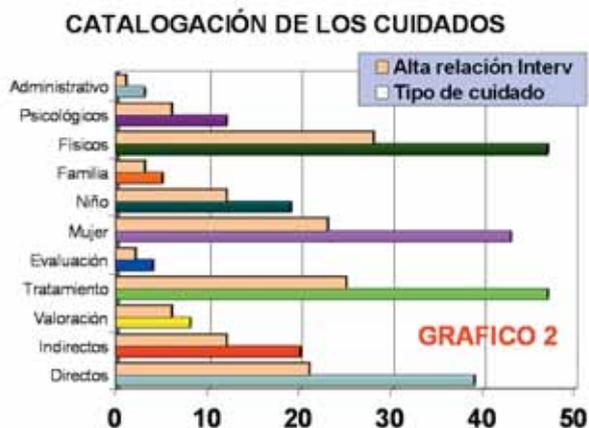


Gráfico 2

control personal de la mujer, por lo que hay que ayudar cuando la mujer intenta conseguirlo, ofreciéndole una actitud empática y amable que le anime en ese sentido^{26, 50, 58}.

La posición dorsal a la hora de ingresar la mujer en los paritorios es la norma general, existe controversia si tiene desventajas con respecto a la posición vertical y otras posiciones que las mujeres adoptarían si se las dejara elegir, pero las instituciones tienden a tener poco en cuenta este aspecto³⁸. La actividad "Ofertar diferentes alternativas para la postura a adoptar durante el parto y facilitar la elección por parte de la gestante", viene a confirmar que es un aspecto poco valorado por las matronas, lo que quizás sea un aspecto a revisar y ver hasta que punto se pueden conjugar la comodidad de la mujer y la comodidad en el trabajo de las matronas^{52, 59-60}.

Entendemos que el rol de las matronas que atienden a las mujeres de la muestra es un rol autónomo y que esta intervención está gestionada bajo un prisma enfermero, condición fundamental que no podemos pasar por alto. Con independencia de los diagnósticos a los que pueda dar soporte, la intervención parto permite avanzar a las mujeres en la fase tres del proceso de parto, facilitando el nacimiento de su hijo y permitiendo que esto ocurra sin complicaciones, al tiempo que procura una vivencia agradable y satisfactoria tanto para la mujer y sus familiares. Nos gusta pensar que la intervención es aquello que facilita el paso entre el estado actual y el estado deseado, permitiendo la consecución de objetivos. Los resultados, el estado deseado, el nacimiento de un niño, es una cuestión a las que las matronas contribuyen notablemente, gracias a la intervención Parto, puesta en marcha por enfermeras expertas, que gestionan los cuidados con maestría y responsabilidad⁶¹⁻⁶³.

CONCLUSIONES

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería es uno de los referentes enfermeros más sólidos en lo que refiere a la normalización del trabajo enfermero.

Este estudio, teniendo en cuenta los datos clínicos y de los expertos, nos permite afirmar que la intervención NIC "Parto"

es adecuada y pertinente en la fase tres del parto, describir de manera precisa los cuidados especializados que reciben las mujeres en las salas paritorios en nuestra Unidad y Hospital, así como aproximarnos desde diferentes encuadres a la actividad y cuidados que prestan las matronas.

Los niveles de relación establecidos permiten identificar los focos de actuación más prevalente y también áreas de mejora, que consideradas convenientemente permitirán ofrecer unos cuidados de máxima calidad.

Los datos obtenidos son útiles para la planificación de recursos, tanto humanos como materiales, pudiendo establecer cargas de trabajo y cuantificar la actividad de las matronas en la fase tres del parto buscando siempre la mejora continua de la calidad.

La intervención NIC "Parto" es la actuación clave que permite progresar a las mujeres en la fase tres del parto, bajo la responsabilidad de las matronas y la importante actividad que desarrollan en torno a la mujer-hijo-acompañantes, contribuyendo y facilitando la transición del hijo al mundo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Consejería de Salud. 3^{er}. Plan de Salud 2003-2008: Andalucía en Salud, construyendo nuestro futuro juntos. Consejería de Salud-Junta de Andalucía. Sevilla. Diciembre 2003.
- 2 Martínez Riera JR. Enfermería y Europa. Rev ROL Enf 2004; 27(5):360-366.
- 3 Rivero Cuadrado A, Pajares Costal C, Pacheco del Cerro E, et al. Proyecto NIPE: Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo, Consejo General de Enfermería. Madrid 2002.
- 4 Solà Pola M, Molins Mesalles A, Martínez Carretero JM. Evaluación de la competencia clínica en Enfermería. Rev ROL Enf 2005;28(7-8):493-498.
- 5 Corral Leal C, Romero Ruiz A, Ávila Rodríguez IM^a, Jiménez Ruiz M. La enfermera asistencial y la investigación. Rev Metas Enferm 2005;8(6):60-65.
- 6 Sánchez Perruna M^al, Fernández y Fernández Arroyo M. Producción científica relacionada con la especialidad de matrona. Rev Metas Enferm 2000;3(23):35-41.
- 7 Gálvez Toro A, Poyatos Huertas E, Estrada Lorenzo JM. Evolución de la documentación en enfermería en España: las bases de datos Cuiden y Bdie. Rev El Profesional de la Información 2000;9(12):13-19.
- 8 Gálvez Toro, A. Producción científica de la enfermería española en atención primaria. Rev Metas Enferm 2001;IV(34):24-30.
- 9 Gálvez Toro A, López Medina IM^a, Sánchez Criado V, Poyatos Huertas E. Índice de citas de las revistas españolas de enfermería: año 2000. Rev Index Enferm 2001;X(35):57-59.
- 10 Gálvez Toro A. Publicaciones de enfermería en España. Rev ROL Enferm 2001;24(5):355-359.
- 11 Gálvez Toro A, Hueso Montoro C, Amezcua M. Indicadores CUIDEN de repercusión de las revistas de enfermería del área lingüística del español y del portugués. Index Enferm Digital 2004;46. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/46revista/46_articulo_76-80.php Consultado el 16 de Septiembre de 2005.
- 12 Echevarría Pérez P, López Arroyo M^a J, Gutiérrez Gambin D. De la Teoría a la Práctica en Investigación. Proyecto Fin de Carrera para Alumnos de Enfermería. Index Enferm Digital 2004; 46. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/46revista/46_articulo_54-57.php. Consultado el 16 de Septiembre de 2005.
- 13 Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera Edición. Elsevier. Madrid 2004.
- 14 North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2003-2004. Elsevier. Madrid. 2003.

- 15 McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier. Madrid 2004.
- 16 McCloskey JC, Bulechek GM. Construction and validation of a taxonomy of nursing interventions. Medinfo. 1995;8 Pt 1:140-3.
- 17 McCloskey J, Bulechek G. Validation and coding of the NIC taxonomy structure. Iowa Intervention Project. Nursing Interventions Classification. Image J Nurs Sch. 1995 Spring;27(1):43-9.
- 18 McCloskey JC, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) Nursing Interventions Classification (NIC). Tercera edición. Harcourt Mosby. Madrid 2003.
- 19 Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE núm. 108, viernes 6 de mayo 2005.
- 20 González Jurado M. Especialidades de Enfermería: un paso más hacia la excelencia profesional. Rev ROL Enf 2005; 28(7-8):526-532.
- 21 Sánchez Naranjo C. La formación y especialización de la enfermería al servicio del ciudadano. Rev ROL Enf 2005; 28(7-8):507-510.
- 22 Directiva 80/155/CEE, del Consejo de 21 de enero de 1980.
- 23 Directiva 2001/19/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 14 de mayo de 2001.
- 24 Confederación Internacional De Matronas. Informe sobre las competencias esenciales para el ejercicio básico de la partería 2002. Matronas Profesión 2004; 5(15):5-11.
- 25 Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Embarazo-Parto-Puerperio. Consejería de Salud-Junta de Andalucía. Sevilla 2002.
- 26 Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Embarazo-Parto-Puerperio. Segunda Edición. Consejería de Salud-Junta de Andalucía. Sevilla 2005.
- 27 Águila Barranco JC, Bellido Vallejo JC. Plan de cuidados estandarizado del embarazo-parto-puerperio en atención especializada. Rev INQUIETUDES Año 2005 XI;(32):6-17.
- 28 Instituto Superior de Investigación para la Calidad Sanitaria. Proyecto de Norma de Enfermería prNE IG 373. Intervenciones definidas para el GDR 373. ISICS. Febrero 2002. Consultado el 6 de Octubre de 2005. Disponible en: http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/prNE_IG_371.pdf
- 29 Instituto Superior de Investigación para la Calidad Sanitaria. Proyecto de Norma de Enfermería prNE IG 371. Intervenciones definidas para el GDR 371. ISICS. Enero 2002. Consultado el 6 de Octubre de 2005. Disponible en: http://www.nipe.enfermundi.com/futuretense_cs/ccurl/NIPE/pdf/prNE_IG_371.pdf
- 30 Johnson M, Bulechek G, McCloskey Dochterman J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos Enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC, NIC. Harcourt 2002. Madrid.
- 31 Instituto Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de España 2005. Disponible en: <http://www.ine.es>. Consultado el 17 de Octubre 2005.
- 32 World Health Organization. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. Geneva. World Health Organization. 2003.
- 33 World Health Organization. Care in normal birth: report of a technical working group. WHO. Geneve. 1997. WHO/FRH/MSM/96.24
- 34 SEGO, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asistencia al Parto Normal: protocolo asistencial. SEGO. Madrid. 2003.
- 35 Burgos Rodríguez R. Metodología de Investigación y escritura científica en clínica. EASP. Granada 1998.
- 36 Pulido A, Palomino PA, Frías A. Elaboración del protocolo de investigación. Matronas Profesión 2004; 5(15):23-29.
- 37 Cid Expósito Gema. Proceso de Validación de intervenciones del proyecto NIPE. Rev Excelencia Enfermera Octubre 2005;10. Disponible en: <http://www.ee.isics.es>. Consultado el 3 de Octubre de 2005.
- 38 Ortega Pineda R, Sánchez Martínez G, García Ruiz-Castillo A, Sánchez Perruna M^l. ¿Están satisfechas las mujeres con la atención proporcionada por la matrona durante el parto?. Rev ROL Enf 2001; 24(4):290-299.
- 39 Nicolás Viguera MD, Soto Herrero V, Garito Romero CM, Valcárcel Caballero C. Satisfacción materna en el parto tras intervención educativa al padre. Evidentia 2004 sept-dic;1(3). En <http://www.index-f.com/evidentia/n3/73articulo.php> Citado el 16 de Junio de 2005.
- 40 Fernández Martínez MA. La pareja en el trabajo de parto. Influencia sobre la gestante. Hygia 2002; Año XV(50):31-36.
- 41 Nuñez Negrillo AM. El apoyo durante el trabajo de parto tiene beneficios para la madre y el recién nacido. Evidentia 2004 ene-abr;1(1). En <http://www.index-f.com/evidentia/n1/1articulo.php> Citado el 16 de Junio de 2005.
- 42 Torres Martí JM, Valverde Martínez JA, Melero López A, Priego Correa E, Arones Collantes MA, Pellicer Yborra B. Comportamiento materno durante el parto según parámetros clínicos y sociológicos de la gestación. Procesos de Obstetricia y Ginecología 2002; 4(45):137-144.
- 43 Hoga L, Felix C, Baldini P, Gonçalves R, Silva R. Efecto de la inserción de la enfermera obstétrica en la asistencia al parto. Evidentia 2005 enero-abril;2(4). En <http://www.index-f.com/evidentia/n4/86articulo.php> Citado el 16 de Junio de 2005.
- 44 Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr G J, Sakala C. Apoyo continuo para las mujeres durante el parto (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible a: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- 45 Keirse MJNC, Enkin M, Lumley J. Social and professional support during childbirth. In: Chalmers I, Enkin MW, Keirse MJNC. Effective care in pregnancy and Childbirth. Oxford: University Press, 1989, pp 805-814.
- 46 Donet ED. Apoyo a las parturientas brindado por asistentes. En: La Cochrane Library en español. Oxford: Update Software.
- 47 Rey Márquez MD Del, Gálvez Toro A. Mitos vs vivencias de las mujeres inmigrantes: el embarazo, el parto y el puerperio. Una enfermería transcultural. Evidentia 2004 sept-dic;1(3). En <http://www.index-f.com/evidentia/n3/77articulo.php> Citado el 16 de Junio de 2005.
- 48 Luque Fernández MA, Oliver Reche MI. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto. El caso de las mujeres inmigradas. Index Enfermería (edición digital) 2005;48-49. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/48-49revista/48-49_9-13.php Citado el 16 de Septiembre de 2005.
- 49 Roca i Caparrá N. Inmigración y salud (I). Situación en España. Rev ROL Enf 2001; 24(10):682-686
- 50 Steele, R. Cuidados de la matrona durante la primera fase del parto. En: Alexander J, Levy V, Roch S. Aspectos prácticos para matronas basados en investigaciones. Barcelona, Boehringer Mannheim, 1998.
- 51 Carroli G, Belizán J. Episiotomía en el parto vaginal. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software. Consultado el 1 de Octubre de 2005
- 52 Bonet Manso MP. Papel de la matrona: parto hospitalario versus parto natural. Index Enferm digital 2003; 43. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/43revista/43_articulo_14-17.php. Consultado el 16 de septiembre de 2005.
- 53 Herrera B, Gálvez A. Episiotomía selectiva: un cambio en la práctica basado en evidencias. Procesos de Obstetricia y Ginecología Sept 2004;9(47):414-422.
- 54 Andina Diaz E. Como implementar un cambio de política de episiotomía sistemática a selectiva: un reto de la Enfermería Basada en la Evidencia. Evidentia 2004 enero-abril;1(1). En <http://www.index-f.com/evidentia/n1/15articulo.php>. Citado el 16 de Junio de 2005.
- 55 Gálvez Toro, Alberto, Herrera Cabrerizo Blanca. Sustitución de una política sistemática de episiotomía por una selectiva: es coste efectivo este cambio. Evidentia 2004 enero-abril;1(1). En <http://www.index-f.com/evidentia/n1/3articulo.php>. Citado el 16 de Junio de 2005.
- 56 Rey Márquez, MD del. Incontinencia urinaria durante los doce meses que siguen al parto. Evidentia 2004 enero-abril;1(1). En <http://www.index-f.com/evidentia/n1/7articulo.php>. Citado el 16 de Junio de 2005.
- 57 Ferrús L, Honrado G, Pintado D. Grupos relacionados con el diagnóstico e intensidad de cuidados de enfermería: variabilidad y homogeneidad de los cuidados enfermeros. Enferm Clínica 11(6):239-246.
- 58 Herrera Cabrerizo, B. Embarazo, puerperio e incontinencia urinaria. Evidentia 2004 enero-abril;1(1). En <http://www.index-f.com/evidentia/n1/19articulo.php>. Citado el 16 de Junio de 2005.
- 59 Gupta JK, Hofmeyr GJ. Posición de la mujer durante el período expulsivo del trabajo de parto. En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software.
- 60 Cara Zurita ME. Parir a principios del siglo XX. La historia de Piedad. Index Enferm digital 2003; 43. Disponible en http://www.index-f.com/index-enfermeria/43revista/43_articulo_59-62.php.
- 61 Brown S, Lumley J. Satisfaction with care in labour and birth: a survey of 790 Australian women. Birth 1994, 21 (1): 4-13.
- 62 Pesut DJ, Herman J. Clinical Reasoning: The Art and Science of critical and Creative Thinking. 1999.
- 63 Pesut DJ. V Simposium Internacional de Diagnósticos de Enfermería. Innovación en el Proceso de Cuidar: conjunción de herramientas y saber. Disco de Ponencias y Comunicaciones. Datos-Ponencias-pesut-Razonamiento clínico: arte y ciencia. AENTDE. Valencia 2004.

GUÍA PARA EL USO CORRECTO DE ANTISÉPTICOS

■ **Almudena Arroyo Rodríguez**

D.E. Escuela de Enfermería "San Juan de Dios"

■ **Francisco José Alemany Lasheras**

D.E. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

■ **Efrén Ramos Calero**

D.E. Subdirector de Enfermería. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe

Resumen

La presente revisión, pretende ser una guía para el uso correcto y consensuado de antisépticos en el Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. El objetivo es comprobar el uso beneficioso de la clorhexidina, por su baja toxicidad, rapidez de actuación y amplio espectro; y sus indicaciones según concentración y presentación, para implementar su utilización como antiséptico de heridas y para punciones venosas dentro de nuestro hospital.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Antiséptico
- ✓ Clorhexidina
- ✓ Povidona yodada
- ✓ Alcohol
- ✓ Agua oxigenada

INTRODUCCIÓN

Con el propósito de elaborar una guía práctica para el uso correcto de antisépticos en nuestro hospital, hemos revisado lo que otros hospitales estaban haciendo respecto a este tema, y que recomendaciones daban organismos como la CDC (Centers for disease control and prevention) y la GNEAUP (Grupo Nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas), sobre el uso seguro de antisépticos.

Además, de esta forma, lo que pretendemos es aunar criterios y homogenizar el uso de antisépticos, dentro de toda el área hospitalaria, siguiendo las directrices que marcan las evidencias científicas y modificando hábitos y productos que por la costumbre se siguen utilizando, si fuera oportuno.

El objetivo de este estudio, es comprobar el uso beneficioso de la clorhexidina, tanto en heridas como en las punciones venosas, con el fin de prevenir las infecciones nosocomiales, y de esta forma incluirlo como antiséptico en la guía del hospital.

¿QUÉ ES UN ANTISÉPTICO?

Un antiséptico es un producto químico que se aplica sobre los tejidos vivos con la finalidad de eliminar los microorganismos patógenos o inactivar los virus. No tiene actividad selectiva ya que elimina todo tipo de gérmenes (1).

No hay que confundirlo con los desinfectantes, que son los productos químicos que se utilizan en las superficies inanimadas o inertes, con el mismo fin (1).

Por tanto, para desinfectar materiales utilizaremos los desinfectantes y los antisépticos para la piel y otros tejidos vivos, por su menor toxicidad (2).

DIFERENTES TIPOS DE ANTISÉPTICOS

En el mercado existen diferentes tipos de antisépticos con propiedades y mecanismos de acción muy diferenciados, por lo que no todos tienen la misma efectividad. Los de mayor uso en nuestro país son:

1. De los oxidantes: Agua oxigenada o peróxido de hidrógeno
2. De los alcoholes: Alcohol etílico e isopropílico al 70% y soluciones alcohólicas como el Etilsulfato de mecetronio
3. De los Halogenados yodados: Povidona yodada al 7.5 - 10%
4. De los derivados de los metales pesados: Soluciones de mercurocromo; nitrato de plata y sulfadiazina argéntica
5. De las biguanidas: Gluconato o digluconato de Clorhexidina en solución acuosa o alcohólica (1) (2) (3)

Es importante saber, que su actividad puede verse inactivada en presencia de material orgánico, y que las soluciones donde se incluyen pueden ser contaminadas por microorganismos que se transmiten por el aire, por las manos, el instrumental... (1)

sí, sobre su acción bactericida. Su efecto sobre las heridas está relacionado con su acción desodorizante; desbridante del tejido necrótico por acción mecánica; y su producción de oxígeno en las heridas que dificulta la germinación de esporas anaerobias. Su uso está contraindicado en cavidades cerradas por su riesgo de lesionar los tejidos y de producir embolia gaseosa (1) (2).

CARACTERÍSTICAS DE LOS PRINCIPALES ANTISÉPTICOS

1. Agua oxigenada (peróxido de hidrógeno) (Figura 1)

Hay pocas evidencias y algunas son contradictorias entre

Antisépticos.				
	Agua oxigenada	Alcohol 70%	Povidona yodada 10%	Clorhexidina 0,02-1%
Espectro de acción	Bacterias Gram. + y Gram.-. Virus: 3%	Bacterias: Gram. + y Gram. -. Virus: SIDA y citomegalovirus	Bacterias: Gram. + (MARSA) y Gram. -. Hongos y virus.	Bacterias: Gram. + (MARSA) y Gram. - (Pseudomona). Hongos, esporas y virus.
Inicio de la actividad	Inmediato	2' hasta su secado	2-3' hasta su secado.	15-30*
Efecto residual	Nulo	Nulo	3 horas	6 Horas
Acción frente a materia orgánica	Inactivo	Inactivo	Inactivación moderada	activo
seguridad	Inactivo en presencia de aire y luz	inflamable	Retrasa el tejido de granulación	A concentraciones superiores al 4% puede dañar el tejido
Toxicidad	Irritante en las mucosas	Irritante, sólo debe utilizarse sobre piel intacta	Irritación cutánea. Absorción del yodo a nivel sistémico	Ototoxicidad y a concentraciones superiores al 2%, su uso tóxico en córnea y conjuntiva ocular
Contraindicaciones	Peligro de lesionar tejidos en cavidades cerradas y riesgo de embolia gaseosa	Heridas abiertas	Embarazo. Recién nacidos (cordón umbilical). Lactantes. Personas con alteración tiroidal. quemaduras	No se han descritos.

Figura 1: Características de los principales antisépticos (1) (2) (3) (4) (5) (6)

Las concentraciones son muy variables y de acuerdo con ellas puede emplearse como antiséptico, desinfectante o esterilizante. La concentración usual como antiséptico es de 3% (10 volúmenes) (1) (2).

2. Alcohol de 70%

Es un bactericida. Muy utilizado como antiséptico cutáneo previo a las inyecciones o extracciones sanguíneas. No debe utilizarse en las heridas por su efecto irritativo y porque puede formar un coágulo que protege las bacterias supervivientes. Se inactiva frente a materia orgánica y produce dolor local en los tejidos (1).

Una de sus principales características, además de las antimicrobianas, es ser buen solvente de otros productos, entre ellos antisépticos y desinfectantes, potenciando su actividad. La actividad depende de su concentración, siendo los alcoholes de 60-80 grados (60-80%) los de máxima eficacia, pues necesitan agua para actuar (2).

En cuanto a su toxicidad, se trata de un líquido estable pero inflamable, por lo que conviene su conservación en recipientes cerrados y sin exposición al calor y sol. Si se utilizan como antisepsia en campos quirúrgicos y al utilizar el bisturí eléctrico sobre el mismo, dejándolo secar completamente (2).

Entre los usos de este antiséptico, encontramos:

- Sin adición de otros productos: para antisepsia de



Figura 2.

piel en inyecciones, preparación quirúrgica del enfermo y lavado quirúrgico del personal sanitario, ya que producen un rápido descenso del número de microorganismos en tiempos cortos. Diversos estudios han demostrado que son, incluso, superiores al lavado con clorhexidina y Povidona yodada y se pueden aplicar sin cepillado, por lo que se erosiona menos la piel en lavados repetidos, pero carecen de la acción residual de la clorhexidina (2). También se usa para limpiar las zonas de acceso al sistema del catéter y en el diafragma de goma de los viales multidosis antes de puncionarlos (4). Como antisepsia del cordón umbilical (2).

- *Con la adición de otros antisépticos:* para la antisepsia de la piel en urgencias, desinfección del campo quirúrgico del enfermo y manos del equipo quirúrgico, con acción residual mayor que Povidona yodada y similar a clorhexidina. También se ha aplicado como sustitución o complemento del lavado de manos en clínica para los pacientes (2).

3. Povidona yodada al 10%

Eficaz bactericida (Figura 2). Se inactiva en contacto con materia orgánica (sangre, esfacelos, exudado, tejido necrótico...). Es citotóxico. En uso sistemático, se ha descrito disfunción renal y tiroidea por su absorción sistémica de yodo. Por su naturaleza de metal pesado inactiva a desbridantes enzimáticos como la colagenasa (1). También se ha detectado un aumento de la captación de yodo en recién nacidos (cuando las

madres reciben su aplicación en Obstetricia); o en casos de quemados y adultos sanos (cuando se aplica en mucosas) (2).

Más inconvenientes referentes al uso de este antiséptico: es irritante, alergénico, produce manchas en piel y ropa. Se ha descrito también que puede retrasar la cicatrización en heridas, sobre todo si se usa de manera continuada (2).

En cuanto a su uso, preferentemente para antisepsia de piel y mucosas para operaciones, inserciones de catéteres, para limpiar las zonas de acceso a sistemas de catéteres, prevención de gangrena, cuidados intensivos e incluso en peritonitis y pericarditis. Lavado del equipo quirúrgico y del enfermo (2) (4).

4. Mercurocromo

Este antiséptico está en desuso por su alta toxicidad; por su débil actividad bacteriostática y fungostática; porque es inactivo frente a virus, micobacterias y esporas. Si se aplica en superficies extensas de la piel y se absorben pueden producir problemas renales. Se han descrito reacciones de hipersensibilidad. Se inactiva en presencia de materia orgánica (1) (2).

5. Nitrato de plata

Utilizado tópicamente tiene una acción bactericida, al inhibir la división celular y causar anomalías en la pared celular bacteriana, interfiriendo con los ácidos nucleicos. A gran concentración se utiliza para la eliminación de verrugas. A concentración de 0,5% puede ser utilizado para prevenir infecciones en quemaduras e infecciones oculares (2).

6. Sulfadiazina Argéntica

Actúa sobre la pared celular y membrana citoplasmática. Tiene un amplio espectro de acción: bactericida y fungicida. Su aplicación fundamental es en crema al 1% en la prevención y tratamiento de infecciones en quemaduras. La adición de nitrato de cerio a esta crema potencia su acción antimicrobiana (2).

7. Clorhexidina

Es la más efectiva de las biguanidas con poder antiséptico (figura 2). Es un bactericida de amplio espectro. Al ser poco soluble en agua se utiliza en forma de sales, como el gluconato y digluconato, este último es el más soluble en agua y alcoholes. Necesita ser protegida de la luz. Hay que prestar atención a la conservación de las soluciones diluidas, pues pueden contaminarse (1) (2).

No es irritante y como su absorción es prácticamente nula, carece de reacciones sistémicas. Después de 30 años de uso se han descrito escasísimas reacciones alérgicas o de irritación de piel y mucosas. Se absorbe poco por la piel, ni siquiera en quemados, embarazadas y neonatos, y no hay evidencia de que esta mínima absorción, si se produce, pueda ser tóxica (1) (2).

A diferencia de otros antisépticos, su actividad se ve poco interferida por la presencia de materia orgánica incluida la sangre. Su efecto máximo se alcanza a los 20 segundos y por su afinidad con la piel su acción remanente es de unas 6 horas de duración. Para potenciar su eficacia se emplea en combinaciones con soluciones alcohólicas y con cetrimida (1) (2) (3).

Dentro de los efectos adversos que se han descrito se encuentra su ototoxicidad, si es instilada en el oído medio puede producir sordera; y a concentraciones altas (superiores al 2%) es tóxico su uso para la cornea y la conjuntiva ocular (3).

Aunque se trate de un antiséptico muy seguro, ya que su absorción a través de la piel y la mucosa intestinal es mínima, hay que tener en cuenta las siguientes

Precauciones (3) (5):

- No debe utilizarse en la preparación preoperatoria de la piel de la cara y la cabeza.
- Debe evitarse el contacto con las meninges.
- Es importante extremar las precauciones en caso de perforación del tímpano, ya que se han descrito casos de sordera al instilar clorhexidina en el oído medio.
- Debe evitarse el contacto con los ojos, y si se produce accidentalmente, han de lavarse inmediatamente con agua.
- En la higiene bucal se recomienda no utilizar clorhexidina durante más de seis meses porque perjudica el esmalte dental.
- Para blanquear ropa que ha estado en contacto con clorhexidina debe evitarse la lejía, ya que con ella aparecen manchas oscuras indelebles. Puede emplearse en su lugar perborato sódico.
- La actividad de la clorhexidina puede disminuir en presencia de hidrocoloides, alginatos, polvos solubles como caolín o compuestos de calcio, magnesio y zinc (3).

Dentro de las **indicaciones** como antiséptico se encuentran:

- En la antisepsia de la piel en el preoperatorio, en el lavado de manos prequirúrgico y en el lavado y desinfección de genitales en cateterismos urinarios: soluciones de detergente al 4% de gluconato de clorhexidina (2) (3) (5).
- Preparación del campo quirúrgico: solución de clorhexidina al 5%(2).

- Antisepsia de la piel antes de la inserción de un catéter: solución alcohólica de clorhexidina al 0,5% o acuosa al 2% (2) (3) (4) (5).
- En el mantenimiento de catéteres: solución acuosa al 2% o crema de clorhexidina al 0,5%(2) (3).
- Como antisepsia de la piel en heridas, rozaduras, quemaduras y en la limpieza obstétrica: soluciones acuosas del 0,05 al 2% de digluconato de clorhexidina o cremas al 1% de los mismos componentes (1) (2) (3).
- Antisepsia del cordón umbilical: efectiva en la reducción de la colonización bacteriana, pero alarga el tiempo de desprendimiento (3).
- Higiene del paciente colonizado por Estafilococo Aureus Metil Resistente (SAMR): solución de clorhexidina al 4% (1) (2).
- Irrigaciones oculares, pleurales, peritoneales y vesicales: solución acuosa de clorhexidina al 0,02% (3) (6).
- En el protocolo de la CDC se considera que la clorhexidina es el mejor antiséptico, pero también se señala que son aceptables los yodóforos y el alcohol al 70%. Refiere que las formulaciones de gluconato de clorhexidina al 2 o al 3,15% en alcohol isopropílico al 70% permiten realizar la antisepsia en un solo paso. Sin llegar a restregar, la clorhexidina se aplica durante al menos 30 segundos y después se deja secar bien al aire. Debido a que este antiséptico contiene alcohol, la piel se seca rápidamente. La antisepsia cutánea con clorhexidina se debe realizar antes de la inserción del catéter y en los cambios de apósito del mismo. En un metanálisis reciente de los estudios efectuados para la comparación de la clorhexidina con la povidona yodada en el cuidado sistemático de la zona de inserción del catéter se ha demostrado que la clorhexidina es superior para la prevención de la sepsis relacionada con el catéter y que no da lugar a reacciones adversas en la zona de punción (7).

PRINCIPIOS PARA LA UTILIZACIÓN DE ANTISÉPTICOS EN HERIDAS CRÓNICAS

Según la *European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP)*: *"No se deberán utilizar de manera rutinaria antisépticos para limpiar las heridas, aunque se puede considerar su uso cuando la carga bacteriana necesita ser controlada. De una manera ideal los antisépticos sólo deberían ser utilizados durante un periodo de tiempo limitado hasta que la herida esté limpia y la inflamación del tejido periwulceral reducida"* (1).

Por tanto tendremos que tener en cuenta (1):

- Los antisépticos no deben ser utilizados de manera indiscriminada para la limpieza de heridas limpias con tejido de granulación.
- Sólo deberían utilizarse como soporte a la antibioterapia sistémica.

- Durante un tiempo limitado y revisando su uso regularmente.
- Después de la limpieza de una herida con un antiséptico, la superficie de la herida deberá ser irrigada con solución salina al 0,9% para minimizar la toxicidad potencial.
- A la hora de elegir un antiséptico elegir el de menos toxicidad y el que sea más biocompatible con el entorno de la herida.
- No se recomienda emplear los antisépticos colorantes, porque enmascaran el aspecto de la herida y dificultan su valoración.
- No se deben mezclar antisépticos.
- Las evidencias sugieren que se ha de seleccionar antisépticos que sean activos frente a materia orgánica y que presenten pocas contraindicaciones.

En las úlceras crónicas se recomienda no irrigar con productos limpiadores o agentes anti-sépticos como la povidona yodada, peróxido de hidrógeno... Todos ellos son de reconocida toxicidad y agresividad con los monocitos, granulocitos, fibroblastos, tejido de granulación, y en algunos casos por su toxicidad sistémica en pacientes sometidos a tratamientos prolongados.

- El **gluconato de clorhexidina al 0,05 – 1%** es el antiséptico que cumple mejor estos criterios, ya que hasta concentraciones superiores al 4% no están descritos daños en los tejidos.

NORMAS DE UTILIZACIÓN Y CONSERVACIÓN DE LOS ANTISÉPTICOS (6)

- La piel debe limpiarse antes de aplicar la solución antiséptica.
- Se elegirá el antiséptico adecuado, dejándolo actuar el tiempo necesario para evitar las reacciones tóxicas o favorecer la aparición de resistencias.
- La zona tratada con el antiséptico, no se debe limpiar ni secar con una gasa (7).
- Debe hacerse la concentración recomendada.
- Las diluciones preparadas deberán llevar fecha de preparación y fecha de caducidad.
- No se mezclarán antisépticos.
- No transvasar el antiséptico de su envase original.
- Los envases se mantendrán tapados tras su uso para evitar su contaminación y cambios en la concentración.
- El antiséptico que quede en las bateas se desechará.
- El envase del antiséptico NO contactará con la piel del paciente, ni con otros utensilios de curas.
- Cuando se utilicen para la limpieza de heridas, éstas se deberán limpiar previamente con agua y jabón o suero fisiológico, para eliminar el detritus y sustancias orgánicas que podrían limitar o inactivar la acción del antiséptico.

- Para que el antiséptico sea eficaz, deberá utilizarse sobre superficies limpias, respetándose las condiciones óptimas de aplicabilidad.
- Para la administración de vacunas las recomendaciones encontradas hacen referencia a que es necesario limpiar la piel con agua destilada, suero fisiológico o antiséptico, como povidona yodada o agua oxigenada. A pesar de que no existen datos que lo confirmen, se prefiere evitar el uso de alcohol o desinfectantes que lo contengan por la posibilidad de inactivar las vacunas de virus vivos (8).

CONCLUSIONES

La mayor parte de los antisépticos (alcohol, clorhexidina y povidona yodada) poseen un espectro de actividad adecuado sobre los principales gérmenes de la superficie cutánea y sobre aquellos potencialmente capaces de generar una infección cuando se produce una solución de continuidad sobre la misma. Sin embargo, a la hora de realizar su elección hay que considerar también la rapidez de acción, el tiempo de actividad, las posibles reacciones de sensibilidad y la toxicidad sistémica.

Después de la revisión de los citados artículos y estudios, llegamos a validar nuestra hipótesis sobre el uso beneficioso de la clorhexidina, tanto en heridas como en punciones venosas. Se trata de una biguanida catiónica activa frente a un alto número de microorganismos. Su absorción a través de la piel y del tracto gastrointestinal es nula. Carece de efectos sistémico. Cuando se utiliza como desinfectante de la piel, su efecto es rápido y duradero y no se inactiva cuando se aplica sobre heridas que contienen sangre o exudados purulentos. Gracias a estas propiedades, sus indicaciones se han ido consolidando y ampliando con el paso del tiempo, hasta convertirse en uno de los antisépticos más eficaces, activos y seguros de que disponemos (5). La concentración y presentación de la misma varía según la indicación. Adjuntamos cuadro resumen para su uso en la práctica. (Figura 3)

De este estudio, surgirá en nuestro hospital la guía para el uso consensuado de antisépticos, después de su revisión y aprobación por las comisiones pertinentes.

AGRADECIMIENTOS

A todos los miembros del grupo (personal del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe) que han colaborado en la elaboración de esta guía y a su puesta en práctica: Alberto Amante (DUE del Departamento de Prevención, Calidad y Medio ambiente), Sebastián Expósito (Médico del Departamento de Prevención, Calidad y Medio ambiente), Carmen Isorna (Supervisora de Enfermería del área quirúrgica) y Margarita Ramírez de Esparza (Farmacéutica).

También queremos agradecer al Servicio de Farmacia de nuestro hospital por cedernos el anexo I, sobre la fórmula de la solución de clorhexidina al 1% que se prepara en el mismo.

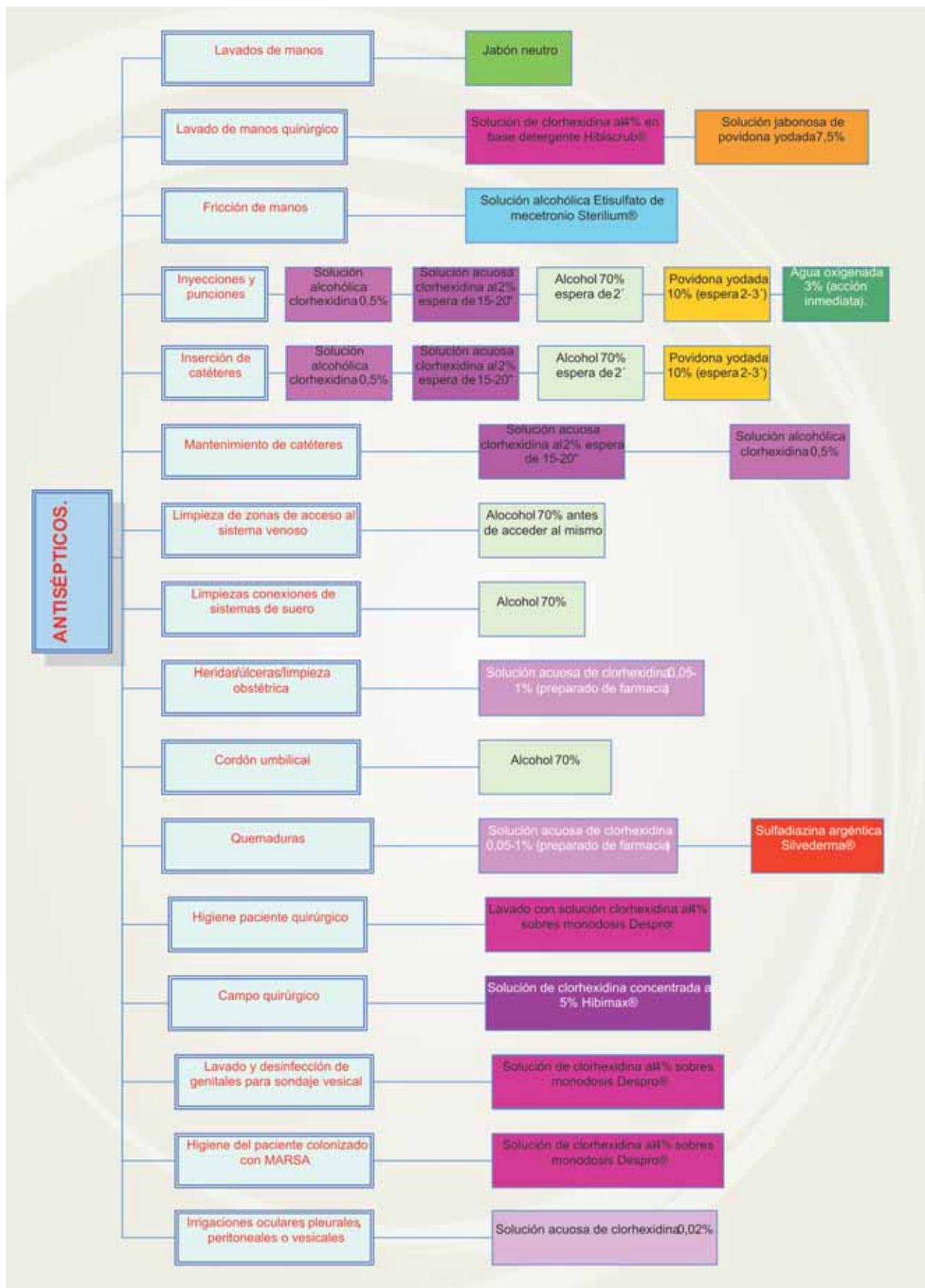


Figura 3: Esquema para el uso práctico de los antisépticos (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7)

BIBLIOGRAFÍA

- Casamata, N, Ibáñez, N, Rueda, J, Torra, JE. Guía práctica de la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas. 2002. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/documentos/guia2.pdf> (consultado el 5/11/2007 a las 9:48 horas)
- Arévalo, JM, Arribas, JL, Hernández, MJ, Lizán, M, Herruzo, R. Guía de utilización de antisépticos. Sociedad española de Medicina Preventiva, Salud pública e higiene. Disponible en: <http://www.mpsp.org/mpsp/Documentos/Desinfec/anti-sep.htm> (consultado el 5/11/2007 a las 9:49 horas)
- Clorhexidina. Disponible en: <http://www.academia.cat/societats/farmcl/l libre/higiene/235.pdf> (consultado el 5/11/2007 a las 9:49 horas)
- De Pablo Casas, M, Penas Ríos, JL. Guías clínicas de la Sociedad Gallega de Medicina Interna. Prevención de complicaciones infecciosas relacionadas con catéteres intravenosos. Hospital Da costa. Burela. Lugo. Publicado en Abril del 2004. Disponible en: <http://www.meiga.info/guias/cateteres.asp> (consultado el 5/11/2007 a las 12:58)
- Salas Campos, L, Gómez Ferrero, O, Villar Miranda, H, Martín Rivero, B. Clorhexidina. Rev. ROL Enf. 2000; 23 (9): 77-80.
- Normas de utilización y conservación de los antisépticos. Guía para la prevención de la infección hospitalaria. Comisión de Infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica. Hospital Universitario Son Dureta. Disponible en: <http://www.elcomprimido.com/FARHSD/PROTANTISEPTICOS.pdf> (consultado el 5/11/2007 a las 9:53 horas)
- Hadaway, LC. Las mejores intervenciones de enfermería para mantener la vía central intravenosa libre de infecciones. Nursing. 2007; 25(5): 24-29.
- Bernaola Iturbe, E, Garcés Sánchez M. Procedimientos generales de administración de vacunas. Manual de vacunas en Pediatría. Tercera Edición. Asociación Española de Pediatría. 2005. Pág. 215. Disponible en: <http://www.vacunasae.org/manual/0.pdf> (consultado el día 23/11/2007 a las 10:23).

ANEXO I



Servicio de Farmacia
Laboratorio de Fórmulas Magistrales

Nº registro PN: 4

CLORHEXIDINA 1% solución acuosa

PRESENTACIÓN	250 ml Código: 13595		500 ml Código: 00461		1000 ml Código: 00459	
Nº botes preparados:	1 Bote	10 Botes	1 Bote	10 Botes	1 Bote	10 Botes
Composición:						
1. Clorhexidina digluconat. 5 %	50 ml	500 ml	100 ml	1000 ml	200 ml	2000 ml
2.. Agua destilada c.s.p ...	250 ml	2.500 ml	500 ml	5000 ml	1000 ml	10 litros

Material y equipos:

Probetas, varilla agitadora.

Método de Elaboración:

PN de elaboración de soluciones.

Método específico:

Medir 1, añadir 2 y agitar.

2. Envasar y etiquetar

Controles de Calidad a efectuar:

– Características organolépticas y color.

Material de acondicionamiento:

Para 250 ml: Frasco plástico topacio 250 ml (código Oracle:13602)

Para 500 ml: Frasco plástico topacio 500 ml. (código Oracle:13601)

Para 1000 ml: Frasco plástico topacio 1000 ml

Condiciones de Conservación

A temperatura ambiente, protegido de la luz, desechar a la semana de apertura del envase.

Caducidad:

Para frasco 250 ml: caducidad 3 meses.

Para frascos 500 ml: caducidad 3 meses

Para frascos 1000 ml: caducidad 3 meses

Indicaciones y posología:

Antisepsia de heridas, erosiones y quemaduras leves. Antisepsia de la piel en el preoperatorio. Alternativa a povidona yodada acuosa.

Espectro de Actividad:

Se trata de una gente bactericida de potencia intermedia, más activo frente a microorganismos Gram positivos que Gram negativos, ya que algunas especies de Pseudomonas y Proteus son relativamente resistentes. Es más activo frente a Staphylococcus aureus sensible a meticilina que frente a SARM. Tiene actividad sobre los anaerobios facultativos y algunos hongos como Candida Albicans y dermatofitos.

No es esporicida a temperatura ambiente, aunque inhibe el crecimiento de las esporas y es capaz de matarlas a altas temperaturas.

No actúa sobre los virus sin cubierta, sin embargo inactiva a los que presentan cubierta lipídica, entre ellos el HIV, los herpesvirus y los Influenza virus.

Reacciones adversas:

Puede producir reacciones alérgicas, irritación de la piel y mucosas o fotosensibilidad, pero son de escasa prevalencia.

Precauciones , contraindicaciones e interacciones:

Es un antiséptico muy seguro porque su absorción a través de la piel y la mucosa gastrointestinal es mínima. Sin embargo se deben tener las siguientes precauciones:

- No debe utilizarse en preparación preoperatoria de piel de cara y la cabeza
- Debe evitarse el contacto con las meninges. Las jeringas de utilización intratecal que hayan estado en contacto con clorhexidina deben enjuagarse con agua estéril.
- Extremar las precauciones en caso de perforación de tímpano, ya que se han descrito casos de sordera al instilar clorhexidina en el oído.
- Evitar contacto con los ojos. Si ocurriera se debe lavar inmediatamente con agua

Modelo de etiquetado:

Código Oracle: 00459
CLORHEXIDINA 1% solución
1000 ml

Nº registro FM:
Lote: **Caduca:**
Conservación: Proteger de la luz. Tª ambiente
Mantener el envase bien cerrado después de cada uso.

Código Oracle: 00461
CLORHEXIDINA 1% solución
500 ml

Nº registro FM:
Lote: **Caduca:**
Conservación: Proteger de la luz. Tª ambiente
Mantener el envase bien cerrado después de cada uso.

Código Oracle: 13595
CLORHEXIDINA 1% solución
250 ml

Nº registro FM:
Lote: **Caduca:**
Conservación: Proteger de la luz. Tª ambiente
Mantener el envase bien cerrado después de cada uso.

Transformación:

PRESENTACIÓN	Para 1 Fr 250 ml Código: 13595		Para 1 Fr 500 ml Código: 00461		Para 1 Fr 1000 ml Código:00459	
	1 Bote	10 Botes	1 Bote	10 Botes	1 Bote	10 Botes
Clorhexidina digluconat. 5 % 500 ml (código Oracle: 00464)	0,1	1	0,2	2	0,4	4
Frasco plástico topacio 250 ml (código Oracle: 13595)	1	10				
Frasco plástico topacio 500 ml (código Oracle: 00461)			1	10		

Bibliografía:

Reynolds JEF. Martindale. The Extra Pharmacopeia. 29th edición. London: The pharmaceutical Press,1989.Puigventós F. Manual de formulas magistrales y normalizadas (Servicio de Farmacia). Palma de Mallorca. Hospital Son Dureta, 1998.

Actualizado a 23.11.2007 y revisado por: Margarita Remírez de Esparza Otero

“PROSTATECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA: ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA”

- J. Javier Ortega Botana (1),
- Sergio Caballero Gálvez (2),
- Melchor Rivero López (3).

1. D.E. S. Urología Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.
2. D.E. Quirófano Cirugía Cardiovascular Clínica de Fátima. Sevilla
3. D.E. S. Urología Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Resumen

El cáncer de próstata es el segundo tipo de cáncer más común en hombres, siendo la prostatectomía radical su tratamiento de referencia cuando el tumor se encuentra in situ.

La aplicación de la cirugía laparoscopia en el campo de la urología es relativamente novedosa en Andalucía, donde actualmente pocos grupos de trabajo han utilizado esta técnica.

En este artículo describiremos nuestra guía de actuación para el equipo de enfermería, detallando los procedimientos que realizamos en cada una de las etapas de la prostatectomía radical laparoscópica.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Próstata,
- ✓ Prostatectomía
- ✓ Laparoscópica,
- ✓ Estandarización,
- ✓ Procedimientos de Enfermería,
- ✓ Ventajas.

INTRODUCCIÓN

La próstata es una glándula sexual accesoria con forma de rosquilla y tamaño aproximado de una castaña situada en la zona inferior de la vejiga que rodea la porción superior de la uretra (figura 1).

Su función consiste en secretar un líquido lechoso ligeramente ácido que constituye aproximadamente el 25 % del semen. Este líquido es indispensable para el transporte de espermatozoides durante la eyaculación.

A medida que los hombres envejecen, la próstata puede agrandarse y bloquear la uretra.

Los *síntomas* del cáncer de la próstata: interrupción y aumento de la frecuencia de la micción, dificultad para orinar, dolor o ardor durante la micción, sangre en la orina o en el semen,... pueden ser similares a los de la hiperplasia prostática benigna.

El *cáncer de próstata* es el segundo tipo de cáncer más común en hombres. Afecta principalmente a varones mayores de 50 años.

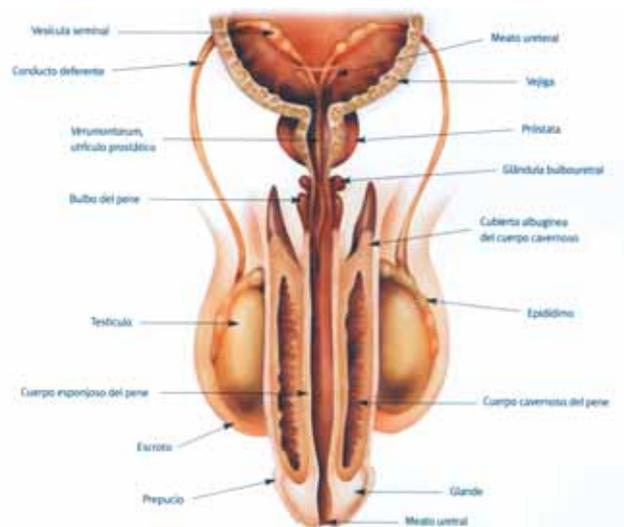


Figura 1: Anatomía del aparato genitourinario.

Desde hace unos 20 años la prostatectomía radical constituye el *tratamiento* de referencia para el cáncer localizado de la próstata cuando el tumor se encuentra circunscrito y sin invasión de estructuras adyacentes ni metástasis.

La *Prostatectomía Radical Laparoscópica (P.R.L.)* fue realizada por primera vez en 1992 por Schuessler en los EE.UU por vía extraperitoneal. En 1997 Gastón y Piechaud realizaron el primer caso por vía transperitoneal en Francia, difundiendo sus avances al resto de Europa.

En el siguiente cuadro se describen las ventajas y desventajas de realizar esta intervención por vía laparoscópica o por cirugía tradicional (figura 2).

P.R. LAPAROSCOPICA VS. P.R. TRADICIONAL:	
VENTAJAS	Mejor identificación para la disección de estructuras anatómicas. Mejor preservación de elementos neurovasculares adyacentes. Disminución de las pérdidas hemáticas. Disminución de la necesidad de analgesia parenteral. Reduce el tiempo de estancia hospitalaria y los costes del proceso. Reduce el tiempo antes de la ingesta oral del postoperatorio. Disminuye el riesgo de infección y la morbilidad perioperatoria. Mejora los resultados de continencia urinaria y función erectil. Mejora los resultados estéticos de la incisión quirúrgica.
DESVENTAJAS	Incrementa el tiempo quirúrgico (según curva de aprendizaje). Precisa anestesia general en vez de anestesia locoregional. Complejidad técnica muy elevada.

Figura 2: Cuadro comparativo P.R. Laparoscópica y P.R. Abierta.

Los factores que pueden complicar técnicamente la intervención son: volumen prostático muy pequeño o muy grande, pelvis estrechas y profundas, antecedentes de cirugía abdominal previa, o tratamiento previo con radioterapia.

GUÍA DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

La actuación realizada por los enfermeros de quirófano (instrumentista y circulante) en una P.R.Laparoscópica exige una sistemática de trabajo basada en la estandarización de los procedimientos de enfermería que dividiremos en 7 fases.

FASE 1: PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO.

En esta fase inicial se realizarán todos los preparativos de forma ordenada y en el menor tiempo posible; con ello minimizaremos la espera del paciente para su entrada en el quirófano.

Enfermero Circulante:

- Preparar el carro de material fungible en la farmacia del servicio y trasladarlo al quirófano.
- Encendido y comprobación del adecuado funcionamiento de aspiradores, lámparas, mesa quirúrgica, respirador, laringoscopios, monitor de constantes vitales, torre de laparoscopia (monitor de televisión, cámara, insuflador electrónico de gas y fuente de luz), consola de electrocoagulación y consola de sellado vascular.

- Preparar de mesas de mayo para canalización de vía arterial, vía venosa central o catéter de infusión rápida según anestesiólogo.
- Preparación de sueros, bombas de infusión, medicación parenteral necesaria, tubos orotraqueales, conexiones, filtros y demás sistemas necesarios.
- Colocar los diferentes carros, mesas y aparataje en su ubicación correcta según el protocolo de distribución ergonómica del quirófano (ver figura 3).
- Revisión del carro de medicación parenteral y montaje de la bandeja con medicación guardada en frío intentando mantener la temperatura adecuada con hielo.
- Cerrar bata estéril del enfermero instrumentista.
- Colaboración con el enfermero instrumentista en el montaje de la mesas para instrumentación ofreciendo el material quirúrgico y fungible estéril.

Enfermero Instrumentista:

- Preparar el carro de instrumental quirúrgico en la unidad de esterilización y trasladarlo al quirófano.
- Verificar la correcta esterilidad del instrumental quirúrgico: viraje de controles, integridad del empaquetado,...
- Realizar el lavado de manos quirúrgico y colocarse la bata y los guantes estériles.
- Iniciar el montaje de las mesas de instrumentación para Cirugía Laparoscopia y Cirugía abierta por si fuese necesaria la reconversión de la técnica quirúrgica.



Figura 3: Protocolo de Distribución Ergonómica del quirófano para P.R.L.

FASE 2: RECEPCIÓN DEL PACIENTE.

Mediante la revisión de datos en la historia clínica podremos detectar carencias en la preparación del paciente y evitar errores, fomentando su seguridad.

Además, nuestra actuación será de vital importancia para aliviar ansiedad del paciente.

Enfermero Circulante:

- Presentación en el ante quirófano prestando apoyo emocional.
- Informar sobre los procedimientos a realizar durante la intervención, y responder las preguntas hechas por el

paciente que pertenezcan a la responsabilidad profesional del enfermero. El resto de preguntas deberán ser remitidas al cirujano o anestesiólogo.

- Revisar las pulseras de identificación y de banco de sangre.
- Lectura de la Valoración preoperatoria, revisando la Historia clínica y la cumplimentación de los consentimientos informados.
- Verificar que el rasurado y la higiene previa de la zona a intervenir sean correctos.
- Verificar que todos los objetos metálicos (pulseras, anillos, prótesis dentales removibles,...) han sido retirados.
- Preguntar al paciente a que hora tomó la última ingesta de sólidos o líquidos y comprobar que las horas de ayuno sean las correctas.
- Revisar que el esmalte de uñas ha sido retirado en caso de pacientes de sexo femenino.
- Comprobación o canalización de la vía de acceso periférico 18 ó 20 G.
- Administración de la Profilaxis antibiótica prescrita.
- Revisión del vendaje compresivo de miembros inferiores, o en su defecto aplicarlo.
- Colaboración con el celador en el traspaso del paciente de la camilla a la mesa quirúrgica
- Apertura y cumplimentación de la hoja de registro intraoperatorio de enfermería.

Enfermero Instrumentista:

- Finalizar el montaje de las mesas de instrumentación quirúrgica.
- Cubrir minuciosamente con sabanas estériles grandes las mesas de instrumentación montadas anteriormente y ubicarlas en algún sitio del quirófano alejado del paso de personas para evitar su contaminación.
- Retirada de bata y guantes estériles.

FASE 3: INDUCCIÓN ANESTÉSICA.

La P.R.Laparoscópica se realizara siempre bajo anestesia general. Ambos enfermeros han de estar preparados y en actitud de rápida colaboración con el anestesiólogo.

Enfermero Circulante:

- Colocar los electrodos y sistemas necesarios para monitorización de constantes vitales.
- Revisión de la configuración y activación de alarmas del monitor.
- Colaboración con el Anestesiólogo según precise: preoxigenando al paciente, administrando los hipnóticos, relajantes musculares o analgésicos elegidos, ofreciendo material para intubación, o solucionando las eventualidades que puedan acontecer.
- Cateterización de vía arterial para monitorización de presión arterial invasiva. Utilizar como primera elección la arteria radial.
- Colocar sonda nasogástrica como prevención de posibles aspiraciones ocasionadas por la posición del paciente en trendelemburg.

Enfermero Instrumentista:

- Colaboración con el enfermero circulante en la cateterización arterial.
- Colaboración con el anestesiólogo en la canalización de vía venosa central o catéter de infusión rápida de acceso periférico.

FASE 4: COLOCACIÓN DEL PACIENTE.

Colocaremos al paciente en decúbito supino con los miembros superiores en adducción a lo largo del cuerpo y los miembros inferiores en abducción de 30 °.

Posteriormente articularemos la mesa a posición trendelemburg de 30-45 ° (figura 4).

El campo operatorio debe permitir el acceso a la mitad inferior del abdomen, de ombligo a genitales externos, con otro acceso separado también estéril para el periné y la sonda vesical.

Una posición quirúrgica inadecuada puede producir problemas por compresión de estructuras vasculares y nerviosas como parestesias, dificultad de retorno venoso, etc.

Enfermero Circulante:

- Cerrar la bata estéril del enfermero instrumentista.
- Colaboración con el celador en la recolocación del paciente en la mesa quirúrgica y la fijación de soportes en hombros para evitar el deslizamiento del paciente.
- Colocar los brazos del paciente pegados al cuerpo mediante sujeción con sabana bajo la espalda y retirar los soportes de la mesa donde se apoyaban.
- Adecuar la mesa de quirófano a la posición optima para la intervención.
- Colocar las protecciones almohadilladas en los puntos de presión (talones, hueso poplíteo, cabeza...) y cintas de sujeción para los miembros inferiores.
- Pegar las placas de bisturí en la región glútea.
- Colocación de manta térmica de aire caliente en tórax y miembros superiores para evitar intercambios de temperatura no deseados.
- Colocar los sistemas de suero y llaves de tres pasos identificadas de forma ordenada, y en lugar accesible para la infusión de fármacos o extracción de muestras sanguíneas.
- Colocar los calentadores hotline para infusión de suero en normotermia.
- Cerrar la bata estéril a los cirujanos principal y ayudante.

Enfermero Instrumentista:

- Nueva revisión de la mesa de instrumental, comprobando que en ella esta todo el instrumental y material fungible necesario para el desarrollo de la intervención.
- Realizar contaje previo del instrumental y fungible de las mesas.
- Pintar el campo operatorio aplicando el antiséptico de uso habitual.

- Colaborar con los cirujanos en la colocación de sus batas y guantes estériles, así como en la colocación de paños para vestir el campo quirúrgico estéril.
- Realizar el sondaje vesical con técnica estéril para la posterior manipulación de la sonda, bien inflando o desinflando el globo, bien traccionando de la misma.



Figura 4: Posición quirúrgica para la P.R. Laparoscópica.

FASE 5: FASE INTRAOPERATORIA.

La fluidez en la cirugía y el tiempo total de la misma que habitualmente será de varias horas (entre 3 y 6) dependerá en gran medida de la preparación teórica específica, resolutivez y experiencia anterior en P.R.L. de ambos enfermeros.

La forzada posición en trendelenburg y el neumoperitoneo durante la cirugía obligan a una estrecha vigilancia de la función cardiorrespiratoria y el equilibrio ácido-base durante el mantenimiento de la anestesia general.

Enfermero Instrumentista:

- Realizar conteo definitivo y comunicación al enfermero circulante para su registro: gasas y agujas para mesa de laparoscopia; compresas y pincería para mesa de cirugía abierta.
- Ubicar la mesa de instrumental para cirugía abierta en lugar seguro y alejado del paso de personas para evitar la contaminación.
- Colaborar con los cirujanos en la colocación ordenada de tubuladuras y cables.
- Vigilar el cumplimiento de normas de asepsia y esterilización durante toda la cirugía.
- Manejar la mesa de instrumental para laparoscopia observando el curso de la intervención y adelantándose a los requerimientos que se precisen.
- Colaborar con los cirujanos como ayudante cuando si fuera necesario.
- Realizar conteo final al inicio del cierre de cavidades y planos.

Enfermero Circulante:

- Colocación del aparataje según protocolo de distribución ergonómica.
- Conexión de cables y tubuladuras en las torres de laparoscopia y electrocoagulación, y aspiradores programando los parámetros específicos.
- Acondicionar la luces del quirófano (techo, lámparas, y auxiliares) permitiendo una correcta visualización del campo quirúrgico en la pantalla del monitor de televisión.
- Extracción, codificación y envío de muestras a laboratorio.
- Suministrar al campo operatorio todo el material que surja como necesario (figura 5).
- Cumplimentación de la hoja de registro intraoperatorio y contaje final.
- Colaboración con el enfermero instrumentista en la vigilancia de la esterilidad.
- Colaboración con el anestesiista en la vigilancia de constantes vitales.



Figura 5: Campo quirúrgico.

FASE 5.1: RECONVERSIÓN DE LA INTERVENCIÓN A P.R. ABIERTA.

Los motivos más habituales para el cambio de abordaje técnico son: sangrado con dificultad para realizar hemostasia, elevada complejidad quirúrgica, o hipercapnia de difícil control (producida por el neumoperitoneo y la forzada posición quirúrgica) con riesgo elevado para la seguridad del paciente.

Enfermero Instrumentista:

- Retirar todo el instrumental para laparoscopia realizando conteo de pincería y gasas.
- Ayudar al enfermero circulante a la retirada de cables, tubuladuras y óptica para evitar la contaminación del campo quirúrgico y preservar la integridad de este material.
- Apartar la mesa de instrumentación para cirugía laparoscópica y colocar la mesa para cirugía abierta a la izquierda del enfermero instrumentista, que se colocara a la izquierda del cirujano principal.
- Realizar nuevo conteo de pincería, agujas y compresas al inicio de la cirugía abierta.

Enfermero Circulante:

- Acondicionar la luces del quirófano (techo, lámparas, y auxiliares) permitiendo una correcta visualización directa del campo quirúrgico.
- Retirar cables, tubuladuras y cámara evitando preservando la esterilidad del campo y la integridad del material.
- Modificar la mesa de operaciones a posición neutra y retirar los soportes de los hombros.
- Suministrar al campo operatorio el material que surja ante las nuevas necesidades.
- Colaborar con el enfermero instrumentista en el contaje.
- Anotar todos los datos (horas, cambio de contaje, incidencias, ...) en la hoja de registro intraoperatorio.
- Retirar la mesa de instrumentación para laparoscopia, la torre de aparataje y la torre de electrocoagulación en sitio alejado del paso de personas donde permitan circular adecuadamente.

FASE 6: FINALIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN Y REVERSIÓN ANESTÉSICA.

Tras finalizar la cirugía se procederá a la reversión de la anestesia general y si el estado del paciente lo permite a su extubación orotraqueal; posteriormente será trasladado a la sala de reanimación postanestésica (U.R.P.A.) en condiciones óptimas para el inicio de su postoperatorio.

Enfermero Instrumentista:

- Entregar la pieza anatómica resecada al enfermero circulante.
- Desmontar el campo quirúrgico, retirar mesa de instrumental y proceder a la entrega del material para su limpieza en la intermedia de sucio separando aquel que este defectuoso.
- Conexión del drenaje Jackson-Pratt a botella sin vacío.
- Limpiar la piel de la zona intervenida con suero, aplicar antiséptico y colocar apósitos en todas las incisiones.
- Colaborar en la reversión anestésica si fuese necesario y en el traspaso del paciente a la camilla.

Enfermero Circulante:

- Retirada de cables y tubuladuras entregándolos en la intermedia de sucio.
- Conexión del lavado vesical continuo.
- Recogida y codificación de la pieza anatómica para envío al laboratorio de anatomía patológica. Añadir formol al recipiente.
- Colaboración con el enfermero instrumentista en la limpieza y colocación de apósitos.
- Colocar la mesa con el paciente en posición neutra, retirando sujeciones y colocando soportes para los brazos.
- Colaborar con el anestesiólogo en la reversión anestésica y extubación.

FASE 7: SALIDA DEL PACIENTE.

Por último, el paciente recién intervenido será acompañado por los enfermeros del quirófano a la U.R.P.A., donde transmitirán la información importante para la continuidad en sus cuidados.

Enfermero circulante e instrumentista.

- Finalizar la cumplimentación de la hoja de registro intraoperatorio.
- Retirar sonda nasogástrica y llaves o alargaderas de suero que ya no serán necesarias.
- Retirar manta térmica y calentadores online para el traslado del paciente.
- Colaboración con el celador en el traspaso del paciente a la camilla.
- Acompañar al paciente y entregar la hoja de registro intraoperatorio.
- Regreso al quirófano para la recogida de los carros de fungible e instrumentación y traslado del material que no se haya utilizado a sus estanterías de origen.
- Reposición de los armarios de fungible, hilos o carro de anestesia del quirófano.

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA P.R. LAPAROSCÓPICA

En nuestro servicio comenzó a realizarse esta intervención en septiembre de 2005.

Previamente participamos en un programa de formación específica sobre Cirugía Urológica Laparoscópica en el Centro de Cirugía de Mínima Invasión de Cáceres (CCMI).

En estos dos años se han realizado 57 intervenciones; durante este periodo hemos intentado protocolizar el mayor número de procedimientos de enfermería, con el objetivo de disminuir los tiempos quirúrgicos y aumentar la calidad de nuestra asistencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/prostata/patient/>
2. http://es.wikipedia.org/wiki/C%C3%A1ncer_de_pr%C3%B3stata#Estad.C3.ADsticas
3. Cecchini Rosell L, Esquena Fernández S, Raventós Busquets CX, Orsola de los Santos A. Trilla Herrera E, Planas Morin J, Morote Robles J. Estado actual de la prostatectomía radical laparoscópica. Actas Urol Esp 2006; 30 (5): 513-516.
4. Cansino Alcaide JR, Álvarez Maestro M, Cabrera Castillo PM, Martínez-Piñero Lorenzo L, Taberno Prieto A, De la Peña Barthel JJ. Prostatectomía radical laparoscópica. Revisión de la literatura. Nuestra experiencia. Actas Urol Esp 2006; 30 (5): 517-530.
5. R. Van Velthoven, Peltier A. Prostatectomía Radical Laparoscópica. Centro de Cirugía de Mínima Invasión; 175-2004; Cáceres, 2005.
6. García García MA, Hernández Hernández V, Montero Arroyo R, Ranz González R. Serie Cuidados Avanzados: Enfermería de Quirófano. 1ª edición; Madrid, 2005.

PROTOCOLO DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERIA TRAS EL ALTA HOSPITALARIA EN CONSULTA POSTQUIRÚRGICA GINECOLOGICA

■ Isabel M^a Márquez García.

D.E. Servicio de Ginecología.

Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe (Sevilla).

Resumen

El trabajo de enfermería en Consultas Externas parecía que era algo delimitado, sin mucha presión y rutinario. Tradicionalmente se presentaba como asociado a la asistencia a las labores del ginecólogo durante la exploración asumiendo competencias de la auxiliar de clínica. En la actualidad eso no debe ser así.

A continuación, vamos a realizar un recorrido por el desarrollo de competencias de un enfermero en el día a día de la Consulta de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe y observaremos que se realizan distintos tipos de tareas que se sustentan en la detección precoz de complicaciones, en la educación para la salud, en las curas de las heridas quirúrgicas y en la colaboración con el médico en la realización de pruebas invasivas de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

Hace falta un gran desarrollo de competencias y una actividad formativa importante y constante, para atender a los pacientes de una manera integral y personalizada, con objeto de que nuestro fin sea siempre la *satisfacción de éstos y la mejora de la calidad de nuestros Cuidados enfermeros*.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Empatía,
- ✓ Seguimiento telefónico,
- ✓ Atención integral,
- ✓ Comunicación interniveles,
- ✓ Educación para la salud.

INTRODUCCIÓN

El Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe creó en febrero de 2006, en el área de Consultas Externas del Servicio de Ginecología, un Gabinete destinado al desarrollo de programas de continuidad de cuidados enfermeros tras el alta hospitalaria de pacientes intervenidas quirúrgicamente por este Servicio.

A toda paciente que se interviene por el Servicio de Ginecología en este hospital se le entrega un Informe de Enfermería al Alta Hospitalaria (informe de Continuidad) en el que se recoge una serie de recomendaciones generales, signos y síntomas de frecuente aparición, y signos de alarma, que le facilitará la vuelta a casa.

Para continuar prestando nuestros servicios a las pacientes de una manera continua hasta su recuperación, aparece esta consulta en la que se intenta mejorar la calidad de nuestros cuidados, realizando un seguimiento personalizado de cada mujer en función de las necesidades que se detecten, facilitando la accesibilidad al sistema en el caso que se detecten

complicaciones derivadas de la cirugía, además de realizar un trabajo de apoyo y colaboración con el ginecólogo en la realización de pruebas invasivas de CMA (Figura 1) y atención a urgencias e interconsultas hospitalarias.



Figura 1. Sala de exploraciones, pruebas invasivas y curas.

Ésta es una consulta dinámica, con variedad de actuaciones y organizada de acuerdo a unos horarios, en los que hay momentos en los que se realiza un trabajo de colaboración con el ginecólogo y otros en los que el campo de actuación es individual.

Los objetivos que se quiere alcanzar con esta consulta son varios:

- Realizar un trabajo de apoyo y colaboración con el ginecólogo en la realización de las pruebas invasivas de CMA.
- Atención a las urgencias e interconsultas hospitalarias.
- Realizar el seguimiento y la continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria de una manera personalizada ya sea de manera telefónica o presencial según el caso.
- Facilitar la accesibilidad de las pacientes a la consulta en caso de que presenten complicaciones derivadas de la intervención.

OBSERVACIONES

Los **recursos materiales** que utilizamos son muy diversos ya que incluyen:

- Instrumentación quirúrgica para la realización de pruebas invasivas. (Figura 2)
- Equipo informático de registro con programas de seguimiento incluidos en la historia clínica en soporte electrónico.
- Teléfono de contacto para solventar dudas y complicaciones.
- Teléfono de contacto para realizar controles programados y personalizados.
- Servicio de correos para comunicación de citas y resultados.
- Material de curas.
- Material de video-audio para grabación de actividades.



Figura 2. Material para realización de pruebas invasivas en régimen de CMA.

Actuaciones de la consulta:

El Hospital cuenta con 8 ginecólogos que se alternan entre Quirófano, Consultas y Consulta Especializada. Cada día se designa uno a la consulta, que será el que tenga de referencia la enfermera.

La Consulta de Atención Especializada dispone de un horario de 8-15 h, de Lunes a Viernes y está situada en el Área de Consultas Externas del Hospital.

Contamos con un programa informático que nos permite acceder a la Historia Clínica de las pacientes que se atienden al Hospital. Ello nos facilita ampliamente el trabajo como veremos a continuación.

Al principio de la mañana se trabaja en **colaboración con el ginecólogo:**

De 8-8.30 horas, la enfermera, mediante el programa informático que sustenta la historia clínica en nuestro Hospital, preparará la consulta de ese día.

- Sabrá cuáles son las Pruebas Invasivas en régimen de CMA programadas.
- Los controles telefónicos de continuidad que debe realizar.
- Cuántas revisiones postquirúrgicas y curas tendrá que atender.
- Revisará los resultados de las Anatomías Patológicas de las pacientes de ese día y las comentará con el Ginecólogo.
- Verificará que esté el instrumental correcto.
- Conocerá la evolución de las pacientes intervenidas que aún están hospitalizadas.
- Dará cita a las pacientes que se intervengan ese día.

Se ha dispuesto un horario de urgencias (8.30-9 h) durante el que las pacientes intervenidas que han sido dadas de alta hospitalaria pueden acudir hasta que se realice la Revisión Postquirúrgica, si tuvieran alguna duda o complicación de la intervención.

Una vez se han atendido a las pacientes que acuden de urgencias, comenzamos con la realización de Pruebas Invasivas: Colposcopias (detección de alteraciones celulares macroscópicas en cuello uterino tras una citología alterada y según protocolo), Histeroscopias (introducir una cámara en la cavidad uterina para verificar una sospecha ecográfica) o Cirugía Menor (extirpación de quistes o verrugas en genitales o mamas, Trucut, Tratamiento de Bartholinitis...).

Normalmente se realizan 2-3 pruebas que tienen una duración de 30-45 minutos cada una. La labor de la DE consiste en preparar los instrumentos necesarios, instruir a la paciente y auxiliar en caso de que se presente alguna complicación, siendo la más frecuente las reacciones vasovagales (canalizar vía, administrar medicación...).

Una vez concluidas éstas comenzamos con el horario de **Consulta de Enfermería** que se compone de varias actividades:

Seguimiento telefónico:

Se realiza una llamada telefónica a los 10 días de la intervención a todas las pacientes dadas de alta. En ella nos interesamos por cómo se encuentra, si toma el tratamiento prescrito de manera adecuada, por resolver las dudas que le hayan

surgido, recordar la fecha de la siguiente cita e intentar detectar posibles complicaciones tardías (valoraremos la necesidad de revisarla precozmente o hacer otra llamada en el tiempo que se estime oportuno).

Se eligió esta fecha porque le da tiempo a la paciente a estar unos días en casa y mejorarse de las molestias propias de la intervención y que aparezcan dudas. Si tiene cicatriz le comienzan a retirar puntos y nos puede decir si hay infección, dehiscencia u otras alteraciones. Otra de las razones de peso, es que entre 7-10 días es el tiempo que necesitan los Patólogos para dar un diagnóstico anatómico-patológico. Antes de realizar la llamada se consulta este resultado, que, si está alterado se comenta con el ginecólogo para decidir si requiere una actuación precoz a la fecha de la revisión.

Revisiones postquirúrgicas:

Las Intervenciones Quirúrgicas que se realizan en este Hospital se pueden dividir en bloques: Histerectomías abdominales o vaginales, Plastias vaginales, Intervenciones sobre Vagina o Vulva, Intervenciones sobre la mama, Incontinencia de esfuerzo femenina, Laparoscopias, Resectoscopias, Legrados, Conizaciones y Cirugía Oncológica.

La revisión en Consulta de Enfermería se realiza a los 20-30 días de la Intervención y se citará a todas aquellas pacientes que tienen cicatrices tanto abdominales cuanto vaginales, vulvares y mamarias. La cita coincide con el día de apoyo del ginecólogo que la intervino a esa consulta, por si detectamos algún problema, comunicárselo y aplicar tratamiento inmediato.

Comenzamos realizando una **Recogida de Datos**, basándonos en el **Patrón de las 14 Necesidades de Virginia Henderson**: (1)

1. Primero preguntamos cómo se encuentra subjetivamente, lo que nos dará una idea global de la situación.

2. Después vamos haciendo un recorrido por las necesidades haciendo hincapié en determinados datos:

- a. **Respiración**: Fumar y/o tos crónica.
- b. **Alimentación**: Obesidad, control de la diabetes, dieta sana y equilibrada dependiendo de las circunstancias personales (estreñimiento, anemia, osteoporosis...).
- c. **Eliminación**: Control de la diuresis y deposiciones.
- d. **Moverse**: Importancia del reposo relativo.
- e. **Descanso**: Medicación que tome, nicturia...
- f. **Vestirse**: Incapacidad temporal por herida quirúrgica.
- g. **Temperatura corporal**: Fiebre.
- h. **Higiene**: Limpieza de herida quirúrgica.
- i. **Evitar peligros**: Dolor, conocimientos sobre prevención de enfermedades asociadas al proceso.
- j. **Comunicarse**: Dudas sobre sexualidad.
- k. **Creencias y valores**: Percepción de su salud.
- l. **Trabajo**: Incapacidad temporal por no poder realizar esfuerzos.
- m. **Aprender**: Conocimientos sobre su problema de salud.

Se realiza una exploración física de la zona intervenida, valorando la herida quirúrgica, ya sea abdominal, genital externa, vaginal o de la mama, la incontinencia urinaria, los prolapso postquirúrgicos, el dolor, la inflamación local o abdominal, el flujo/sangrado vaginal y otras alteraciones posibles.

Una vez tenemos todos los datos, los analizamos para detectar Problemas de Colaboración y Diagnósticos Enfermeros. (2, 3)

Los **Problemas de Colaboración** más frecuentes y que pondremos en conocimiento del médico son: Retención urinaria y/o infección de orina, signos y síntomas de infección de la herida quirúrgica, dolor, sangrado y/o flujo vaginal maloliente...

Los **Diagnósticos Enfermeros** más comunes son:

- **Alteración de la nutrición** (relacionado con) r/c ingesta en exceso (manifestado por) m/p obesidad y/o diabetes. Estas pacientes presentan mayor riesgo de dehiscencia de sutura e infección de la herida quirúrgica.
- **Riesgo de infección** r/c Intervención quirúrgica m/p herida quirúrgica.
- **Estreñimiento** r/c reposo relativo.
- **Incontinencia urinaria** r/c Histerectomía, Plastias vaginales... m/p incontinencia de urgencia o al aumentar presión intraabdominal.
- **Afrontamiento individual inefectivo** r/c diagnóstico de cáncer.
- **Déficit de conocimientos** r/c cuidados a largo plazo tras proceso quirúrgico.

La mayoría de los problemas que requieren soluciones inmediatas son detectados antes de esta consulta, bien por el seguimiento telefónico, por el teléfono de contacto que tenemos a disposición de las pacientes o por la accesibilidad a la consulta mediante el horario de Urgencia.

Por lo tanto, las **Intervenciones de Enfermería** que realizamos en esta consulta están basadas en **Educación para la Salud y Recomendaciones personales** según los diagnósticos detectados: (4, 5, 6)

- Combatir el sedentarismo y realizar una dieta equilibrada.
- Aumentar líquidos y fibra para evitar estreñimiento. Usar, si es necesario, laxantes bajo control médico durante el periodo de recuperación.
- Reforzar la toma de fármacos necesarios: Hierro, calcio, anticoagulación y antibioterapia.
- Controlar los niveles de glucemia.
- Explicar los problemas potenciales de la obesidad.
- Dejar de fumar para evitar tos crónica, la cuál favorece la incontinencia urinaria de esfuerzo o la dehiscencia de sutura.
- Recordar la importancia de mantener la herida limpia y seca, y realizar técnica estéril en curas.
- Debemos valorar el proceso de cicatrización.
- Para evitar y/o mejorar incontinencia de esfuerzo recomendar la realización de ejercicios de kegel y reeducar la vejiga. (7, 8)

- Repasaremos los tratamientos que toma para informarle si hay alguno que le pueda favorecer la incontinencia.
- En pacientes con problemas de cicatrización o formadoras de queloides se recomienda reductores de cicatrices.
- Valorar el tipo de trabajo que realiza la paciente para informar sobre el tiempo aproximado de la baja médica.
- Recomendar la realización de autoexploraciones mamarias periódicas.
- Las paciente histerectomizada y que además está ovariectomizada, entran en menopausia de manera brusca. Según la edad de la paciente, se comenta con el ginecólogo la posibilidad de terapia hormonal. Sino es necesaria, le comentamos a la paciente la sintomatología de posible aparición.
- Tras una intervención ginecológica, no mamaria, se recomienda a la paciente que no mantenga relaciones sexuales con penetración hasta que venga a revisión. Durante el reconocimiento veremos si le quedan puntos en vagina o vulva: Si no hay puntos sí se podrán iniciar relaciones, pero si aún tiene se recomendará esperar entre un mes o mes y medio, dependiendo del tipo de intervención. Revisar métodos alternativos al coito, recomendar uso de lubricantes, etc. A las pacientes histerectomizadas debemos corregirles conceptos erróneos. (9)
- Cuando nos encontramos con una paciente con diagnóstico de cáncer, nuestras intervenciones se basan sobre todo en determinar la repercusión en su vida diaria y buscar recursos necesarios, enseñar estrategias de afrontamiento y establecer expectativas de vida y objetivos realistas, dar un tiempo de adaptación, estimular la expresión de sentimientos y resaltar la importancia de la familia en el proceso. (10)
- Al finalizar la consulta valoraremos si es necesario algún tipo de seguimiento, para lo que se le dará nueva cita o bien las siguientes revisiones las hará según criterio del médico de zona.

Curas:

Las pacientes con heridas complicadas, patologías de base que nos hagan pensar que se pueden complicar, pacientes con obesidad y las que son intervenidas de patología mamaria, serán citadas para realización de curas en Consulta de Enfermería tras el alta hospitalaria.

Si la herida se complica durante la estancia hospitalaria, el ginecólogo lo pone en conocimiento de la DE, que visitará a la paciente en planta para asistir a las curas que realizan los DE de Hospitalización, conocer la evolución del proceso de cicatrización y explicarle cómo va a ser el seguimiento en consulta tras el alta (11).

Las pacientes intervenidas de patología mamaria se citan directamente en curas para retirada de drenajes y posteriormente de los puntos y dar resultados de Anatomía Patológica.

Las pacientes intervenidas de patología oncológica se cita para curas a los 10 días de la Intervención, para la retirada de puntos y así no demorar hasta el mes la Derivación a Oncología para su posterior tratamiento si fuera necesario (12).

Seguimientos a largo plazo:

Se efectuará un seguimiento continuado a pacientes que se considere oportuno por su complejidad o interés científico.

Se realizarán encuestas de expectativas y satisfacción a las pacientes en situaciones específicas o con determinadas patologías.

Se realizarán revisiones de datos de manera periódica a pacientes con determinadas patologías.

Accesibilidad al Servicio de Ginecología:

A través de la Consulta de Enfermería, todas aquellas pacientes que presenten dudas o complicaciones derivadas de la Intervención serán atendidas en horario de urgencia.

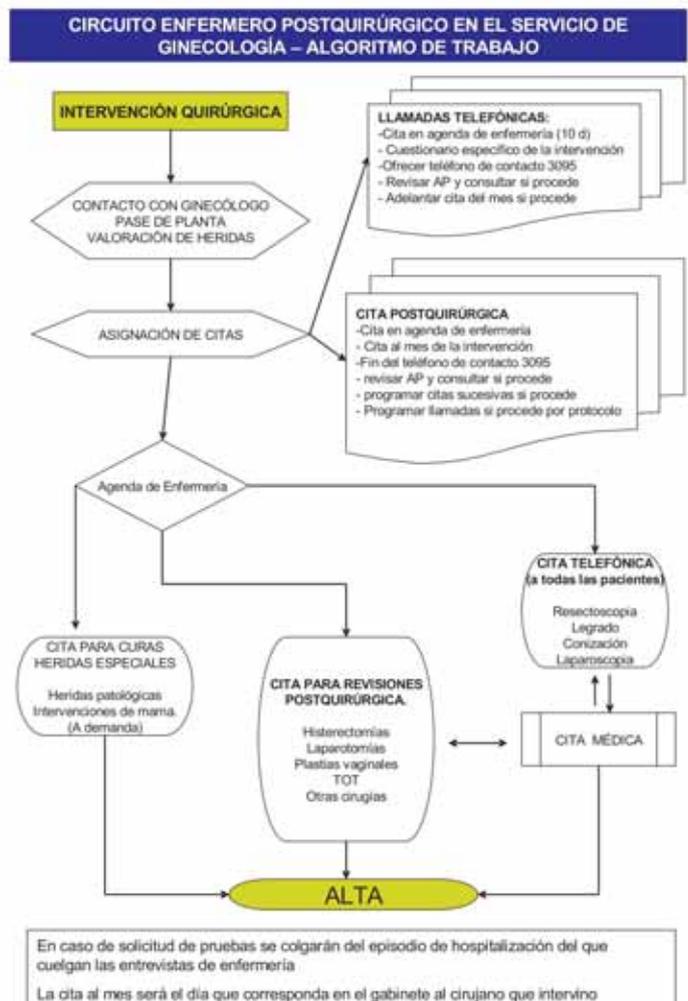


Figura 3. Resumen del trabajo enfermero en la consulta.

Al alta hospitalaria se les facilitará el número de teléfono de la consulta donde se les atenderá a las dudas que presenten.

A través del seguimiento telefónico se adelantará la cita a pacientes que presenten complicaciones que requieran una actuación precoz.

Se contacta con las pacientes que no han venido a consulta para saber si han tenido algún problema y, si lo desean, facilitarles una nueva cita. (Figura 3).

CONCLUSIÓN

La calidad de los cuidados enfermeros es de vital importancia en el proceso de atención integral al paciente. Hasta ahora, el Informe de Enfermería al Alta Hospitalaria era la última parte del seguimiento, pero nosotros hemos querido dar un paso más para continuar renovando nuestro trabajo siendo la empatía con el paciente uno de los puntos más determinantes.

Todos sabemos que las listas de espera son grandes y que desde el alta tras la intervención hasta la revisión postquirúrgica pasa un tiempo importante en el que el paciente se siente solo, perdido, piensa que ya no forma parte del sistema, que los servicios sanitarios se desentienden de él, que no debían haberle dado el alta tan pronto, la incertidumbre de los resultados, no sabe donde acudir en caso de dudas o problemas salvo a la urgencia hospitalaria...

Con el Informe de Enfermería al Alta le proporcionamos una información global de lo que puede suceder, pero veíamos que aún así, faltaba algo que podíamos trabajar en ese intervalo de tiempo, y pensamos que si realizamos posteriormente un seguimiento personalizado evitaríamos alargar los días de estancia hospitalaria innecesariamente, ahorrar en recursos, mejorar la comunicación interniveles (entre Atención Primaria y Atención Especializada) y lo más importante es que el paciente sentiría que es importante para nosotros y que nos sigue preocupando, aumentando el nivel de satisfacción.

Una vez más, los enfermeros podemos demostrar que somos una parte primordial en el sistema sanitario, que tenemos un rol activo, pero que aún nos quedan muchas cosas por hacer y mejorar, por lo que todos debemos aportar nuestro grano de arena para que la sociedad conozca y reconozca la calidad de la enfermería que tiene este país.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento al Hospital de San Juan de Dios por darme la oportunidad de continuar mi formación aquí y colaborar con este nuevo proyecto, y al Servicio de Ginecología por confiar en mí y darme su apoyo en todo momento. Sin el trabajo en equipo de médicos, enfermeras y auxiliares, esto no hubiera sido posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI: Recogida de datos sobre el perfil del cliente para la planificación de cuidados. Ed. Masson. Barcelona. 2000.
2. Brunner y Suddarth. McGRAW-HILL INTERAMERICANA editores SA. Enfermería Médico-quirúrgica. 9ª ed. Madrid. 2002. p. 395-422 y 1349-1498.
3. Luis MT. Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial. Harcourt Brace. 3ª ed. Madrid. 1998.
4. Biblioteca Nacional de Medicina de EEUU y los Institutos Nacionales de Salud. Medline plus. Información de salud para usted. Chen P, Department of obstetrics and gynecology of Pensilvania Medical Center. Histerectomía. Greenstein M, North Jersey Center of Urologic Care. Incontinencia. <http://medlineplus.gov/esp>.
5. The National Women's Health Information Center de EEUU. Recursos en español: Preguntas frecuentes sobre la salud de la mujer: Menopausia, Incontinencia, Histerectomía. <http://womenshealth.gov/>
6. Duid N and Savage W. Womens health concern. Histerectomy: after the operation. London. <http://womens-healthlondon.org.uk/>
7. Moral E, Amat L, Fillol M. Suelo pélvico. Revista española sobre medicina del suelo pélvico de la mujer y cirugía reconstructiva: Control postoperatorio de la cirugía del suelo pélvico. Madrid-Barcelona. 2005;1[3]: 68-72.
8. Brioso L, Vidiella G, Curbelo F et al. Revista médica de Uruguay: Transvaginal obturatriz tape (TOT) en el tratamiento de la incontinencia de esfuerzo femenina. Junio 2005; 21: 130-140.
9. Florido J, Cabello F, Carretero P et al. Documento de consenso S.E.G.O. 2005: Disfunciones sexuales. Madrid-Barcelona. Ed. 2006. p. 41-109.
10. American Cancer Society: Nutrición y cuidados a pacientes con cáncer: Una guía para los pacientes y su familia. <http://documents.cancer.org/9711.96/6711.96.pdf>
11. Consejería de Salud, SAS. Guía de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas.
12. Fundación Rioja Salud, Servicio Riojano de Salud y AECC La Rioja. Guía de cuidados del miembro superior para prevenir el linfedema. <http://fundacionriojasalud.org/PDF/Gu%EDaCuidadosLinfedema.pdf>

ENFERMERIA EN UROGRAFIA INTRAVENOSA

- María Teresa Espárrago Fernández
- Francisco Javier Martínez Pérez
- Alonso Escalante Macías

D. E. Servicio de Radiodiagnóstico Clínica de Fátima

Resumen

La Urografía Intravenosa UIV, también llamada Pielografía Intravenosa (PIV), es una técnica radiológica que debe realizar enfermería, que consiste en la administración de un medio de contraste por vía intravenosa, para observar el tracto urinario con fines diagnósticos. Tanto la canalización venosa, como la intervención ante posibles reacciones adversas, que el medio de contraste puede provocar, es una técnica de enfermería.

Para obtener una exploración adecuada, es necesario poner atención a los detalles técnicos, como el uso de bajo kilovoltaje, dosis adecuadas de material de contraste, preparación del paciente y monitorización de la exploración. Detalles que hacen claro el papel tan importante que cumple enfermería en estos tipo de estudios que se realizan en un Servicio de Radiología.

SUMMARY

Urografía Intravenous UIV, also call Pielografía Intravenosa (PIV), is technique radiological which it must make infirmery, that consists of the administration of means of resistance by intravenous route, to observe tracto urinary with aims diagnoses. As much the venous canalization, as the intervention before possible adverse reactions, that the resistance means can cause, is an infirmery technique.

In order to obtain an suitable exploration, it is necessary to put attention to the technical details, as the use of low kilovoltage, suitable doses of resistance material, preparation of the patient and monitorización of the exploration. Details that play the so important role clear that it fulfills infirmery in these type of studies that are made in a Service of Radiology.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Urografía intravenosa (UIV),
- ✓ Contraste intravenoso,
- ✓ Servicio de radiología
- ✓ Triyodado hidrosoluble
- ✓ Proyecciones radiológicas
- ✓ Reacción alérgica
- ✓ Pielografía intravenosa (PIV)
- ✓ Pielografía retrograda

INTRODUCCION

La Urografía es una técnica de Enfermería que se realiza en los Servicios de Radiología, de la cual se derivan una serie de cuidados de enfermería.

Enfermería es responsable de evaluar y documentar el estado del paciente, sus necesidades y proporcionar información en relación al estudio que se va a realizar.

El estudio debe adaptarse siempre a las necesidades del enfermo, no debe ser estándar.

Este tipo de estudio se realiza mediante inyección de un contraste (Triyodado Hidrosoluble) que es eliminado selectivamente por el riñón y permite la visualización del parénquima renal y de las vías excretoras.

La última generación de contrastes (Triyodados Hidrosolubles NO IONICOS), son mejor tolerados por los pacientes, dando menos número de reacciones alérgicas.

Con la UIV visualizamos el sistema excretor de una forma fisiológica. La opacificación renal y de sus vías, por contrastes yodados, se fundamenta, en la concentración en sangre de estos y posterior filtración glomerular, sin reacción tubular, por lo que se excretan en su totalidad por el riñón, a menos que hay déficit severo en la filtración, en cuyo caso, buscarán vías alternativas de eliminación: hígado y vías biliares, pasando así a intestino.

La UIV es uno de los métodos de imagen básicos en el sistema urinario superior. Cuando en los años cincuenta y sesenta se desarrollaron los nuevos contrastes yodados, la pielografía intravenosa (PIV) se convirtió en el método dominante en la evaluación del tracto urinario superior. Hasta entonces esto solo se

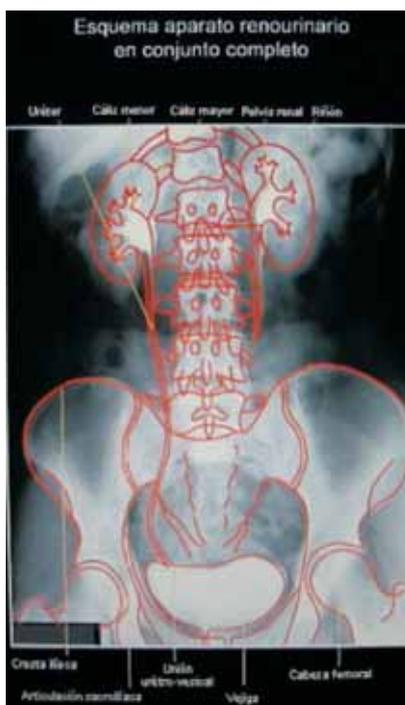


Figura 1. Esquema del aparato renourinario. Placa realizada a los 15 min.

podía realizarse con Pielografía Retrógrada (La Pielografía Retrógrada es el método radiológico más antiguo empleado in vivo para visualizar el sistema colector del riñón y los uréteres. Con un litoscopio, se catecterizan los orificios uretrales bajo control visual. El catéter es encajado en el orificio o bien insertado de manera retrógrada en el camino de subida hasta el sistema colector. Se inyecta contraste en contra del flujo natural de la orina, de ahí su nombre).

Pronto se hizo evidente que no solo la pelvis renal, sino también el resto del sistema urinario (figura 1) incluyendo el parénquima renal, podían visualizarse con contraste intravenoso.

Cuando en la década de los años setenta y ochenta se desarrollaron la ecografía y la TC, el papel de la UIV disminuyó. Esto se debió a que el parénquima renal se evalúa mejor con estas dos técnicas de imagen.

A pesar de ello, la UIV sigue siendo un método de imagen importante ya que hace visible el sistema colector y los uréteres, la parte vertical del sistema.

MATERIAL Y TECNICA

Existen muchas variaciones en este tipo de estudio, además la técnica dependerá de la información que se obtenga y de las circunstancias clínicas.

MATERIAL

- Medio de contraste cargado en jeringas desechables
- Agujas de punción venosa desechables
- Llave de tres pasos seguida de una alargadera
- Gasas estériles.
- Batea.
- Alcohol 90°
- Antiséptico Tópico
- Compresor
- Sistema de fijación del catéter (esparadrapo...)

Carro de emergencias con medicación necesaria para una posible reacción alérgica al contraste: Equipo de gotero, Sueros, Corticoides, Antihistamínicos. Adrenalina, Sistema de oxígeno...

TÉCNICA

- Para obtener una exploración adecuada, es necesario poner atención a los detalles técnicos, como el uso de bajo Kilovoltaje (Kv), dosis adecuada de material de contraste (1 CC por Kilo de peso aproximadamente), preparación del paciente, exposición adecuada y monitorización de la exploración.
- Para realizar una Urografía de forma correcta, es conveniente preparar el intestino del paciente con dietas laxantes y enemas, con lo cual evitaremos superposiciones del contenido intestinal, que desvirtúan o empobrecen las imágenes del aparato urinario.
- Para la realización de la prueba hará falta la presencia de un médico radiólogo, que indicará la realización de placas complementarias si es que hicieran falta y que posteriormente explicamos, y un enfermero, que realizará la prueba en sí.
- Es importante recalcar que es una técnica que debe de realizarse exclusivamente enfermería que es personal cualificado, no solo para la canalización venosa, si no fundamentalmente para actuar en caso de una reacción adversa del contraste, reacción que si no se actúa de forma rápida, y con conocimientos enfermeros, puede provocar la muerte del paciente.
- Para poder actuar rápidamente al presentarse complicaciones durante el empleo de medios de contraste, es imprescindible tener dispuestos los medicamentos e instrumentos necesarios para el tratamiento de emergencia y estar familiarizado con las medidas a adoptar.

PREVENCIÓN PREVIA A LA PRUEBA

- En algunas ocasiones la tarde anterior se administra un laxante (Frasco de X-Prep)
- Debe de seguir una dieta blanda sin residuos. (figura 2).
- No debe de tomar ningún alimento sólido después de la cena.
- Los líquidos están permitidos hasta incluso unas horas antes del examen.
- Por la noche se pondrá un Enema Casen de 250cc

DESARROLLO DE LA PRUEBA

1. Verificar identidad del paciente.

2. Informar al paciente sobre:

- La prueba que se le va realizar. Lo ideal es que el paciente sea informado días anteriores a la exploración y venga con el consentimiento informado FIRMADO (figura 3), y el día de la exploración, solventar las dudas posibles que tenga el paciente
- Riesgos que conlleva la prueba, beneficios y costos que surgen del uso de los medios de contraste, como así también de las medidas que se tomarán para evitar, hasta donde es posible, una reacción adversa de cualquier tipo.

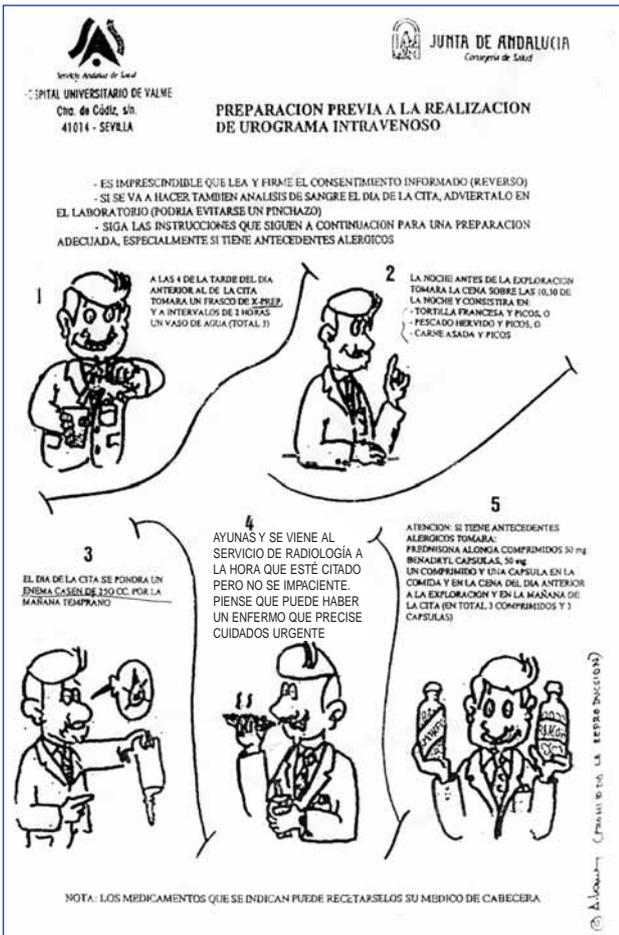


Figura 2

- Síntomas que se consideran normales a la administración del contraste, tales como calor en la cara ó generalizado, carraspeo en garganta, ganas de miccionar..., si el paciente notase cualquier otro síntoma nos lo debe de comunicar inmediatamente all personal de enfermería.

3. Valoración del paciente

Realizar una valoración generalizada del paciente a través de la observación: coloración de la piel y mucosas, hidratación de la piel, estado emocional (Los pacientes excitados o angustiados, deberán ser tranquilizados y sometidos a la oportuna premedicación, ya que dichos estados pueden ocasionar efectos secundarios ó intensificar posibles reacciones provocadas por el medio de contraste)

4. Cumplimentación de un cuestionario

Se realizará un cuestionario al paciente que incluya las siguientes preguntas:

- Preparación adecuada previa a la prueba
- Patologías previas (insuficiencia renal, diabetes...)
- Antecedentes de alergia al material de contraste
- Realización en días previos a la urografía de algún estudio con contraste de bario, tales como Estudio Gastroduodenal, Tránsito Intestinal, Enema Opaco, puesto que el aparato

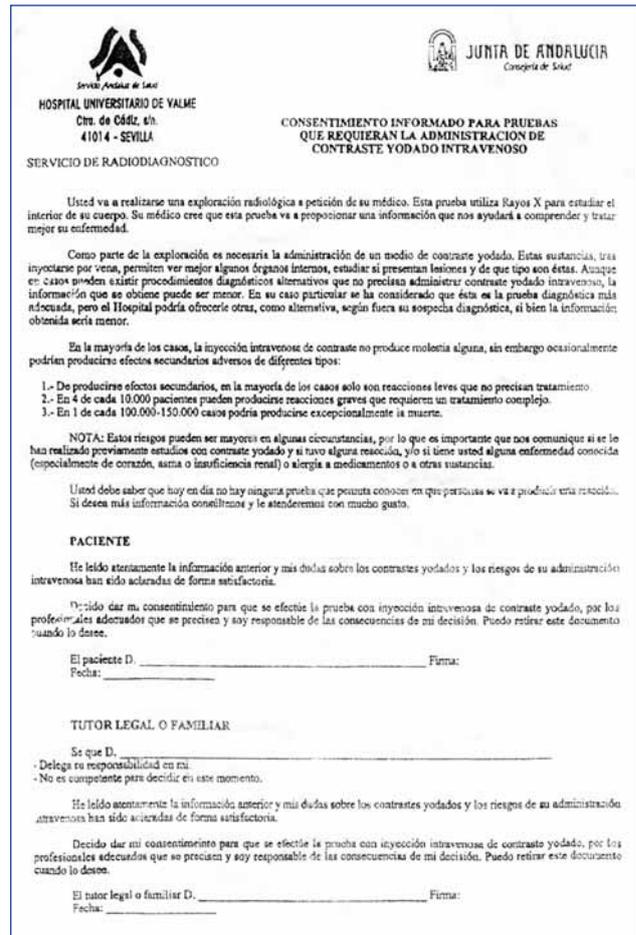


Figura 3. Consentimiento informado

digestivo podría estar lleno de este contraste e impedir la correcta visualización del aparato urinario, por lo que habría que aplazar la realización de la Urografía hasta la completa eliminación del contraste de bario (mínimo una semana)

5. Colocación del paciente:

Paciente: debe estar colocado en decúbito supino, con los brazos extendidos lateralmente a lo largo del cuerpo. En las rodillas se pueden poner unas almohadillas, para elevarlas, con esto conseguiremos una menor movilidad del tronco (Figura 4).

Chasis: Colocado en el plano medio sagital de la mesa, centrado a nivel de las crestas iliacas.

Rayo: Perpendicular a la línea media del cuerpo, a nivel de las crestas iliacas.

Técnica: La técnica media para una radiografía de abdomen es de 70 Kv / 40 mAs. Pero siempre depende de los kilos y constitución del paciente.

Lo ideal es que el paciente debe de estar solo en la sala de rayos, para evitar la radiación de cualquier persona ajena a la prueba.

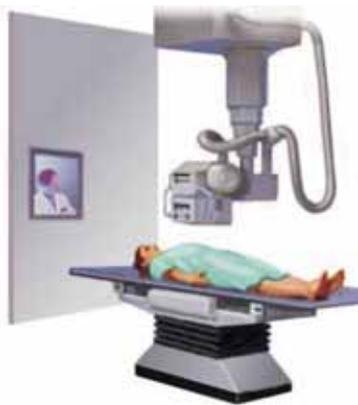


Figura 4

En el caso de tratarse de un niño, a ser posible, dejaremos pasar a la sala a un familiar, pero protegiendo a éste con todas las medidas de protección (delantal y collarín plomados), no sin antes asegurarnos en el caso de que se trate de una mujer, de que no esté embarazada. Si es posible y la edad del niño lo permite, pasará solo a la sala.

6. Realización de radiografía simple de abdomen.

Toda urografía va precedida por una radiografía simple de abdomen (figura 5), ésta debe de abarcar desde las últimas costillas a región infrapubiana, pues de esta forma comprenderá desde suprarrenales a vejiga.



Figura 5. Radiografía simple de abdomen

Es inapropiado administrar contraste radiográfico, si la colocación del paciente no es correcta o si la radiografía simple de abdomen no abarca el área que se desea estudiar

7. Canalización venosa según técnica y protocolo.

8. Administración de contraste intravenoso:

- Calentando el contraste a temperatura corporal se mejora su tolerancia.
- Ocasionalmente se produce dolor en el brazo de inyección. En ausencia de extravasación, el dolor suele deberse al efecto hiperosmolar sobre la pared del vaso, en tal caso se disminuye la velocidad de inyección o incluso se interrumpe, si no cede el dolor.
- La cantidad de contraste a administrar es variable, entre uno de los factores que influye, es el peso del paciente. La dosis habitual es de 1 cc / Kilo de peso corporal al 60-76%, esto se traduce en 75 ml de contraste ó un total de 20-22 gramos de Yodo, para un paciente de 75 Kilos.
- La urografía estándar se lleva a cabo inyectando el contraste como embolada rápida. El contraste se introduce en

forma de bolo a través de un catéter de tamaño apropiado para la vena del paciente. La velocidad de inyección también debe de adecuarse al tamaño del vaso canalizado.

- Otra técnica que ya ha sido abandonada, es la infusión por goteo, que solo se usaba en caso de que la luz del vaso fuera muy pequeña para soportar una inyección en bolo.
- Una vez finalizado la inyección de contraste se le dejará la vía intravenosa al paciente, con una llave de tres pasos, para en caso de reacción alérgica, poder profundir la medicación rápidamente.

9. Secuencias de placas (figura 6):

- Dentro de los 10-20 sg después de la inyección, durante la fase nefrográfica (Captación del contraste por las nefronas, impregnándose así toda la corteza renal).
- Las siguientes placas se realizan a los 5, 10, 15 min, durante la fase excretora: Primero se dibujan los cálices y después se va produciendo la opacificación de la pelvis renal, uréteres y vejiga.
- En caso necesario, se pueden realizar las siguientes placas complementarias:
 - Placa postmiccional: Sirve para valorar la orina residual. Se realiza siempre que se sospeche obstrucción en la región de salida..
 - Bipedestación (De pie): en todos los casos de uropatía obstructiva, en ptosis renal y vejiga descendida.
 - Exposición diferida: es una placa tardía que será indispensable en el diagnóstico de uropatía obstructiva.
 - Decúbito prono (Boca abajo): se rellenan mejor de contraste las pelvis renales, las uniones ureteropélvicas y los cálices inferiores, ya que quedan en posición más baja
 - Compresión suprapúbica: visualizar mejor los cálices.
 - Oblicuas y Tomografía: diagnóstico diferencial de la posición de calcificaciones.
- Puntos de interés:
 - En algunas ocasiones, cuando existe sospecha de obstrucción o el paso del contraste se realiza de forma lenta a través de la vía excretora y no hemos podido visualizar el sistema urinario en su totalidad, hay que prolongar el estudio todo el tiempo que fuere necesario, con placas tardías, incluso a las 12, 18, 24 horas posteriores a la inyección del contraste.
 - Si se observó la existencia de reflujo en la urografía, se someterá al paciente a sondaje vesical durante toda la exploración, anotando en cada placa tal intervención.
 - En ocasiones y según patología observada se administrará al paciente seguril por vía endovenosa para lograr la eliminación rápida del contraste. Según el tipo de patología observada puede estar indicada la continuación de la exploración tomando imágenes a intervalos de tiempo variables.
 - Hay que identificar todas y cada una de las radiografías que se vayan haciendo, marcando cual es la derecha e izquierda de la placa, nombre del paciente, fecha e intervalo de tiempo en que se ha realizado desde la inyección del contraste
 - Cuando las imágenes urográficas no son nítidas, podemos realizar unos cortes tomográficos (TAC) para obtener imágenes en diferentes planos, sin superposiciones.

10. Finalización de la prueba

Cuando se finaliza la secuencia de placas se deja la vía intravenosa al paciente y se le indica que espere en la sala de espera al menos unos 15 min. Esto se realiza así, puesto que algunas reacciones alérgicas al medio de contraste se dan de

manera tardía. Pasado unos 15 min. de la finalización del estudio se le retira la vía intravenosa y se le indica al paciente que ha finalizado el estudio, que puede seguir con una dieta normal y que tome abundante líquido para facilitar la eliminación del contraste a través de la orina.

Secuencias de placas

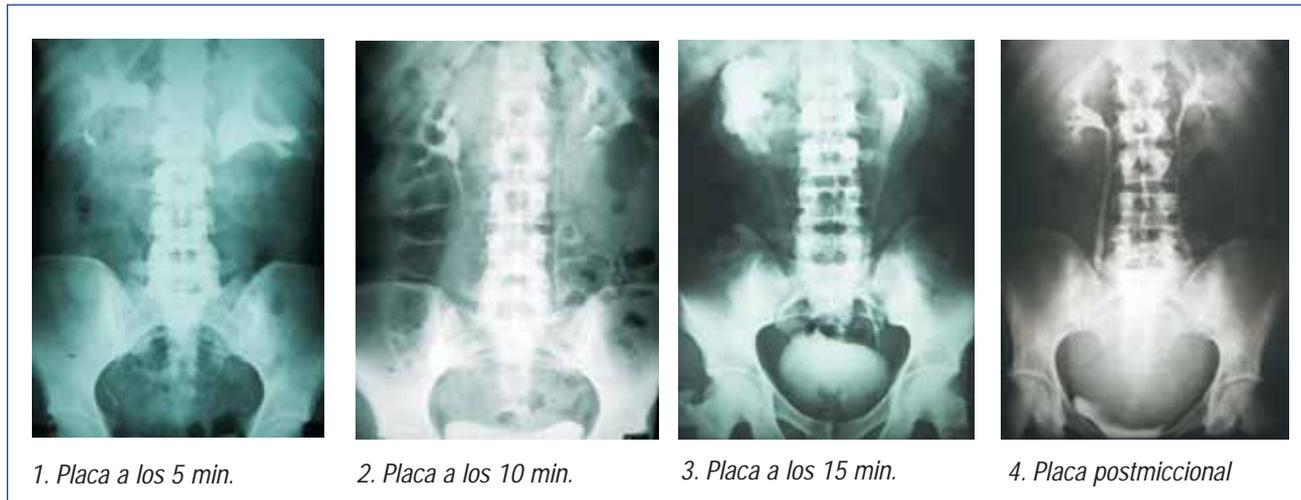


Figura 6

CONTRAINDICACIONES

Las contraindicaciones de una UIV se pueden dividir en dos:

1. Las contraindicaciones derivada de la exposición a los rayos x (el riesgo de efectos secundarios debidos a la radiación es muy pequeño, la tecnología moderna de rayos x está diseñada para obtener imágenes de altísima calidad empleando muy bajas dosis de radiación), dentro de la cual podemos englobar:

Mujeres embarazadas, a las que no se le recomienda no se realicen una urografía, a menos que los beneficios potenciales de la misma, compensen los riesgos para el feto.

2. Las contraindicaciones específicas de administración de medios de contraste yodados (las cuales explicaremos con más detenimiento en próximo estudio sobre medios de contraste), dentro de la cual podemos englobar:

- No hay contraindicación absoluta a la administración de contraste. Los riesgos y beneficios deben considerarse siempre. Aunque si se puede decir que la contraindicación absoluta es la deshidratación.
- Una historia pasada de **reacción alérgica mayor** al contraste, inducirá a realizar otro tipo de pruebas, pero incluso a estos pacientes, un pretratamiento con esteroides, puede permitir que se realice la urografía. Hay que tener en cuenta que los contrastes están fabricados con productos derivados del yodo, por lo que un paciente que no se haya realizado ningún estudio con este tipo de contraste, pero sea alérgico al yodo, puede tener una reacción alérgica, Tampoco se puede descartar **nunca** que si un paciente no ha tenido reacción alérgica a medio de contraste yodado, no le pueda dar reacción en estudios sucesivos.

- Insuficiencia renal, se discute la indicación de UIV por dos razones: falta de obtención de imágenes válidas y riesgo de agravar la insuficiencia renal. Los pacientes con una creatinina sérica mayor a 1,2 mg/dl, tienen un mayor riesgo de neuropatía por contraste (debido al efecto nefrotóxico de los contrastes sobre los túbulos renales), pero se podría realizar el estudio, utilizando una dosis menor de contraste que la estándar.
- Se debe poner mucha prudencia con los diabéticos en tratamiento con Metformina (Deben de dejar de tomarla 48 horas antes de la inyección de contraste).

CONCLUSIONES

La Urografía es una técnica fundamental para el diagnóstico medico, técnica que necesita de la inyección intravenosa de un medio de contraste, que permite la visualización del funcionamiento y anatomía del sistema urinario, donde otros estudios no consiguen resultados tan positivos y que para su realización necesita de un personal cualificado, como es enfermería.

Importante reiterar que con los nuevos contrastes existentes en el mercado, se consiguen mejores resultados con un menor numero de reacciones alérgicas, pero será un tema en el que se hablará de los medios de contraste, las reacciones alérgicas y función de enfermería en estas reacciones.

BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez Cruz, JF. Tratado de Urología Práctica. Edit. Gregori. Valencia 1984. ISBN 84-86143-06-3.
Brant, William Brant. Fundamentos de radiología Uroginecológica. Edit. Marban. Madrid 1996. 1ª Edición . ISBN 84-7101-192-1.

PERFIL DEL PACIENTE LESIONADO EN LUGARES DE OCIO

- Antonia Vázquez González,
- Amparo García Falcón,
- Leandro Sánchez Balletero,
- María Luisa Casanova García,
- Inmaculada Aponte Tomillo,
- Carmen Navarro Navarro.

Enfermeros de la unidad de cuidados críticos y urgencias del Hospital de Rehabilitación y Traumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

En todos los servicios de urgencias intrahospitalarios como extrahospitalarios se tratan a usuarios con lesiones producidas por actos violentos en lugares de ocio. Así pues consideramos realizar un estudio para conocer el perfil de estos pacientes. Objetivo: determinar las características de los pacientes atendidos por agresiones en lugares de ocio en el servicio de urgencias del Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío de Sevilla. Estudio descriptivo transversal. En un periodo de seis meses. Variables: sexo, edad, hora, lugar de la agresión, hábitos tóxicos, mecanismo de la agresión. Recogida y análisis de datos: cuestionario auto diseñado y datos oficiales de la historia clínica. El análisis se realizó mediante el programa SPSS 12 aplicando estadística descriptiva, frecuencias absolutas y relativas. Resultados: total de casos 85, edad más frecuente de 21 a 25 años, y la mayoría de los agredidos son varones. Días con más número de casos son viernes y sábados, meses con más incidentes abril y marzo. El agresor suele ser desconocido, las lesiones presentadas con más frecuencias son poli contusiones, heridas cráneo-faciales, fracturas de huesos propios y fracturas malares. Predominan los pacientes que han ingerido sustancias tóxicas. Conclusiones: Es necesario realizar medidas de prevención y campañas de promoción para evitar la alta incidencia de las agresiones, los problemas de salud que acarrearán, así como el gasto de recursos humanos y materiales que conllevan.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Violencia, agresión,
- ✓ Juventud,
- ✓ Lugares de ocio,
- ✓ Noche,
- ✓ Heridas,
- ✓ Urgencias.

INTRODUCCIÓN

En la sociedad existe una constante preocupación por conocer los niveles de violencia en los que se desenvuelven las diferentes generaciones juveniles; ya que en mayor o menor medida pueden servir como barómetro de las actitudes y comportamientos violentos que se producen en el entorno social.

Frecuentemente se tiende a asociar juventud y violencia. La mayoría de los jóvenes españoles consideran que la violencia está muy extendida por la sociedad y especialmente en los espacios asociados al ocio. A juicio de los jóvenes, las cuestiones que más influencia tienen sobre los comportamientos violentos, son el consumo de alcohol y drogas, el carácter de la persona, el entorno donde vive y haber sufrido malos tratos físicos.

Seis de cada diez jóvenes no encuentran ninguna razón que justifique el recurso al uso de la violencia, esta opinión está más extendida entre las mujeres. (1)

Según un informe del Justicia de Aragón del año, los actos violentos se cometen cada vez más a una edad más temprana, de forma más violenta y participando un número mayor de autores, convirtiendo lo que antes era aislado y extraño en mucho más frecuentes. Se producen en determinadas zonas de ocio, los fines de semana y durante la noche, teniendo relación con el consumo de alcohol y drogas. Señalándose en este artículo que los grupos no se enfrentan por ideología, sino prácticamente es violencia por violencia. (2)

No se puede entender ni justificar ningún tipo de violencia, menos aún las producidas en lugares cuya finalidad es la distracción, el divertimento y el ocio.

La violencia se ha definido como hechos visibles y manifiestos de la agresión física que provoca daños capaces de producir la muerte.

Debe entenderse como la interacción entre factores que

tienen que ver con el desarrollo psicosocial de los individuos, sus diferencias neurológicas y hormonales, y de los procesos sociales que se dan a su alrededor.

Distintas disciplinas han proporcionado diversas maneras de abordar el problema de la violencia desde la Salud Pública, la violencia se percibe como problema porque los actos violentos ocasionan daño físico, discapacidad, secuelas y disminución de la calidad de vida. La investigación en este campo se ha centrado en el estudio de la frecuencia y gravedad de las lesiones producidas por hechos violentos, la delimitación de grupos de riesgos y el impacto que tienen dichas lesiones con respecto a los servicios de salud.

El papel de los servicios de salud se ha centrado sobre todo, en la atención al daño físico, mientras que los aspectos relacionados con la salud mental y con la prevención de la violencia ha quedado relegados. (3)

En todos los servicios de urgencias extra e intrahospitalarios se tratan a usuarios con lesiones producidas por actos violentos.

Desde nuestra unidad, el Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Rehabilitación y Traumatología Virgen del Rocío, ante esta demanda asistencial, consideramos realizar un estudio para conocer el perfil de estos pacientes.

OBJETIVOS

GENERAL

Determinar las características de los pacientes atendidos por agresiones en lugares de ocio en el servicio de urgencias del H.R.T. Virgen del Rocío.

ESPECÍFICOS

Relacionar las agresiones con:

1. Edad y sexo.
2. Día de la semana y mes.
3. Hora y lugar de la agresión.
4. Hábitos tóxicos.
5. Agente causal y mecanismo de la agresión.
6. Identificar las lesiones más frecuentes.
7. Gravedad lesional

MATERIAL Y METODO

ÁMBITO

El servicio de urgencias de H.R.T. Virgen del Rocío. Periodo nocturno (22-8) con cadencia de dos noches sí, dos noches no, durante seis meses. (Del 1 de Marzo del 2004 al 31 de Agosto del mismo año.), con una totalidad de 92 noches.

DISEÑO

Estudio descriptivo transversal.

SUJETOS DE ESTUDIO

1. **Población:** la población diana son todos los agredidos en lugares de ocio que sean atendidos en el servicio de urgencias del Hospital de Rehabilitación y Traumatología del Virgen del Rocío de Sevilla durante el periodo señalado.

2. **Criterios de inclusión:** todo paciente agredido que sea atendido en el servicio de urgencias del H.R.T. Virgen del Rocío en el turno correspondiente a los investigadores.

3. **Limitaciones:** está limitado al turno de los investigadores: nocturno de 10 de la noche a 8 de la mañana, con una cadencia de dos noches sí, dos noches no.

4. **Variables:**

Datos sociodemográficos: sexo, edad, fecha y hora, lugar de la agresión.

Factores de riesgo: ingesta de alcohol o sustancias tóxicas.

Morbilidad: mecanismo de la agresión.

RECOGIDA DE DATOS.

La recogida de datos se realizará a través de un cuestionario auto diseñado por los investigadores y datos oficiales de las historias clínicas.

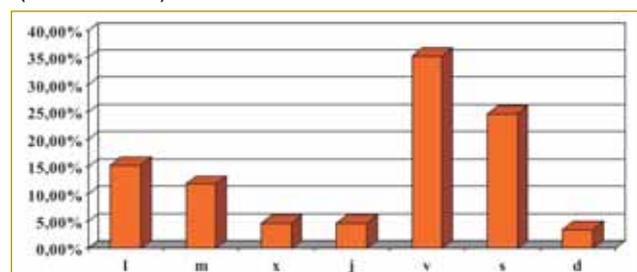
ANÁLISIS DE DATOS.

Se realizó con el programa informático SPSS 12 aplicando estadística descriptiva, frecuencias absolutas y relativas. La comparación de dos variables cualitativas se realizó mediante el test Chi Cuadrado y el test exacto de Fisher cuando fue necesario. La comparación de medias se realizó mediante T de Studen.

RESULTADOS

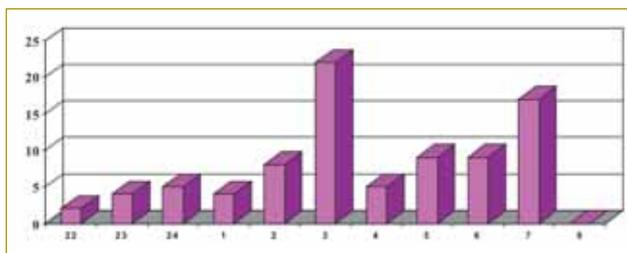
1. Se incluyeron 85 casos: (varones 92'9%, mujeres 7'1%), el tramo de edad más frecuente, de 21 a 25 años.

2. Los días de la semana con más número de casos son los viernes, con un 35'3% seguidos de los sábados con un 24'7%. (GRAFICA N° 1).



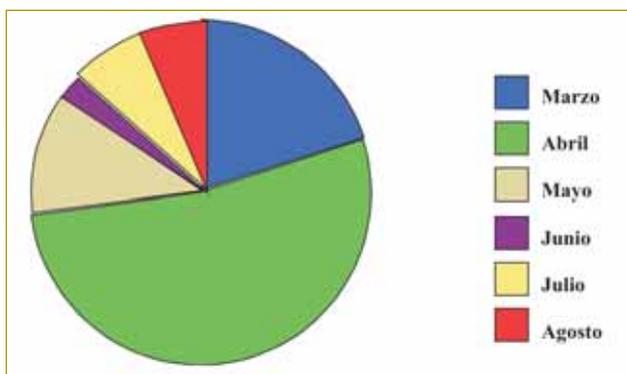
GRÁFICA 1. Días de la semana con más números de casos son viernes y sábados.

Las horas de mayor incidencia son entre las 2'30 – 3'30 y las 6'30 –7'30 de la madrugada. (GRAFICA Nº 2).



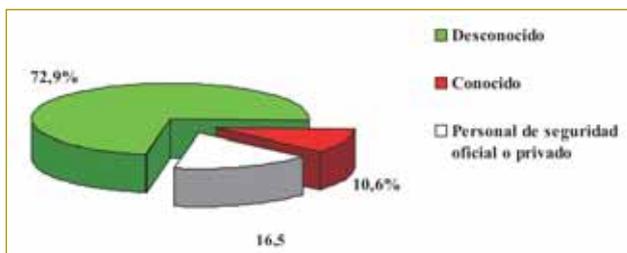
GRÁFICA 2. Horas de más incidencia son entre las 2-3 y entre las 6-7 de la madrugada.

El mes de Abril, (52.9%), seguido de Marzo (20%) son los de más alta incidencia, el valle correspondería a Junio (2.4%). (GRAFICA Nº 3).



GRÁFICA 3. El mes de más incidencia es abril, seguido de marzo, y el de menor junio

El agresor suele ser desconocido (72.9%), el 10.6% es conocido, y el 16.5% son personal de seguridad oficial o privada. (GRAFICA Nº 4).

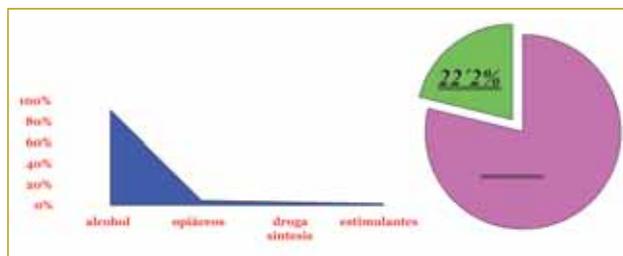


GRÁFICA 4. El agresor suele ser desconocido.

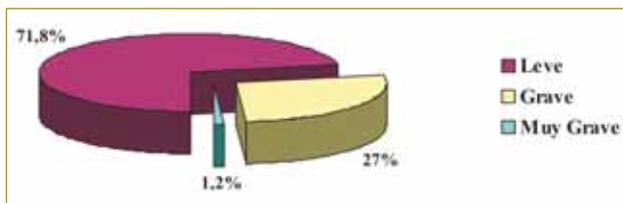
El paciente agredido procede del lugar de la agresión en un 68.2%, ocurriendo el traslado por medios propios o ambulancia convencional casi en la misma proporción (47%).

Por lo que respecta al análisis de hábitos tóxicos concurrentes, predomina los pacientes que han ingerido sustancias tóxicas con el 78.8%, siendo el 75.3% varones. La sustancia tóxica predominante es el alcohol en un 91% de los casos, seguidos de opiáceos (4.5%), drogas de síntesis (3%) y un 1.5% de estimulantes. En mujeres la única sustancia es el alcohol. (GRAFICA Nº 5).

El pronóstico vital de estos pacientes suele ser leve (71.8%) pero un 27% es grave, muy grave un 1.2%. (GRAFICA Nº 6).

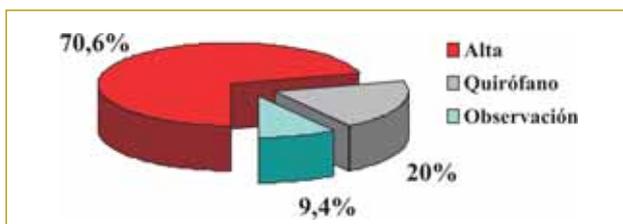


GRÁFICA 5. Predominan los pacientes que han ingerido sustancias tóxicas, mayoritariamente hombres. La sustancia de mayor incidencia es el alcohol, seguido de opiáceos.



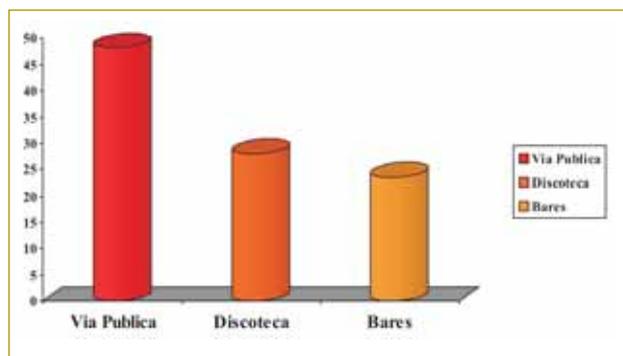
GRÁFICA 6. El pronóstico vital de estos pacientes es en su mayoría leve

El 70.6 fueron dados de alta, un 20%, precisó cirugía. Ninguna mujer requiso ingreso. (GRAFICA Nº 7).



GRÁFICA 7. La mayor parte de los casos fueron dados de alta.

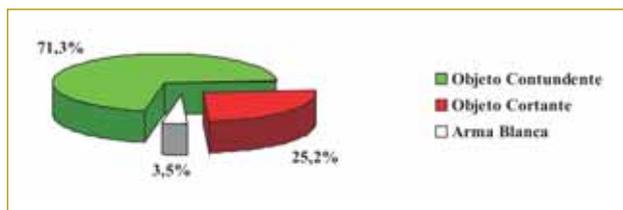
El lugar de la agresión es mayoritariamente en la vía pública. (GRAFICA Nº 8).



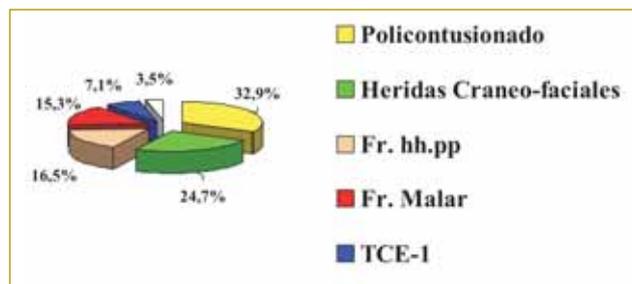
GRÁFICA 8. Lugar de la agresión es mayoritariamente en vía pública.

El mecanismo lesional, fundamentalmente es a través de objeto contundente. (GRAFICA Nº 9).

Los diagnósticos médicos más frecuentes son: policontusiones, heridas cráneo-faciales, fractura de huesos propios, fractura malar y heridas en miembros. (GRAFICA Nº 10).



GRÁFICA 9. Mecanismo lesional, fundamentalmente es mediante objeto contundente.



GRÁFICA 10. Los diagnósticos médicos más frecuente son: policontusiones, heridas craneofaciales, fracturas de huesos propios, fractura malar y heridas en miembros.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio el perfil de paciente agredido en lugares de ocio corresponde a varón de 21-25 años, durante el fin de semana, intoxicados por alcohol, con lesiones leves. Este perfil coincide con el observado en el Hospital Clínico de Madrid, (4) excepto la edad que era de 33 años.

Es destacable que en este tipo de violencia, el sexo predominante es el varón, mientras que en la violencia de género es la mujer, es decir, mientras que el hombre es atacado en la calle, consecuencia de una agresión, la mujer es agredida en su domicilio.

Los meses donde se atendió el grueso de nuestra muestra coinciden con las ferias y fiestas de la capital y del entorno, en el resto de los meses estudiados la incidencia es bastante menor. Los días de la semana con más números de casos son las madrugadas de los viernes y sábados, coincidiendo con el estudio del Hospital 12 de Octubre, (5) y difiriendo con los datos del Informe del

Justicia de Aragón donde además de prevalecer los fines de semana, existe una violencia mantenida el resto de los días.

En cuanto a la persona agresora, suele ser desconocidas, coincidiendo estos datos con el sondeo de opinión del Instituto de La Juventud Española.

El lugar donde se producen más agresiones es en la vía pública, como recintos férales y botellonas.

Es curioso que el mecanismo de la agresión en todos los estudios revisados sea con objeto contundente, y poca inciden-

cia de agresiones con arma blanca. Aunque si cabe destacar en nuestro estudio, la no existencia de pacientes agredidos con arma de fuego, aventurando que esto puede ser debido a la legislación vigente sobre armas de fuego en nuestro país. Ya que en los estudios revisados (6) y (7) reflejan un aumento de agresiones con armas de fuego en países donde están permitidas.

Los diagnósticos más frecuente en nuestro estudio son las poli contusiones, las fracturas con más incidencia son las de huesos propios y las malares, cabe reflejar la importancia del mecanismo lesional en la gravedad de las lesiones (8).

El pronóstico vital de la mayoría de estos pacientes es leve, excepto los que padecen fracturas, coincidiendo con el perfil del paciente agredido estudiado por el Hospital Clínico San Carlos de Madrid. Siendo estos pacientes en su mayoría dados de alta a domicilio desde el servicio de urgencias.

CONCLUSIONES

Es necesario realizar medidas de prevención y campañas de promoción para evitar la alta incidencia de agresiones, los problemas de salud que acarrearán, así como el gasto de recursos humanos y materiales que conllevan.

Cabe insistir en la necesidad de que el abordaje de dicho problema debe hacerse desde una perspectiva multi e interdisciplinar. Debe verse como problemática de patología social y asumir actitudes reflexivas y propositivas al respecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto de la Juventud. (INJUVE). Sondeo periódico de opinión y situación de la gente joven, segundo trimestre 2002.
2. Informe del Justicia de Aragón sobre violencia 2002.
3. Martha Hijar-Medina, María Victoria López-López, Julia Blanco-Muñoz. La violencia y sus repercusiones en la salud. Salud Pública Mex 1997; 39:565-572.
4. Servicios de urgencias y actitudes sociales. El médico interactivo. Diario electrónico de la Sanidad Nº 892-10-Enero-03.
5. Muñoz Delgado Teresa, Moreno Martínez Vicente, Saucedo Raquel, Izquierdo Atienza Ana, Leal de Pedro Eva. Agresiones en la U.P.T. en Urgencias. Residencia General del Hospital 12 de Octubre de Madrid.
6. Bahebeck J, Atangana R, Mboudou E, Nonga BN, Sosso M, Malonga E. Incidencia, razón caso-víctima y patrón clínico de heridas por arma de fuego en dos ciudades donde las armas están prohibidas. Universty Hospital, Surgery amd Specialities, BP: 25095 Messa, Yaounde, Cameroun, Cameroon.
7. Spicer R, Miller T, Langley J, Stephenson S. Comparación de heridas letales entre Estados Unidos y Nueva Zelanda. Pacific Institute for Research and Evaluation, Calverton, MD, USA.
8. Stables G, Quigley G, Basu S, Pillay R. Caso inusual de una fractura con hundimiento de cráneo tras una agresión con zapatos de tacón fino. Walton Centre for Neurology and Neurosurgery, Liverpool, UK.

TRATAMIENTO CON ANTICOAGULANTES: HEPARINA

- Patricia Barrera Ramírez (1)
 - Sara Aparicio Rodríguez (1)
 - Estíbaliz Reina Gamito (1)
1. Diplomada en Enfermería

Resumen

Los anticoagulantes son medicamentos que actúan como bloqueantes de la coagulación y/o en la agregación de las plaquetas.

Se utilizan para romper el trombo (trombolisis) o prevenir que los trombos se repitan. La heparina alarga el tiempo de coagulación, se administra mediante inyección subcutánea o intravenosa, y en caso de problemas se toma por vía oral (anticoagulantes cumarínicos), estos grupos de medicamentos deben tener un control del tiempo de coagulación para evitar un exceso de actividad y como consecuencia la aparición de hemorragias.

La heparina se utiliza cuando se precisa de acción anticoagulante rápida y por poco tiempo. En la acción anticoagulante prolongada se utilizan los anticoagulantes orales bajo control del tiempo de protombina.

En esta trabajo vamos a mostrar las indicaciones principales para la administración de anticoagulantes y los diferentes tipos que existen. Del mismo modo mostraremos las principales reacciones adversas y las contraindicaciones.

Por último explicaremos la forma de administración de la heparina subcutánea y los cuidados de enfermería en pacientes que están en tratamiento con anticoagulantes.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Coagulación,
- ✓ Heparina,
- ✓ Hemorragia,
- ✓ Cuidados de enfermería.

INTRODUCCIÓN

El sistema circulatorio humano tiene tres funciones importante: transporte, comunicación y defensa, de respuesta inmediata. Esto se consigue por una presión relativamente elevada en los vasos sanguíneos, que les confiere mayor vulnerabilidad a las lesiones y consiguientes pérdidas de sangre.

La necesidad de una circulación rápida y eficiente en un sistema vulnerable a las lesiones como son los vasos sanguíneos, requiere la existencia de algún mecanismo que se ocupe de mantener la integridad del sistema circulatorio, evitando las hemorragias y estableciendo la fluidez si algún segmento queda obturado. Esto se consigue gracias a la interacción de un conjunto de procesos fisiológicos que se denominan hemostasia.

La hemostasia se define como un proceso para la prevención de la pérdida de sangre. Siempre que se lesiona un vaso la hemostasia se consigue mediante diversos mecanismos:

- constricción vascular
- formación tapón plaquetario.
- Formación coágulo sanguíneo.
- Proliferación de tejido fibroso.

Todos estos procesos actúan como una unidad y no pueden separarse.

Sin patología existentes, el cuerpo humano está protegido contra las pérdidas hemáticas abundantes y mortales como resultado de numerosos mecanismos complejos e interrelacionados.

Las anomalías que predisponen a las enfermedades hemorrágicas pueden afectar a vasos, plaquetas o a cualquiera de los factores de la coagulación. Algunos pacientes pueden tener varios defectos a la vez.

La hemorragia puede ser una manifestación de un defecto primario de la coagulación, como en la hemofilia, ser secundaria a otra enfermedad, cirrosis, uremia, o incluso deberse a fármacos como los cumarínicos.

4. CASCADA DE COAGULACIÓN

La coagulación de la sangre está mediada por la activación secuencial de una serie de factores de la coagulación, proteínas sintetizadas en el hígado que se encuentran en el plasma en forma inactiva. Se los denomina mediante números romanos.

La activación secuencial de los factores de la coagulación que resulta en la conversión de fibrinógeno en fibrina (y, por lo tanto, en la formación del coágulo) se conoce como cascada de coagulación. Existen dos vías de coagulación: extrínseca e intrínseca. La activación de ambas vías origina la conversión de fibrinógeno en fibrina.

5. TIPOS DE ANTICOAGULANTES

Los anticoagulantes son fármacos que disminuyen el proceso normal de la coagulación de la sangre. Esto se hace de forma deliberada y controlada en ciertas situaciones clínicas, en las que reducir la capacidad de formación de trombos puede ser sumamente beneficioso para el enfermo.

Hay dos tipos de anticoagulantes: la heparina, que es un producto fisiológico, y los anticoagulantes orales, que son productos de síntesis. Existen importantes diferencias en cuanto a las vías de administración, el comienzo y la duración del efecto y los controles analíticos.

El mecanismo de acción de todas las heparinas consiste en la activación de la antitrombina III, una proteína normal del plasma que tiene la propiedad de inhibir a diversos factores de la coagulación, sobre todo a la trombina y a los factores II, IX, X y XI. Como consecuencia, disminuye la cantidad de fibrina formada y la formación de trombos.

Los anticoagulantes orales son fármacos sintéticos que se administran por vía oral. Los más empleados son los cumarínicos. Su mecanismo de acción consiste en competir con la vitamina K en el hígado, inhibiendo la síntesis de los factores II, VII, IX y X. Como consecuencia disminuye la coagulación. El efecto anticoagulante no aparece, por tanto, hasta que disminuyen los factores plasmáticos, lo que tarda de 36 a 48 horas. Es decir, tienen un tiempo de latencia y por consiguiente no pueden emplearse inicialmente cuando se desea una anticoagulación rápida.

El tratamiento con anticoagulantes orales debe ser también cuidadosamente vigilado (control clínico y control analítico).

6. INDICACIONES DE LA ANTICOAGULACION

Las indicaciones principales de los anticoagulantes son las siguientes:

- Enfermedades tromboembólicas venosas, como las tromboflebitis profundas y la embolia pulmonar.
- Trombosis y embolias arteriales.
- Complemento del tratamiento fibrinolítico, fundamentalmente en el infarto agudo de miocardio.
- Algunos síndromes coronarios, como el angor inestable.
- Profilaxis de embolias arteriales en algunas situaciones potencialmente embolígenas, como algunos casos de fibrilación auricular.
- Profilaxis de trombosis venosas y enfermos de alto riesgo (operados, inmovilizados,...)
- Profilaxis de trombosis sobre prótesis vasculares, sobre todo válvulas cardíacas no biológicas.

7. HEPARINA

a. CARACTERÍSTICAS QUÍMICAS:

La molécula de la heparina pertenece a la familia de los glucosaminoglucanos, formando un conjunto de voluminosas moléculas glucoproteicas ampliamente representadas en el tejido conjuntivo.

La heparina natural se encuentra en las células cebadas y abunda en el hígado, el pulmón y el intestino.

b. TIPOS:

Actualmente existen dos clases de heparina: heparina estándar y heparina de bajo peso molecular (figura 1 y cuadro 1).

La heparina estándar se presenta como sal sódica o cálcica. La sódica existe en unas concentraciones del 1 y 5%, la cálcica sólo existe al 25%. A la heparina sódica estándar se la conoce habitualmente como heparina "corriente".

Las heparinas de bajo peso molecular que se emplean hoy día son la fraxiparina y la enoxaparina.

HNF	HBPM
Se administra por vía endovenosa (sódica), o subcutánea (cálcica) (Imágenes 1-2)	Se administra por vía subcutánea (Imágenes 3-4)
Se administra por infusión continua (sódica) o cada 8-12 horas (cálcica)	Como tratamiento se administra dos veces al día (cada 12 horas), como profilaxis una dosis diaria
Requiere monitorización del tiempo de tromboplastina parcialmente activado (TTPa)	No requiere monitorización bioquímica
En caso de hemorragia, al retirar el fármaco desaparecen los efectos del mismo	Menor incidencia de plaquetopenia y osteoporosis
	Mayor biodisponibilidad y tiempo de vida media
Mayor actividad sobre la trombina (factor II)	Mayor actividad sobre el factor X

Cuadro 1



Figura 1

c. REACCIONES ADVERSAS:

HNF:

La más frecuente e importante es la hemorragia. El riesgo de que aparezca depende de varios factores: la dosis de heparina y respuesta anticoagulante del paciente. La vía de administración. La condición clínica del paciente. Y el uso concomitante de antiplaquetarios o fibrinolíticos.

La heparina produce trombopenia, que puede aparecer en forma temprana, leve y reversible, cuyo mecanismo es incierto. O en forma grave, debida a mecanismos inmunológicos.

Osteoporosis, que puede aparecer tras tratamiento prolongado (más de tres meses).

Son menos frecuentes la lesiones dérmicas, urticarial, papuloeritematosa y necrosis de la piel, así como reacciones de hipersensibilidad.

HBPM:

Las complicaciones hemorrágicas que presentan son similares o menores que con las heparinas no fraccionadas. Es menor la incidencia de trombopenia reversible, al igual

que la grave. También es menos probable la aparición de osteoporosis.

CONTRAINDICACIONES:

- Renuncia del paciente a cooperar.
- Hemorragia en:
 1. Aparato digestivo
 2. Sistema genitourinario
 3. Aparato respiratorio
- Discrasias sanguíneas hemorrágicas.
- Aneurisma
- Traumatismos graves
- Alcoholismo.
- Uso compulsivo de fármacos.
- Operaciones recientes o inminentes de:
 4. ojo
 5. médula espinal.
 6. cerebro.
- Hepatopatías o neuropatías graves.
- Hemorragia cerebrovascular reciente
- Infecciones
- Heridas abiertas y ulceradas.
- Actividades laborales que impliquen riesgo significativo de lesiones.

d. DOSIS Y VIAS DE ADMINISTRACIÓN.

HNF:

Es el anticoagulante de elección, utilizada por vía IV cuando se necesita un efecto rápido. La sal sódica se utiliza en perfusión IV, y la cálcica en administración SC. Para la profilaxis de la enfermedad tromboembólica se utiliza la vía subcutánea a dosis de 5.000 UI cada 8-12 horas, según los factores de riesgo del paciente.

Para el tratamiento de la enfermedad tromboembólica se recomienda la vía IV. Pudiendo administrarse de forma intermitente cada 3 ó 4 horas, o en infusión continua mediante bomba. La administración intermitente origina más episodios hemorrágicos. Los controles biológicos deben ser realizados después de más de 6 horas del inicio del tratamiento en infusión continua, y en tiempo medio entre dos dosis en la forma intermitente, ajustado la dosis siguiente a los resultados obtenidos.

HBPM:

Se usan principalmente en la profilaxis de la enfermedad tromboembólica, por vía SC y en una sola dosis diaria en relación con el peso del paciente. No precisa controles de laboratorio.

En la tabla número 1 se indican las concentraciones por ml de las dos heparinas estándar, expresadas en mg y en unidades (según la regla habitual de que 1 mg, equivale a 100 U) y las concentraciones de las heparinas de bajo peso molecular que se usan actualmente (tabla nº 2).

CONCENTRACIONES EN UNIDADES Y MILIGRAMOS DE LAS HEPARINAS ESTANDAR

	U/ml		Mg/ml	
	1%	5%	1%	5%
Heparina sódica	1000	500	10	50
Heparina cálcica	2500		250	

Tabla 1.

CONCENTRACIONES EN UNIDADES Y MILIGRAMOS DE LAS HEPARINAS DE BAJO PESO MOLECULAR

FRAXIPARINA 0.3 ml = 7500 U = 75 mg
 ENOXAPARINA 0.2 ml = 20 mg

Tabla 2.

e. CONTROL DE DOSIFICACIÓN

Aunque no hay datos concluyentes sobre la existencia de un control biológico de la heparinoterapia, se recomienda hacerlo más para asegura una dosis antitrombótica eficaz que para evitar una posible complicación hemorrágica. El control se realiza mediante el test de tiempo de tromboplastina parcial activada (TTPa).

f. ANTAGONISTAS

El antagonista de la HNF es el sulfafo de protamina, un péptido rico en grupos básicos que neutralizan los grupos ácidos de la heparina, se combinan con ella en proporción 1:1, inhibiendo la actividad anticoagulante.

La protamina se administra por vía IV diluida en 100 ml de suero salino, a pasar en 15 minutos, para evitar así su efecto hipotensor.

g. CUIDADOS DE ENFERMERIA.

1. Administración.

La administración de la inyección subcutánea de heparina se ha usado para hacer más lenta la absorción y así prolongar la concentración terapéutica en sangre.

Las técnicas útiles para minimizar las equimosis locales son: (figuras 2 y 3).



Figura 2.



Figura 3.

- Uso de agujas cortas, de calibres de 25 a 27, cuya longitud oscila entre 1,27 a 1,60 cm.
- Usar concentraciones altas para reducir el volumen inyectado.
- La separación suave de un área de 2,5 a 5 cm de grasa ilíaca o abdominal de los tejidos profundos.
- La rotación de los puntos de inyección.
- Colocación de la aguja perpendicularmente a la superficie de la piel.
- Limpieza de la aguja con 0,1 ml de aire conservando en el extremo inyectable de la jeringa.
- No aspirar para comprobar el retorno venoso, ni hacer masaje con el algodón después de su inyección, lo correcto sería presionar firmemente con una esponja impregnada en alcohol.
- En el momento del alta, explique al paciente, o su familia, de forma clara y sencilla, el medicamento que va a utilizar, las precauciones que debe tener, y cuando acudir al médico.

2. Medidas preventivas.

- Valorar al paciente continuamente en busca de evidencias sobre anticoagulación: equimosis, hematuria, sangrado por heridas o sitios de venopunción, sangrado de encías, sangre en heces.
- Disminuir al máximo todos los procedimientos invasivos, incluyendo las punciones venosas.
- Recomendar un cepillo de cerdas suaves.
- Empleo de medias elásticas: las medias ejercen una presión sostenida y uniforme sobre toda la superficie de las pantorrillas, con lo que reduce el calibre de las venas superficiales de la región y mejora el flujo sanguíneo en las venas profundas. Las medias elásticas se retiran durante la noche y se vuelven a colocar antes de hacer descender las piernas de la cama al piso por la mañana. Al quitarse las medias, se inspecciona la piel en busca de signos de irritación o de dolor. Están contraindicadas en pacientes con edema grave o con hoyuelos porque pueden producir marcas en las rodillas.

Posición corporal y ejercicios. Cuando el paciente está recluido en cama, los pies y la mitad superior de las extremidades deben elevarse en forma periódica por arriba del nivel del corazón. En esta posición las venas tibiales y superficiales se vacían con rapidez y permanecen contraídas. Duran el preoperatorio y postoperatorio deben efectuarse ejercicios pasivos y activos de las piernas, en particular las pantorrillas, para aumentar el flujo venoso. La pronta deambulación es uno de los factores de mayor eficacia en la prevención de la éxtasis venosa. Los ejercicios de respiración profunda también son beneficiosos, porque aumentan la presión intratorácica negativa, lo que facilita el vaciado de las grandes venas.

8. CONCLUSIONES

Podríamos concluir diciendo que los anticoagulantes son aquellos medicamentos que actúan bloqueando los mecanismos de la coagulación, y de esta forma evitar la formación de coágulos. Preventivamente son necesarios en todos aquellos pacientes encamados, junto a otras medidas tales como movilizar de forma periódica los pies y extremidades superiores, a lo largo del periodo pre y postoperatorio.

9. BIBLIOGRAFÍA

Pacheco del Cerro, E. "Farmacología práctica de enfermería" Editorial Masson.. 1ª edición. 2003.

Mosquera, J.M. "Farmacología clínica para enfermería".. Editorial Interamericana. 4ª edición. 2005.

Rhoades, R, Tanner. " Fisiología médica". Editorial Masson-Little Brown Edición 7ª, 1997.

Beare, P y Myers, J. "principios y práctica de la enfermería medico-quirúrgica" Editorial Paradigma, Madrid 1995.

Smelzer, S y Bare, B. " Tratado de enfermería médico-quirúrgica" Brunner y Suddarth, Mcgraw-Hill. Madrid 2002.

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encylarticle/000573.htm

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encylarticle/001124

www.cun.es/areadesalud/pruebas-diagnósticas/coagulación

www.tuotromedico.com/temas/anicoagulantes.htm

www.mingaonline.uach.cl/scielo

www.portalfarma.com/home.nsf

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍAS EN UCI

- Rafael Muriana Jiménez D.E.
 - Alicia Oliva Cesar. D.E.
 - Ramona Rodríguez Flores. D.E.
- Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario
"Virgen del Rocío" (Sevilla).

Resumen

La traqueostomía percutánea es una técnica que se realiza con relativa frecuencia en las Unidades de Cuidados Intensivos, con el objeto de favorecer el intercambio de gases y facilitar la eliminación de secreciones en aquellos pacientes cuya intubación orotraqueal se prolonga en el tiempo o ponen en compromiso la permeabilidad de la vía aérea por una patología. Las cánulas de traqueostomía constan de; camisa interna móvil y camisa madre externa. El cambio de la cánula se realiza una vez cicatrizado el estoma.

Las complicaciones mas frecuentes que presentan este tipo de paciente son la infección y la broncoaspiración.

Hemos elaborado un plan de cuidados estandarizados que permiten hacer un control de calidad de los cuidados y de esta manera garantizar un mínimo de complicaciones, ofrecer la posibilidad de investigar sobre la calidad de los cuidados y servir de guía y orientación al personal de nueva incorporación.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Traqueostomía,
- ✓ Enfermería,
- ✓ Cuidados,
- ✓ Aspiración de secreciones,
- ✓ Cánulas.

INTRODUCCIÓN

Los planes de cuidados estandarizados son apropiados para aquellos enfermos que presentan problemas similares, relacionados con un diagnóstico determinado o enfermedad. A estos planes estandarizados hay que añadirles, por supuesto, las modificaciones individualizadas necesarias, mediante la valoración de cada enfermo y deben ser un instrumento dinámico y por tanto revisarse y actualizarse con cierta periodicidad.

En las Unidades de Cuidados Intensivos se suele realizar la práctica de la traqueostomía con relativa frecuencia, es por eso, que nos decidiéramos por la elaboración de un plan de cuidados estandarizados para enfermos sometidos a una traqueostomía.

El trabajo consta de una primera parte donde se explica, que es una traqueostomía, cuales son las diferentes partes de la que consta, diferencias que hay entre los distintos tipos de cánulas, cómo y cuando se deben cambiar las cánulas, las posibles complicaciones que existen y las medidas a tomar.

Y una segunda parte donde os presentamos el Plan de Cuidados Enfermeros a pacientes con traqueostomía.

Por último hablaremos de la decanulación, cuándo y cómo se debe realizar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la elaboración de este plan de cuidados nos hemos basado en una amplia revisión bibliográfica y consulta de profesionales expertos en la materia.

Los diagnósticos enfermeros se han formulados de acuerdo a la nomenclatura de diagnósticos aceptados para el estudio y valoración por la North American Nursing Diagnosis Association, NANDA 2003-2004, Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE) y la Clasificación de Resultado de Enfermería (CRE).

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es intentar unificar criterios y actuaciones sobre los cuidados a este tipo de paciente, para que experimente el mínimo de molestias, con prevención, detección y tratamiento temprano de posibles complicaciones

y así poder garantizar unos cuidados de calidad, eficaces y eficientes.

DEFINICIÓN

La traqueostomía es una técnica percutánea (figura 1) que permite la comunicación directa de la traquea y las vías respiratorias bajas con el exterior, a través de un orificio practicado entre el segundo o tercer anillo traqueal.

Este orificio también llamado "estoma" nos va a permitir la colocación de una cánula que al mantenerla fijada alrededor del cuello del paciente, permitirá el paso del aire y/o la conexión a equipos de ventilación mecánica si fuera necesario.

Los objetivos que se pretenden alcanzar en los pacientes con traqueostomía son:

- Conservar abierta una vía aérea para facilitar el intercambio de gases.
- Eliminar secreciones acumuladas en el área traqueobronquial que el paciente no podrá eliminar espontáneamente.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Mantener limpia y evitar la infección periestomal.
- Asegurar la humidificación y calentamiento del aire inspirado.

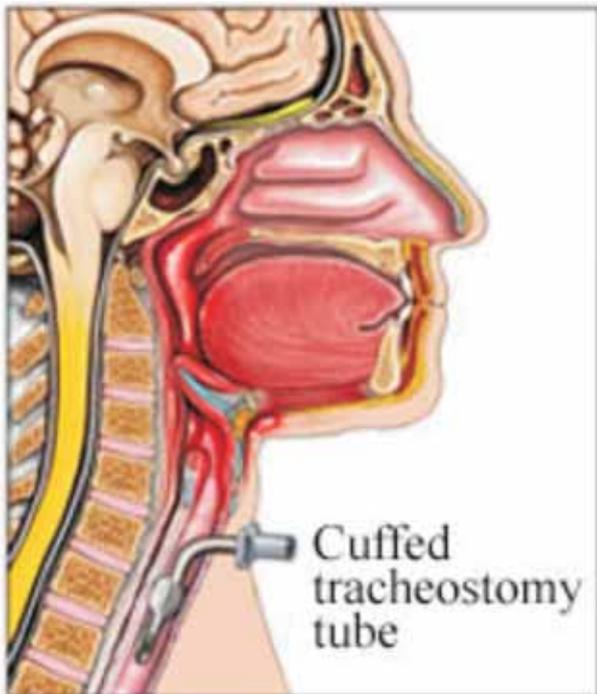


Figura 1.

CÁNULAS DE TRAQUEOSTOMÍA

Las cánulas de traqueostomía son dispositivos tubulares huecos y curvados hacia abajo destinados a ser introducidos en la traquea para mantener la vía aérea permeable.

Existen cánulas de traqueostomía de un solo cuerpo o de doble cuerpo tipo shiley (figuras 2 y 3).



Figura 2. Cánula de traqueostomía de doble luz



Figura 3. Cánula de traqueostomía de una luz

La cánula de traqueostomía consta de cuatro elementos básicos:

1. Cánula madre o camisa externa.
2. Cánula o camisa interna móvil.
3. Obturador o guía.
4. Manguito interno.

Cánula externa

Mantiene abierta el traqueostoma y permite la comunicación entre la traquea y el aire exterior, la parte más externa presenta una aleta de fijación a través de la cual puede fijarse al cuello del paciente, en ella encontraremos identificado el número de la cánula y el tamaño recomendado de la camisa interna.

El grosor de la cánula es progresivo para disminuir el trauma sobre las paredes de la traquea. **Camisa interna**

Dispositivo hueco que permite asegurar la permeabilidad de la vía aérea. Evita el recambio de la cánula madre, cuando se ocluye su luz por un tapón mucoso, lleva incorporado un dispositivo de cierre de seguridad para mantenerse unido íntimamente a la cánula madre.

Obturador

Facilita la introducción de la cánula madre a través de la traquea.

Manguito interno

Situado en el extremo distal de la camisa externa para conseguir el sellado perfecto de la traquea, puede hincharse y deshincharse desde el exterior con una jeringa que se conecta a una válvula antireflujo.

Cánula fenestrada

Es un tipo de cánula que incorpora en la camisa externa un

orificio que permite el paso del aire a través de la cánula desde la vía aérea posibilitando la fonación.

A la hora de aspirar secreciones debemos cambiar la cánula fenestrada para evitar que se dañe la pared traqueal con la sonda de aspiración.

CAMBIO DE CÁNULAS

Lo realiza el personal de enfermería una vez cicatrizado el estoma o antes por prescripción facultativa. Estos cambios se realizarán según estén protocolizados los cuidados de cada servicio. Habrá que diferenciar entre el cambio de cánula completa y cambio de la camisa interna, esta se suele cambiar cada vez que sea preciso y como máximo c/ 8 horas. Para realizar el procedimiento se sujetará la placa pivotante firmemente y se girará el conector un cuarto de vuelta en sentido de la agujas del reloj. Mientras que la cánula completa camisa externa e interna, se cambiará c/ 7 días, o por decanulación accidental. Se introducirá una guía flexible por el interior de la cánula, retiramos esta e introducimos la nueva, antes y después, hiperoxigenamos 2-3 minutos. Se tomarán medidas asépticas en ambos casos.

COMPLICACIONES

COMPLICACIONES	SIGNOS DE ALERTA	ACTUACIONES	MEDIDAS PREVENTIVAS
Estrechamiento del orificio ostomal.	<ul style="list-style-type: none"> - Alteración signos vitales, - Distrés Resp., - Ansiedad, - Cianosis. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar cánula lo más rápido posible. - Hiperoxigenar. - Tranquilizar al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tener a mano cánulas un nº mayor y menor del paciente. - Control de la cinta de fijación para evitar posibles decanulaciones accidentales.
Creación falsa vía	<ul style="list-style-type: none"> - Enfisema subcutáneo. - Sangrado. - Perforación esofágica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Retirar cánula. - Colocar nueva cánula y comprobar ubicación. - Auscultación torácica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Personal cualificado y preparado para la realización de la técnica.
Infección	<ul style="list-style-type: none"> - Irritación y picor local. - Cambios aspecto secreciones. - Fiebre. - Alteraciones constantes vitales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar medidas higiénicas. - Curar el estoma s/ protocolo. - Mantener seca y limpia la zona periestomal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Incrementar la ingesta de líquidos. - Lavado higiénico de manos antes y después de cada técnica. - Higiene adecuada de la camisa interna y cánula madre.
Broncoaspiración	<ul style="list-style-type: none"> - Vómito. - Cianosis. - Alteración signos vitales. - Ansiedad. - Distrés respiratorio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aspiración de secreciones. - Hiperoxigenar. - Tranquilizar al paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Colocar al paciente semifowler durante la canulación. - Colocación de sonda nasogástrica si precisa. - Auscultación torácica para comprobar la entrada de aire.

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS A PACIENTES CON TRAQUEOSTOMÍAS EN UCI.

El plan de cuidados ha sido elaborado con aquellos diagnósticos que con mayor frecuencia o mayor porcentaje, según nuestra experiencia de trabajo, se pueden aplicar a los pacientes en UCI con traqueostomía. Contemplando los cuidados de una forma integral se requerirá un equipo de trabajo multidisciplinar para el desarrollo de los cuidados que requieren estos pacientes. Pero el papel de enfermería se vuelve fundamental en los cuidados a estos pacientes.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c (relacionado con) vía aérea artificial (traqueostomía), m/p (manifestado por);

- disnea
- ausencia o inefectividad de tos.
- producción de esputo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC 3160: Aspiración vía aérea.

- Determinar la necesidad de aspiración traqueal, debido a que aspirar frecuentemente irrita la mucosa traqueal, pudiendo ocasionar traqueitis.
- Hiperoxigenar con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador o ambú.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo de traqueostomía.
- Disponer la mínima cantidad de aspiración (80 a 100mmhg).
- Observar niveles de SatO₂, antes durante y después de la succión.

CRITERIOS DE RESULTADOS

NOC 0410: Estado respiratorio: Permeabilidad vía aérea.

Indicador 041004: Frecuencia respiratoria.*E.R.E.

Indicador 041006: Movilización esputo vías aéreas.

*En el rango esperado.

NIC 3230: FTR (Fisioterapia Respiratoria).

- Colocar al paciente con el segmento pulmonar que ha de drenarse en la posición más alta.
- Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural, si resulta oportuno.
- Practicar aerosol terapia, si procede.

NIC 3180: Manejo vías aéreas artificiales.

- Proporcionar una humidificación del 100% del gas/aire inspirado, mediante cascada o humidificador.
- Mantener inflado el dispositivo del traqueostoma de + 32 cmH₂O durante la ventilación mecánica.
- Aspirar las secreciones de la parte superior de la traqueostomía antes de proceder a desinflar el dispositivo.
- Comprobar la presión del dispositivo cada 8 horas mediante un manómetro de mercurio.
- Cambiar las cintas de sujeción traqueal cada 24 horas, inspeccionar la piel y mucosa bucal.
- Proporcionar cuidados de la traquea cada 8 horas, limpiar cánula interna y secar la zona alrededor del estoma.

NIC 3350: Monitorización respiratoria.

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Controlar las lecturas del ventilador mecánico, anotando los aumentos y disminuciones de las presiones inspiratorias en volumen corriente.
- Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.

NIC 3200: Precauciones para evitar aspiración.

- Mantener el dispositivo traqueal inflado.
- Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.

1. Extremadamente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

<p>NOC 1918: Control aspiración.</p> <p>Indicador 191801: Identifica factores de riesgo.</p> <p>Indicador 191802: Evita factor de riesgo. →</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca manifestado. 2. Raramente manifestado. 3. En ocasiones manifestado. 4. Manifestado con frecuencia. 5. Constantemente manifestado
--	---

DIAGNÓSTICO ENFERMERÍA

00046 Deterioro de la integridad cutánea r/c incisión de la piel, manifestado por alteración de la superficie de la piel.

- No colocar apósitos alrededor del estoma, favorecen humedad y riesgo infección.

NIC 3500: Manejo de presiones.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC 3440: Cuidados del sitio de incisión.

- Limpiar la zona que rodea la incisión con suero salino y aplicar solución antiséptica, si procede.
- Observar signos y síntomas de infección.

- Almohadillar la cinta de sujeción traqueal.
- Colocar alrededor del estoma almohadilla de espuma de poliuretano o placa hidrocoloide extrafina.

NIC 3590: Vigilancia de la piel.

- Inspeccionar el estado del sitio de incisión de la traqueostomía.

CRITERIOS DE RESULTADOS

<p>NOC 1103: Curación de la herida por 2ª intención.</p> <p>Indicador 110305: Resolución secreción sanguinolenta.</p> <p>Indicador 110314: Resolución de la fistulización. →</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ninguna. 2. Escasa. 3. Moderada. 4. Sustancial. 5. Completa.
---	---

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

00103 Deterioro de la deglución r/c tubo de traqueostomía, disminución de la fuerza o de la excursión de los músculos implicados en la masticación, manifestado por: tos, incapacidad para la deglución.

NIC 1860: Terapia de deglución.

- Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje / realización de las tareas ingesta y deglución.
- Iniciar alimentación con prueba de líquido (dispositivo traqueal desinflado), si tolera, progresar con la alimentación. Si no tolera, presencia de tos o salida del contenido alimenticio por traqueostomía o boca, inflar dispositivo traqueal y proporcionar un caramelo al paciente, si no existe contraindicación, para que succione y así fomentar la fortaleza de la lengua y músculos del cuello. Darle su tiempo e intentar iniciar la tolerancia de nuevo.
- Observar si hay síntomas o signos de aspiración,
- Proporcionar cuidados bucales.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC 3200: Precauciones para evitar la aspiración.

- Mantener el dispositivo traqueal inflado.
- Evitar líquidos y utilizar agentes espesantes.

CRITERIOS DE RESULTADOS

<p>NOC 1010: Estado de la deglución.</p> <p>Indicador 101012: Ausencia de atragantamiento, tos o náuseas. →</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Extremadamente comprometido. 2. Sustancialmente comprometido. 3. Moderadamente comprometido. 4. Levemente comprometido. 5. No comprometido.
---	--

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

00051 Deterioro de la comunicación verbal r/c barrera física (Traqueostomía), manifestado por no hablar o no poder hablar.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC 4920: Escucha activa.

- Mostrar interés en el paciente.

- Estar atento a la propia actitud física en la comunicación de mensajes no verbales.
- Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.

NIC 4976: Fomento de la comunicación: déficit del habla.

- Solicitar ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente, si procede.
- Utilizar cartones con dibujo, si es preciso.
- Animar al paciente a que repita las palabras.

CRITERIOS DE RESULTADOS

NOC 0902: Capacidad de comunicación.

Indicador 090208: Intercambia mensaje con los demás.



1. Extremadamente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

PROBLEMA DE COLABORACIÓN

00004 Riesgo de infección r/c procedimiento invasivo (Traqueostomía).

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

NIC 6540: Control infecciones.

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Usar guantes estériles, si procede.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuadas.
- Fomentar una respiración y tos profunda, si procede.
- Administrar terapia de antibióticos si procede.
- Proporcionar una humidificación del 100% del gas/aire inspirado, mediante cascada o humidificador.
- Mantener el dispositivo traqueal inflado si el paciente está conectado a ventilación mecánica y desinflado si está con oxigenoterapia.

NIC 6550: Protección contra infecciones.

- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Obtener muestras para realizar un cultivo, si es necesario.

CIERRE DE TRAQUEOSTOMÍA.

La decanulación es el proceso de cierre de la traqueostomía, cerciorándose de que el paciente respira normalmente a través de las vías aéreas superiores, sin necesidad de esta.

Los pacientes traqueostomizados deben cumplir los siguientes criterios clínicos para poder llevar a cabo el cierre de la traqueostomía:

- El paciente sea capaz de tolerar el tapón de la cánula durante las 24 horas del día, sin necesidad de retirarlo para respirar mejor o expectorar.
- El problema original por lo cual se realizó, tiene que haber sido resuelto o mejorado.
- La vía aérea entera, debe ser evaluada para valorar si está funcionando correctamente para cubrir las necesidades respiratorias del paciente.
- El paciente tiene capacidad para expectorar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Boenninghaus, H.G. Traqueotomía en Otorrinolaringología Traducción de la 9ª edición de Hals-Nasen-Ohrenheilkunde für Medizinstudenten. Ediciones Springer-Verlag Ibérica. Barcelona, 1995: 381-383.
2. Abelló, P."et al". Traqueotomía e intubación. En Otorrinolaringología. Ediciones Doyma, 1992: (100), 524-531.
3. Fernández Crespo B., "et al". Cuidados de enfermería del enfermo traqueostomizado. Enfermería Científica, nov 1998; 80: 13-14.
4. P. Ortega del Álamo. Atención al paciente traqueostomizado. Cuidados y recomendaciones al paciente traqueostomizado. Ed. Masson 2004.
5. NANDA INTERNACIONAL. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2003-2004. Ed. El Sevier.
6. Marion Jonson, "et al". Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE). Segunda edición. Ediciones Harcourt, S.A. 2001.
7. Joanne C. "et al". Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Tercera edición. Ediciones Harcourt, S.A. 2001.

APÓSITOS CON PLATA PARA EL TRATAMIENTO DE HERIDAS. REVISIÓN

■ **Andrés Roldán Valenzuela**

Enfermero del Distrito de Atención Primaria Aljarafe (Sevilla)
Director Clínico de Ulceras.net

■ **Dionisio Martos Medina**

Diplomado en Enfermería. Universidad de Jaén.
Podólogo Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

El uso de plata ha reaparecido por sus propiedades antimicrobianas y los apósitos modernos que contienen plata, son ampliamente utilizados en el tratamiento de las heridas. Como objetivos fundamentales de este artículo nos hemos propuesto hacer una revisión de los distintos apósitos que contienen plata que en la actualidad están disponibles en España y valorar la eficacia clínica de su uso en el tratamiento de las heridas crónicas.

Se estableció contacto con los fabricantes y se realizaron búsquedas en sitios de la Web, fundamentalmente en www.Ulceras.net
Se realizaron búsquedas en el MEDLINE, Cochrane, CINAHL y CUIDEN.

Abstract

The use of silver has reappeared for its antimicrobial properties, and modern wound dressings containing silver, are widely used in treating wounds.

As primary objectives of this article, we have proposed a revision of the various dressings containing silver that are currently available in Spain and evaluate the clinical efficacy of their use in the treatment of chronic wounds.

We contacted the manufacturers and searched Web sites, mostly in www.Ulceras.net

We searched the MEDLINE, Cochrane, CINAHL and CUIDEN.

Keywords: wounds advanced care, infection, ulcers, wounds, dressings with silver, moist conditions.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Curación,
- ✓ Infección,
- ✓ Úlceras,
- ✓ Heridas,
- ✓ Apósitos con plata,
- ✓ Ambiente húmedo.

INTRODUCCIÓN

La curación de heridas se puede definir como aquella técnica que favorece el tejido de cicatrización en cualquier lesión. Este proceso es natural y normalmente no requiere de tratamientos especiales, sin embargo existen heridas crónicas que no concluyen este proceso por diversos factores subyacentes,

en estos casos es necesario intervenir, por ejemplo en las úlceras por presión, las vasculares, las neuropáticas y las heridas quirúrgicas que cierran por segunda intención.

El personal de enfermería que atiende este tipo de lesiones requiere del conocimiento de los elementos que fundamentan la curación de heridas.

Hoy en día está consensuado internacionalmente que la forma más adecuada de enfocar el abordaje de una herida crónica lo constituye lo que se conoce como "preparación del lecho de la herida". (1)

Existen cuatro componentes en la preparación del lecho de la herida, cada uno de ellos enfocado en las diferentes anomalías fisiopatológicas que subyacen a las heridas crónicas. Estos componentes conforman un esquema que ofrece un enfoque global del tratamiento de las heridas crónicas que es distinto de los utilizados para las lesiones agudas. Se ha acuñado un acrónimo (TIME) con el nombre de los componentes en inglés; TIME es un esquema basado en el trabajo de la International Wound Bed Preparation Advisory Board (Junta consultiva internacional sobre la preparación del lecho de heridas). Para maximizar su valor en las diferentes disciplinas y lenguas, la junta consultiva de la EWMA (European Wound Management Association) sobre publicaciones relacionadas con la preparación del lecho de herida ha seguido desarrollando los términos de TIME (véase la tabla 1).

T = Tejido, no viable o deficiente Control de tejido no viable
I = Infección o inflamación Control de la inflamación y la infección
M = Desequilibrio de la humedad (la M se refiere a Control del exudado moisture, humedad en inglés)
E = Borde de la herida, que no mejora o está debilitado Estimulación de los bordes epiteliales (la E hace referencia a edge, borde en inglés)

Tabla 1. Acrónimo TIME Términos propuestos por la junta consultiva de la EWMA.

El objetivo del esquema TIME es optimizar el lecho de la herida mediante la reducción del edema, del exudado, de la carga bacteriana y de forma no menos importante, mediante la corrección de anomalías que retrasan la cicatrización. Así se facilitaría el proceso endógeno normal de la cicatrización de heridas, siempre que también se tengan en cuenta los factores subyacentes intrínsecos y extrínsecos que repercuten en la incapacidad de la herida para curarse.

La infección de las heridas y por consiguiente un retraso de la cicatrización, plantean importantes retos al personal sanitario para decidir las opciones terapéuticas idóneas ya que la intervención precoz es vital.

El papel de los microorganismos en la patogenia de las heridas no se ha dilucidado por completo. La infección interrumpe el proceso de cicatrización y exige una intervención antimicrobiana inmediata, pero la repercusión de la flora colonizadora es más sutil, y las estrategias terapéuticas son menos definitivas. Una revisión sistemática de los agentes antimicrobianos tópicos que se han empleado en el tratamiento de heridas crónicas demostró lo inadecuado de los ensayos clínicos publicados y concluyó que eran necesarios más estudios para establecer la efectividad clínica y el coste de tales agentes (2).

MATERIALES Y MÉTODOS:

Desde la publicación de los estudios de Winter (3) sobre los beneficios de la cicatrización en ambiente húmedo, han aparecido una gran variedad de materiales para el tratamiento tópico de las heridas crónicas, éstos pueden ser clasificados, según presentación, por su composición y características, o por la función a ejercer en la herida. La mayoría de los usados en la actualidad están basados en cura en ambiente húmedo.

La evidencia científica demuestra la efectividad clínica de la técnica de la cura de heridas en ambiente húmedo frente a la cura tradicional, así como su mayor eficacia (coste / beneficio) (4).

La selección de un apósito de cura en ambiente húmedo deberá de realizarse considerando las siguientes variables:

- localización de la lesión,
- estadio,
- severidad de la úlcera,
- cantidad de exudado,
- presencia de tunelizaciones,
- estado de la piel perilesional,
- signos de infección,
- estado general del paciente,
- nivel asistencial y disponibilidad de recursos,
- coste-efectividad y
- facilidad de aplicación en contextos de autocuidado (5).

Por su forma de presentación los distintos materiales para la curación de heridas, podríamos subdividirlos en láminas, adhesivas o no, cintas, películas, polvos, apósitos impregnados, gránulos, y geles. Por su composición, en hidrocoloides, hidrogeles, espumas, poliuretanos, alginatos, hidrofibras, apósitos de plata, de ácido hialurónico, siliconas, poliacrilatos, carbón o colágeno (6).

Si existiera un apósito ideal, éste debería mantener un ambiente húmedo fisiológico, ser una barrera aislante y protectora que permita el intercambio gaseoso y una adecuada circulación sanguínea, que remueva secreciones, ser adaptable, flexible y de fácil manipulación, libre de contaminantes y tóxicos, tener un adhesivo que no lesione y permitir cambios sin trauma o dolor (7).

Lamentablemente este apósito no existe debido a lo dinámico de los procesos biológicos involucrados, por lo que es necesario el entendimiento de cada uno de ellos y sus indicaciones.

Los apósitos de plata aunque con formas de actuar diferentes todos tienen en común su efecto antimicrobiano o bactericida sobre las heridas. Pueden ser utilizados ante heridas de evolución tórpida, con sospecha de infección o con evidencia de ella. Igualmente está demostrada su eficacia para preparar el lecho ulceral, controlan el exudado y el mal olor de la lesión. Según su presentación unos van a requerir de un apósito secundario y otros no (8).

La plata es un elemento antiséptico muy conocido y que ha sido ampliamente utilizado a través de la historia. Actualmente se ha relanzado su uso y ha sido la plata en su forma catiónica (Ag+) el que se ha desarrollado más, introduciendo la forma iónica de la plata en distintas formas de apósito.

Existen un gran número de presentaciones que han demostrado ser eficaces en reducir los recuentos bacterianos en heridas. Los preparados con plata son tópicos útiles por su amplio espectro antibacteriano, antifúngico y antiviral y por no tener efectos dañinos sobre la cicatrización.

El conocimiento de estos apósitos es un reto, el no asumirlo sitúa al profesional de enfermería en riesgo del uso incorrecto y puede condicionar en la herida efectos adversos.

La decisión clínica del tipo de apósito a utilizar depende de la etapa evolutiva de la herida, y se basa en las ventajas y desventajas que nos ofrece cada uno de ellos y el objetivo que se desea alcanzar. Es esencial que los profesionales de salud que participen en la curación avanzada con apósitos, aprendan a realizar una valoración integral del paciente ya que es básico para la planificación del tratamiento de la lesión, lo más importante es diagnosticar y tratar la causa subyacente de la herida siendo este paso fundamental para conseguir la cicatrización y obtener los mejores resultados con la utilización de apósitos activos (9).

Características e Indicaciones de los apósitos con plata comercializados en España en la actualidad (10):

ATRAUMAN AG (Imagen 1). Está indicado como complemento en el tratamiento de heridas con una alta carga bacteriana o heridas infectadas. También está indicado por la CE en la profilaxis de infecciones en el tratamiento de heridas con alto riesgo de infección. Es una compresa impregnada, no adherente, para el tratamiento traumático de heridas. Contiene plata con actividad antibacteriana. Aplicar sobre la herida siempre



Imagen 1. ATRAUMAN AG

URGOTUL S.AG (Imagen 2). Está indicado para las curas locales de quemaduras de 2º grado superficiales, intermedias o profundas con riesgo de sobreinfección. Es un apósito hidrocoloide, no adhesivo, no oclusivo, que no se adhiere a la herida, constituido por una trama de poliéster impregnada de partículas hidrocoloides (carboximétilcelulosa) en una red de vaselina y de sulfadiazina argéntica. Eficaz frente a 117 cepas de las bacterias hospitalarias más habituales. No se adhiere ni a la herida ni a la piel perilesional con lo que los cambios son

completamente atraumáticos e indoloros. Es preciso cubrirlo con compresas estériles mantenidas por una banda no oclusiva o un esparadrapo. El cambio se efectuará cada 24 a 48 horas en función de la evolución de la quemadura curada. El periodo de tratamiento se limita a un mes.



Imagen 2. URGOTUL S.AG

ASKINA CALGITROL (Imagen 3). Está indicado en la cura húmeda y térmica, de lesiones infectadas o no infectadas, de diversa etiología: úlceras por presión, úlceras venosas, quemaduras de segundo grado e injertos de piel. Apósito estéril, compuesto por dos capas: capa absorbente de poliuretano reticulado y capa compuesta por una matriz de alginato con plata iónica. Las características de la capa de poliuretano reticulado, le confieren una gran capacidad de absorción del exudado. La capa de alginato e iones plata, en contacto con la lesión,



Imagen 3. ASKINA CALGITROL

proporcionan un efecto antimicrobiano de amplio espectro, frente a un gran número de patógenos sin inducir resistencias. El efecto antibacteriano proporcionado se mantiene hasta 7 días. La capa de alginato e iones plata, en contacto con el exudado de la lesión, forma un gel que distribuye de forma gradual y homogénea los iones plata sobre toda la superficie de la lesión, facilitando además, la retirada indolora del apósito. Proporciona un excelente manejo del exudado, pudiendo permanecer sobre la lesión durante más tiempo, reduciendo el número de cambios necesarios.

ARGENCOAT (Imagen 4). Apósito/barrera liberador de plata nanocrystalina, conformado por 2 Mallas (3 Acticoat 7) de polietileno con plata nanocrystalina y una (dos Acticoat 7) capa intermedia de tejido no tejido. Barrera antimicrobiana y tratamiento de infección local sobre heridas, upp, u.venosas, pie diabetico, quemaduras, zonas donantes/receptores injerto. Liberador de Ag



Imagen 4. ARGENCOAT

nanocrystalina. Libera iones, radicales y clusters de plata de manera gradual y continua con la cantidad de plata necesaria para eliminar los microorganismos. Presenta efecto modulador de las proteasas que facilita el proceso de cicatrización.

ACTISORB PLUS 25 (Imagen 5). Apósito para el tratamiento de la infección de heridas. Está indicado en todos aquellos tratamientos en los que el objetivo sea la reducción del número de microorganismos presentes en la herida, incluyendo úlceras vasculares, por presión, heridas de pie diabético o postquirúrgicas. Especialmente recomendado para su aplicación en heridas cavitadas, sinuosas o tunelizadas ya que, al mantener su integridad, facilita la retirada de la malla sin dejar ningún

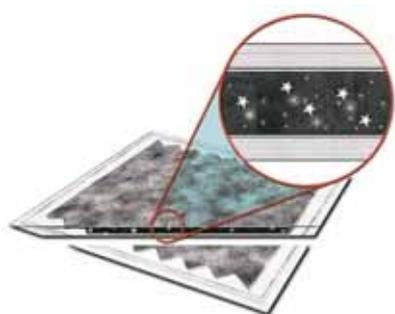


Imagen 5. ACTISORB PLUS 25

residuo en el lecho de la lesión. Actúa a modo de filtro. El exudado pasa a través de la malla, quedando retenidas bacterias y partículas de gran tamaño causantes del olor. No se satura y posee una actividad biocida estable y prolongada, con independencia del volumen de exudado de la herida. No libera plata: destruye las bacterias evitando la exposición de los tejidos a la acción oxidante de la plata. Es eficaz frente a más de 150 patógenos, incluyendo microorganismos resistentes como el MRSA (Españiloco Aureo Meticilina _ Resistente) o VRE (Vancomicina Resistente Enterococo). Puede mantenerse en la herida hasta 7 días.

AQUACEL AG (Imagen 6). Puede utilizarse para el tratamiento de heridas infectada o con riesgo elevado de infección, quemaduras de segundo grado (espesor parcial), úlceras del pie diabético, úlceras vasculares, úlceras por estasis venosa, úlceras arteriales y úlceras de etiología mixta y úlceras por presión (espesor parcial y total), heridas quirúrgicas heridas debidas a traumatismos, heridas que han sido objeto de desbridamiento mecánico o quirúrgico, heridas oncológicas exudativas, como las de los tumores cutáneos fungoides, carcinoma fungoso, metástasis cutáneas, sarcoma de Kaposi y angiosarcoma. Es un apósito blando, estéril, no tejido, en forma de almohadilla o cinta, compuesto por Hydrofiber® (fibras de carboximetilcelulosa sódica) y plata iónica. La plata contenida en el apósito destruye un amplio espectro de bacterias de la herida y ayuda a crear un ambiente antimicrobiano. Este apósito absorbe grandes cantidades de exudado y bacterias de la herida, formando un gel blando y cohesivo que se



Imagen 6. AQUACEL AG

adapta perfectamente a la superficie de la misma, manteniendo la humedad y ayudando a eliminar el tejido necrótico (desbridamiento autolítico).

El ambiente húmedo de la herida y el control del número de bacterias contribuyen al proceso de cicatrización y ayudan a reducir el riesgo de infección. El apósito puede permanecer aplicado sobre la lesión hasta 7 días, y en el caso de quemaduras de segundo grado, hasta 14 días; sin embargo, cuando se utiliza en lesiones altamente exudativas o por otras razones clínicas, el apósito puede tener que cambiarse con mayor frecuencia.

BIATAIN PLATA (Imagen 7). Apósito de 1ª elección en heridas colonizadas o infectadas de cualquier etiología. Previene la infección en las lesiones de alto riesgo. Especialmente indicado en úlceras vasculares. Se trata de un apósito con estructura alveolar en 3D que incorpora plata iónica hidroactiva. Presenta las siguientes características: Elimina las bacterias que retrasan la cicatrización. Acción antibacteriana gradual y sostenida. Gran poder de absorción y retención. No necesita ser activado previamente. No se pega a las heridas ni deja residuos en la lesión. Barrera bacteriana. Aclarar la lesión con suero fisiológico o agua estéril, según la práctica habitual. Seque cuidadosamente la piel periulceral. Elegir un apósito que sobrepase 2 cm. de los bordes de la propia lesión. Cuando se trata de una versión pequeña del apósito, es suficiente que éste sobrepase 1 cm. de los bordes de la lesión. Aplicar el apósito con el lado blanco en contacto con la lesión. El apósito debe fijarse con un vendaje secundario o un vendaje de compresión. Los apósitos Biatain Plata deben ser cambiados cuando se indique clínicamente o cuando existan signos visibles de que el exudado se aproxima al borde del apósito.



Imagen 7. BIATAIN PLATA

COMFEEL PLATA (Imagen 8). Es un apósito antibacteriano con base de hidrocoloide para el tratamiento de heridas con cicatrización retrasada o detenida debido a una infección o colonización bacteriana. Actúa de dos maneras para asegurar una cicatrización más eficaz, elimina los gérmenes que retrasan la cicatrización mediante la liberación gradual y sostenida de iones de plata y absorbe el exudado, manteniendo el medio ambiente húmedo favoreciendo el proceso de cicatrización. Está diseñado para su utilización en la profilaxis y para el tratamiento terapéutico de heridas colonizadas o infectadas, agudas o crónicas.



MEPILEX AG (Imagen 9). Apósito para el tratamiento antimicrobiano

Imagen 8. COMFEEL PLATA

en heridas colonizadas críticamente, infectadas o de riesgo. Gracias al carbón activo, también elimina el mal olor. Es un apósito antimicrobiano y absorbente con microadherencia selectiva. Absorbe el exudado eficazmente y minimiza el riesgo de maceración. El apósito mantiene un medio ambiente húmedo que favorece un óptimo proceso de cicatrización. Las propiedades de Safetac® permiten cambios de apósito sin provocar dolor adicional al paciente, o traumatismo en la herida o en la piel de alrededor. Además gracias a su plata (1,2 mg/cm²) repartida uniformemente por todo el apósito, tiene un efecto antimicrobiano de amplio espectro, inmediato (30 min.)



Imagen 9. MEPİLEX AG

y sostenido (durante 7 días), según demuestran los tests "in Vitro". También posee carbón activo por toda la espuma, neutralizando el mal olor de estas heridas.

A continuación se expone una tabla explicativa (ver tabla nº 2) de todos los apósitos que contienen plata comercializados en España a fecha diciembre de 2007. Parámetros valorados: Cantidad de Ag que contiene - Presentación Indicaciones - Contraindicaciones - Tamaños comerciales - Mecanismo de acción bactericida - Cura en ambiente Húmedo - Eficaz frente a bacterias, bacterias resistentes y hongos - Capacidad de control del exudado - Permanencia máxima - Precisa de apósito secundario - Precisa de humedecimiento previo - Precisa desbridamiento previo - Capacidad de desbridaje de tejido necrótico - Capacidad de ser cortado - Capacidad de ser introducido en una cavidad.

ATRAUMAN AG	URGOTUL S AG	ASKINA CALGITROL AG	ARGENCOAT	ACTISORB PLUS	AQUACEL AG	BIATAIN PLATA-BIATAIN PLATA	ADHESIVO	COMFEEL PLATA	MEPİLEX AG
Cantidad de Ag que contiene	0,41 mg/cm ²	0,45mg/cm ²	141 mg/100 cm ²	109mg/100cm ² .	25 microgr. por cm ² .	1,2 grs. por cada 100 gr. de apósito (1 ppm)	95 mg/100cm ²	30 mg/100cm ²	120 mg /100cm ²
Presentación	Trama de poliamida impregnada con ácidos grasos y plata metálica	Interfase lipidocoloidal antibacteriana no oclusiva impregnada con un compuesto de CMCNa disuelto en una red lipofílica de vaselina asociada a Sulfadiazina argéntica	Capa absorbente de poliuretano reticulado Capa compuesta por una matriz de alginato con plata iónica.	Apósito/barrera liberador de plata nanocrystalina, conformado por 2 Mallas (3 Acticoat 7) de polietileno con Plata nanocrystalina y una (dos Acticoat 7) capa intermedia de tejido no tejido.	Malla de carbón activado con plata impregnada y funda porosa de material no tejido	Apósito de Hydrofiber® con plata iónica	Apósito hidropolimérico en 3D con plata iónica hidroativa. Existe en versión adhesiva y no adhesiva	Apósito hidrocoloidal con plata iónica hidroativa. Autoadhesivo	Apósito antimicrobiano de espuma de poliuretano y suave silicona con tecnología Safetac, con plata y carbón activo
Indicaciones	Heridas crónicas o agudas, infectadas o con alto riesgo de infección.	Tratamiento local de las quemaduras de de segundo grado, superficiales, intermedias o profundas que presenten riesgo de sobreinfección	Indicado en la cura húmeda y térmica, de lesiones infectadas o no infectadas, de diversa etiología: Úlceras por Presión, Úlceras venosas, quemaduras de segundo grado, e injertos de piel.	Barrera antimicrobiana y tratamiento de infección local sobre heridas, upp, u.venosas, pie diabetico, quemaduras, zonas donantes/receptoras injerto.	Primer paso terapéutico en el tratamiento de cualquier herida crónica. Carcinoma fungoide, upp, úlceras vasculares, heridas traumáticas o quirúrgicas.	Heridas infectadas o con riesgo. Quemaduras de 2º grado. Úlceras de pie diabético, úlceras vasculares y de presión. Quirúrgicas, Traumáticas, Sangrantes, Oncológicas exudativas.	Heridas colonizadas o infectadas con exudación de moderada a alta. Upp, úlceras vasculares, úlceras de pie diabético, quemaduras de segundo grado, zonas donantes, heridas postquirúrgicas, dermoabrasiones.	Heridas colonizadas o infectadas con exudación de baja a moderada. Upp, úlceras vasculares, úlceras de pie diabético, quemaduras de segundo grado, zonas donantes, heridas postquirúrgicas, dermoabrasiones.	Tratamiento antimicrobiano en heridas colonizadas críticamente, infectadas o de riesgo. Gracias al carbón activo, Mepilex Ag también elimina el mal olor
Contraindicaciones	Sensibilidad a los componentes.	Sensibilidad Ag o CMCNa.	Sensibilidad conocida a la Plata. Quemaduras de tercer grado.	Sensibilidad Ag. No usar en pacientes sometidos a RMN.	Pacientes sensibles al nylon.	Pacientes sensibles a la Ag o a la carboximetilcelulosa sódica.	Sensibilidad conocida a la plata	Sensibilidad conocida a la plata o a la carboximetilcelulosa sódica.	Sensibilidad conocida a la plata

Tabla 2. Apósitos que contienen plata comercializados en España a fecha diciembre de 2007 Autor: Roldán A. y col. Actualizado: 04/12/2007. Fuente: Información facilitada por las empresas que comercializan los apósitos y elaboración propia. (control del exudado valorado de + mínimo /+++++ máximo).

	ATRAUMAN AG	URGOTUL S AG	ASKINA CALGITROL AG	ARGENCOAT	ACTISORB PLUS	AQUACEL AG	BIATAIN PLATA- BIATAIN PLATA ADHESIVO	COMFEEL PLATA	MEPILEX AG
Tamaños comerciales	5x5 10x10 10x20	10x12 (5 apósitos) 15x20 (5 apósitos)	10x10 / 15x15 / 20x20	10x10 - 10x20 - 20x40 - 40x40 - 10x120	10, 5 x 10, 5 - 19x10,5	Reembolsables: 5x6cm, 10x13cm, 15x14.5cm, 2.5 x 45cm	Biatain Plata: 10x10 - 15x15 Biatain Plata Adhesivo: 15x15	10x10 -15x15	10 x 10 cm. 15 x 15 cm. 20 x 20 cm.
Mecanismo de acción bactericida	Liberación de la plata al entrar en contacto con el exudado, de manera continua y prolongada.	La S.Ag es un complejo de disociación lenta y continua, al entrar en contacto con los exudados. Actúa como reserva de plata en la herida. Actividad bactericida gracias a la acción conjunta de la Sulfadiazina sobre la pared bacteriana y del ion Ag+ sobre la replicación del ADN bacteriano.	Liberador de Ag+. Con elevada capacidad de absorción de exudado y gérmenes.	Liberador de Ag nanocrystalina. Libera iones, radicales y clusters de plata de manera gradual y continua con la cantidad de plata necesaria para eliminar los microorganismos. Presenta efecto modulador de las proteasas que facilita el proceso de cicatrización.	Adsorción y fijación de los gérmenes en la malla de Ca impregnada en Ag	Los iones de plata se liberan de forma rápida y controlada a medida que el apósito entra en contacto con el exudado de la herida.	Hidroactivación: La plata iónica se libera de manera gradual y sostenida en función de la cantidad de exudado.	Hidroactivación: La plata iónica se libera de manera gradual y sostenida en función de la cantidad de exudado.	Los iones de plata (Ag+) se liberan, al entrar en contacto con el exudado de forma rápida y sostenida. Efecto antimicrobiano inmediato (30 min.) y sostenido (durante 7 días); datos probados mediante tests "in Vitro"
Cura en ambiente Húmedo	En función del apósito secundario utilizado.	Si	Si	Si. Produce un interfaz húmedo en contacto con el exudado.	Precisa apósito secundario	Si.	Si	Si	Si
Eficaz frente a bacterias, bacterias resistentes y hongos	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Capacidad de control del exudado	+	+	+++++	++	+++	+++++	+++++	+++	+++++
Permanencia máxima	Hasta 7 días	Hasta 7 días	Hasta 7 días	3 días (7 días Acticoat 7)	Hasta 7 días	Hasta 7 días en heridas crónicas y 14 días en quemaduras.	Hasta 7 días	Hasta 7 días	
Precisa de apósito secundario	Si	Si	No	Si	Si	Si	No	No	No
Precisa de humedecimiento previo	No	No	No	Si (agua estéril o corriente)	Si (en lesiones de bajo exudado, con salino o agua)	No Si (en lesiones secas con salino o agua)	No	No	No
Precisa desbridamiento previo	Si	Si	Si (retirada de tejido necrótico)	Presenta una cierta capacidad de desbridamiento autolítico. Cuando exista abundante tejido desvitalizado hay que eliminarlo previamente.	Si	NO	No	NO	No
Capacidad de desbridaje de tejido necrótico	No	No	Si	Permite el desbridamiento de pequeñas zonas de tejido necrótico.	NO	Si	Si	Si	
Capacidad de ser cortado	Si	Si	Si	Si	NO	Si	Biatain Plata: Si Biatain Plata Adhesivo: No	Si	Si
Capacidad de ser introducido en una cavidad	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	No

Tabla 2. Apósitos que contienen plata comercializados en España a fecha diciembre de 2007 Autor: Roldán A. y col. Actualizado: 04/12/2007. Fuente: Información facilitada por las empresas que comercializan los apósitos y elaboración propia. (control del exudado valorado de + mínimo /+++++ máximo)

RESULTADOS

Los apósitos con plata, como opción de utilización deben ser soportados ampliamente por estudios clínicos que avalen la seguridad y la eficacia del tratamiento en base a mejorar el tratamiento-cicatrización de las úlceras cutáneas crónicas así como la calidad de vida del paciente.

Son varias las acciones secundarias que los apósitos de plata son capaces de conseguir debido a su capacidad antimicrobiana, y debemos destacar:

1. La plata reduce la intensidad del olor debido a la reducción que se aprecia en las poblaciones bacterianas responsables del mismo (11).

2. La plata, al reducir la carga bacteriana y lograr con ello poner en marcha la cicatrización «detenida» por la colonización crítica, acorta la fase inflamatoria, por lo que los beneficios anti-inflamatorios facilitan una mejor preparación del lecho ulceral y su ulterior curación (12).

3. El carácter anti-inflamatorio de la plata, acortando la fase de inflamación, también permite reducir el alto nivel exudativo que acompaña a las heridas infectadas. Se debe sencillamente a que el aumento de exudado se produce en mayor cuantía en la fase inflamatoria, y que además se ve exacerbado en presencia de microorganismos patógenos (13).

CONCLUSIONES

Los apósitos de plata representan actualmente un método establecido para el tratamiento de úlceras y para la protección de la superficie de heridas contra la infección y reinfección. Se utilizan para úlceras diabéticas, por éstasis o por presión (14). Su mecanismo de acción es distinto según la presentación aunque en general se basa en la liberación de plata hidroactivada cuando el apósito absorbe el exudado. Los iones de plata son los responsables de la acción antimicrobiana, al incorporarse al ADN bacteriano, bloquean la proliferación celular. Inciden también sobre el cambio bacteriano de la función de las membranas y detienen el intercambio de sustancias entre la célula bacteriana y el entorno. Gracias a las propiedades mencionadas, estos apósitos son activos contra bacterias como *S. Aureus*, *E. Coli* y *E. Faecalis* así como bacterias anaeróbicas y MRSA. Diversos estudios avalan su eficacia (15).

La aplicación de los apósitos protege las úlceras contra infecciones y al mismo tiempo promueve la cicatrización al establecer un equilibrio de humedad a través de la gestión del exudado.

AGRADECIMIENTOS

Los autores agradecen la colaboración prestada por las distintas empresas que comercializan los apósitos con plata.

Las imágenes de los productos y marcas son propiedad de las empresas que comercializan los apósitos con plata disponibles en el mercado español.

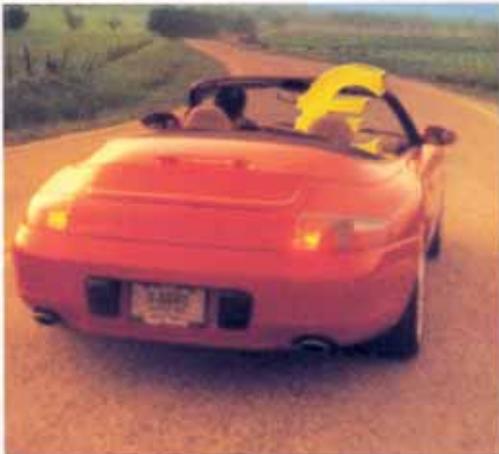
BIBLIOGRAFÍA

- (1) European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound Bed Preparation in Practice. London: MEP Ltd, 2004.
- (2) Cooper ML, Laer JA, Hansbrough JF. The cytotoxic effects of commonly used topical antimicrobial agents on human fibroblast and keratinocytes. Trauma. [en línea] 1991: www.ncbi.nlm.nih.gov (consulta junio 2005).
- (3) Winter GD, Scales JT. Effect of air drying and dressings on the surface of a wound. Nature 1963. [En línea] 2005. www.pubmedcentral.nih.gov (consulta junio 2006).
- (4) A.Z. Kaya, et al. Journal of Wound Care VOL 14, NO 01, Page 42, January 2005.
- (5) Directrices Generales sobre Tratamiento de las Úlceras por Presión. Logroño. 2003". <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/tratamiento.pdf>
- (6) Roldán Valenzuela, A. Úlceras.net. Entidad propietaria del sitio Web: Úlceras.net. "Terapéutica local" ["Fecha de consulta Diciembre 2007"]. Disponible en www.ulceras.net.
- (7) Thomas S. Wound management and dressing. London: Pharmaceutical Press; 1990.
- (8) Roldán Valenzuela, A. Úlceras.net. Entidad propietaria del sitio Web: Úlceras.net. "Terapéutica local" ["Fecha de consulta Diciembre 2007"]. Disponible en www.ulceras.net.
- (9) Guía para el cuidado de heridas. [en línea]: www.auxiliarrenfermeria.com/dossiers/guia_heridas.htm (consulta marzo 2006).
- (10) Fuente: Información facilitada por las empresas que comercializan los apósitos y elaboración propia. (A. Roldán y col. 2007).
- (11) Holway S et al. Evaluating the effectiveness of a dressing for use in malodorous exuding wounds, Ostomy Wound management, 2002; 48(5):22-28.
- (12) Sibbald RG. Topical antimicrobials. Ostomy Wound Management 2003 (suppl.) 2003):14- 24.
- (13) Demling RH, DeSanti L. Effects of silver in wound management. Wounds 2001; 13 (supplement): A5-A15.
- (14) Bergin SM, Wraight P. Silver wound dressings and topical agents for treating diabetic foot ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2006 Jan 25; (1): CD005082.
- (15) Jorgensen B, Price P, Andersen KE. The silver-releasing foam dressing, Contreet foam, promotes faster healing of critically colonised venous leg ulcers: a randomised, controlled trial. International Wound Journal 2 (1), pp. 64-73, 2005.

SEGURO
INVER MÁS



EL VIAJE HACIA
LA RENTABILIDAD.



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%.



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.

SEGURO
INVER MÁS



CAJA MADRID
CREDITO COOPERATIVO

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

PREMIOS

PRIMERO: 3.600 € SEGUNDO: 1.800 € TERCERO: 1.200 € Accesit 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

BASES

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 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 Accesit 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 accesit. 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 "Accesit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accesit Enfermería Joven".
- 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 Accesit Enfermería Joven 1.000 Euros.
- 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.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- JURADO:** Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales corresponderá: al Colegio de Sevilla; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; tres Vocales del profesorado de las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno de entre los responsables de las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del jurado serán Diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El jurado será nombrado anualmente.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- 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.
- 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.
- 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".
- 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