Revista Científica

HYGIA de ENFERMERIA

Nº 72, Año XVI - 2009

Colegio de Enfermería de Sevilla

Plan de cuidados en paciente programado para amputación supracondílea de miembro inferior

Mujeres usuarias del implante subcutáneo contraceptivo rn una población de exclusión social de un Centro de Salud de Sevilla

Dolor torácico mecánico o musculoesquelético

El Colegio te protege con 3.090.000 euros

(por siniestro, y con un límite por anualidad de veinte millones de euros)

NUEVO SEGURO

DE RESPONSABILIDAD CIVIL DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA

MAPFRE

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES. PASOS QUE DEBE SEGUIR EL COLEGIADO:

Primero: El colegiado deberá comunicar inmediatamente a su Colegio provincial la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querella o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra el siniestro.

Segundo: El colegiado cumplimentará en su Colegio provincial el formulario de comunicación de Siniestro de Responsabilidad Civil Profesional o Penal establecido a tal efecto, para que éste sea remitido al Consejo General. Será necesario cumplimentar todos los datos solicitados.

Tercero: Si el colegiado no pudiese contactar con el Colegio, comunicará directamente el hecho a la Asesoría Jurídica del Consejo General (Tlf.: 913 34 55 20), donde un letrado le informará sobre los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

Cuarto: El colegiado no deberá declarar nunca sin abogado, ni firmar ningún documento.

Quinto: De acuerdo con lo establecido en la póliza, para la efectividad de la cobertura prevista será imprescindible acreditar que el profesional afectado se encuentra colegiado y al corriente en el pago de las cuotas.

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

- **Riesgo cubierto: responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal y como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing".**

- **Manteniendo el importe de la prima, la cobertura por siniestro se incrementa hasta 3.090.000 euros, con un límite por anualidad de veinte millones.**

- **Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 euros al mes, por un plazo máximo de 15 meses.**

- **Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.**

Organización Colegial de Enfermería
Consejo General

DECLARACIÓN INSTITUCIONAL DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL DE ENFERMERÍA EN RELACIÓN CON EL FALLECIMIENTO DEL BEBÉ RYAN

El reciente fallecimiento del bebé Ryan en la UCI de Neonatología del Hospital Gregorio Marañón de Madrid constituye un dolorosísimo suceso de consecuencias irreparables que pone en evidencia el trascendental papel que juegan los profesionales sanitarios, y muy especialmente, los enfermeros y enfermeras que a diario realizan sus intervenciones buscando en todo momento la seguridad de los pacientes.

En primer término, no hay palabras de cariño ni gestos de solidaridad suficientes que en estos momentos permitan trasladar a la familia todo el apoyo que la profesión enfermera quiere mostrarles: sabemos que el dolor y el sufrimiento por el que atraviesan no los mitigan las simples declaraciones, sino el compromiso y la búsqueda de la verdad de los hechos para que, además de sentirnos a su lado, sepan que seguimos trabajando al objeto de que situaciones como la acaecida no vuelvan a producirse nunca más.

Al mismo tiempo, debemos obrar con prudencia y con firmeza para investigar a fondo los hechos, determinar las responsabilidades que existan y adoptar las medidas deontológicas, estructurales y organizativas que permitan mejorar un sistema sanitario muy avanzado, pero que no puede permitir que se repitan estos lamentables sucesos.

Nos preocupa, no obstante, que algunas manifestaciones realizadas puedan afectar a los derechos constitucionales a la presunción de inocencia y a un procedimiento justo de las enfermeras implicadas. Será la investigación que realicemos todas las instancias competentes (judicial, administrativa y deontológica) la que determine su grado de implicación y su responsabilidad, y sobre ello, se adoptarán las decisiones que procedan, pero en modo alguno puede justificarse un juicio paralelo ni un escarnio público que son incompatibles con un Estado de Derecho.

La profesión enfermera y su Organización Colegial llevan mucho tiempo proclamando su ineludible compromiso con la salud y la seguridad de los pacientes desde una práctica ética, autónoma y competente. La sociedad también es consciente del grado de preparación y capacitación de los profesionales enfermeros. Por ello, precisamente, estamos dispuestos a asumir como profesión las consecuencias derivadas de una concatenación de circunstancias que han producido tan desgraciado accidente y vamos a actuar en consecuencia para que cada vez haya menos situaciones como la acaecida. Es obvio que los accidentes no pueden eliminarse por completo, pero sí podemos trabajar para reducirlos en su número y en su alcance.

Como el órgano regulador de la profesión, la Organización Colegial no sólo va a exigir las responsabilidades deontológicas a que haya lugar, sino que, dentro de su función de llevar a cabo el control de calidad de los enfermeros y enfermeras para tratar de garantizar el derecho a la salud de los pacientes, va a adoptar las medidas internas necesarias y también va a exigir a las autoridades sanitarias todas aquellas que propicien una práctica profesional aún más segura.

Una vez que obre en nuestro poder la información y la documentación que hemos solicitado a las autoridades sanitarias, será analizada por el grupo de expertos, que realizará las conclusiones y propondrá las medidas que estime procedentes, las cuales trasladaremos a las partes afectadas, a las autoridades competentes y a la opinión pública.

HYGIA

Nº 72

2º Cuatrimestre de 2009

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: *"Bailando al Agua"*
Autor: Susana Romero Carmona
Nº Colegiado: 9.891

Sumario

5 PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE PROGRAMADO PARA AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA DE MIEMBRO INFERIOR
Carmona Vera MA, Lozano Nogales MI, Roldán Valenzuela A.

16 MUJERES USUARIAS DEL IMPLANTE SUBCUTÁNEO EN UNA POBLACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL DE UN CENTRO DE SALUD DE SEVILLA
Espinaco Garrido MJ, Román Oliver J, Beltrán García MI, Romero Brioso AM, Domínguez Úbeda V, Ávila Pecci P.

22 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA OBSTRUCCIÓN DE LA CÁNULA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS
Oropesa Pazo N, Pozo Gómez E.

25 EL CAUTERIZADOR: EVACUACIÓN DEL HEMATOMA SUBUNGUEAL
Palomo Gómez JM, Ávila Arriaza MA.

29 EL INFORME SOBRE LA INVESTIGACIÓN DEL URÓLOGO CIVIALE (1835): UN DEBATE TEMPRANO SOBRE EL USO DE LA ESTADÍSTICA EN MEDICINA
Díaz Reina A.

36 DISPOSITIVOS QUE AYUDAN EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE ANCIANOS Y DISCAPACITADOS
García Velázquez MC, Jesús Poley Guerra A, Pérez Galán RJ.

45 DOLOR TORÁCICO MECÁNICO O MUSCULOESQUELÉTICO
Míguez Burgos A, Jurado Muñoz M, Muñoz Simarro D.

50 "PREVALENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA"
Barrigüete Andreu MI, González Porras C.

55 TAPONES DE CERUMEN EN EL OÍDO
García Torres MD.

59 LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: COMPETENCIA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA
Galindo Sancho M, Castro Varela L, Zapata Sampedro MA, Galindo Molina MO, Verdugo Hidalgo JA.

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

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.

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTE PROGRAMADO PARA AMPUTACIÓN SUPRACONDÍLEA DE MIEMBRO INFERIOR

- **Manuel Ángel Carmona Vera[1]**
- **Mª Isabel Lozano Nogales[2]**
- **Andrés Roldán Valenzuela[1]**

1. DE. Servicio Cirugía Cardiovascular HUVR Sevilla.
2. DE. UCI HUVR. Sevilla.

Resumen

El paciente que describe el caso clínico, es el prototipo de paciente vascular que tratamos en nuestra unidad: paciente con arteriopatia crónica, pluripatológico, que ingresa con dolor, fiebre y descompensación de constantes vitales, factores que complican la buena evolución de la cirugía aplicada.

Nuestro objetivo en este caso ha sido desarrollar un Plan de Cuidados basándonos en la taxonomía de la NANDA-NOC-NIC, en un paciente programado para amputación supracondilea de miembro inferior. Incluimos el Informe de Continuidad de Cuidados existente en nuestro hospital que fue tramitado a su centro de Atención Primaria.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Amputación Supracondilea.
- ✔ Diagnósticos Enfermeros.
- ✔ Plan de Cuidados.
- ✔ Continuidad de Cuidados.

INTRODUCCIÓN

La Enfermería puede definirse como una ciencia humana de experiencias salud enfermedad-curación que son mediatizadas por una transacción de cuidados profesionales, personales, científicos, estéticos, humanos y éticos. *(1)*

En el ejercicio de nuestra profesión se presenta una variedad de problemas que dependen exclusivamente de la competencia enfermera.

Para resolverlos es esencial que la enfermera desarrolle y ejercite su facultad de juicio.

Esta capacidad de emitir juicios profesionales permite medir la competencia profesional.

Para poder utilizar un instrumento, en este caso el proceso de gestión de cuidados de enfermería y la taxonomía diagnóstica de la NANDA *(2)*, es necesario un marco conceptual o una concepción filosófica del cuidado, que guíe la recogida, selección, análisis e interpretación de la información. Es así como la emisión de un juicio clínico, se convierte en un método creativo para la resolución de problemas. De éste modo se crea un instrumento valioso, el Plan de Cuidados, que le sirve a la enfermera como centro de orientación para practicar el arte y la ciencia de los cuidados enfermeros.

Desarrollamos a continuación un caso clínico que pertenece a un paciente ingresado en la Unidad de Angiología y Cirugía Vascular de nuestro Hospital.

En esta Unidad se utiliza como metodología de trabajo enfermero el Plan de Cuidados Estandarizado del Paciente Vascular como parte de la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.)

Para la valoración del paciente se ha utilizado el modelo enfermero de V. Henderson *(3)*.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Varón de 69 años de edad que acude a Urgencias del Hospital el 19 de noviembre de 2005 acompañado de su mujer.

Como antecedentes personales del paciente destacamos los siguientes:

√ Diabetes insulino-dependiente

√ Obesidad (IMC: 32)

√ Hipertensión arterial

√ Fibrilación auricular

√ Síndrome depresivo crónico.

√ Había presentado ingresos previos a este, más concretamente:
– Intervenido de hernia inguinal en 1995.
– Ingresó para amputación supracondílea de MID en Febrero 2005.

Al instante del ingreso valoramos entre otras cuestiones:

√ Su estado cognitivo (Test de PFEIFFER) [4] que es normal, con buen nivel de conciencia y orientación.

√ El nivel de autonomía para las Actividades de la Vida Diaria (AVD) detectando falta de autonomía (Índice de BARTHEL= 10) [5]

√ Riesgo de úlceras por decúbito presentando riesgo medio de desarrollo de upp. (Escala NORTON= 13) [6]

Ingresó en el Servicio el 19-XI-06 a la 19.30h procedente de Urgencias por Isquemia Crónica grado IV en MII con necrosis de los cuatro primeros dedos siendo programado para Amputación Supracondílea el 23-XI-05.

El tratamiento domiciliario que tomaba el paciente y que traía consigo en el momento del ingreso constaba de:

Adolonta® 1 comp/8h (D-A-C)	Hemovas®1 comp/8h (D-A-C)
Insulina Lantus® 22ui. (23h)	Traxilium® 10 1 comp/24 (C)
Diltiazen® 1 comp/24h (D)	Lofton® 1 comp/8h (D-A-C)
Seguril® 1 comp/12h (D-M)	HBPM

VALORACIÓN INICIAL

RESPIRACION:

Fumador de un paquete diario hasta hace 5 años (Marzo de 2001). Su mujer nos confirma que ocasionalmente y a escondidas se fuma algún cigarrillo. Presenta tos seca. Eupneico. No disnea. Escasas secreciones de color, color y densidad normales que no es necesario estimular para que las expulse. Al momento del ingreso la F.R.=18 rpm , T.A. de 140/70 F.C. de 86 l.p.m. y Tª de 37,5. No refiere alergias conocidas.

ALIMENTACION / HIDRATACION

Paciente obeso, bebedor moderado habitual que en la actualidad muestra falta de apetito, según el paciente debido al dolor, lo que ha favorecido la perdida de al menos 3–5 Kg. en los últimos dos meses. La que cocina en casa es su mujer con la que convive. Ella asegura que la dieta es variada aunque detectamos carencia de lácteos, frutas y verduras en sus hábitos culinarios. La dentadura no presenta buen estado, le faltan varias piezas dentales y no tiene prótesis ninguna, esto obliga como nos confirma su esposa a que "todo hay que ponérselo muy blando o troceado". Aparentemente sin problemas para la deglución.

Tras aplicar el ***Test de Evaluación Nutricional "Mini Nutricional Assessment" MNA*** hemos obtenido un valor de 18 (riesgo de malnutrición). [7]

ELIMINACIÓN

– ***Intestinal:*** Para defecar va al servicio acompañado de su esposa. Suele hacerlo una vez cada 1-2 días aunque a veces se estriñe y dice tener que extraerse las heces el mismo. No antecedentes de hemorroides.

– ***Urinaria:*** Debido al dolor nocturno que le fractura el sueño y al tratamiento con Seguril®, el paciente presenta aumento en las micciones nocturnas. Esto lo perturba ya que a la falta de sueño hay que sumar "el suplicio que supone ir al W.C.". No dispone en casa de pañales ni de dispositivos como colectores urinarios o sondas vesicales pero si dispone de una cuña prestada en su Centro de Atención Primaria (CAP).

MOVILIZACION

En casa mantiene mala calidad de vida y una movilidad reducida que se limita a estar en cama o a cortos paseos en silla de ruedas. Vive con su mujer, ama de casa y única cuidadora, la cual mantiene buena salud. El paciente refiere encontrarse angustiado por la posibilidad de perder la otra pierna ya que esto reduciría aún más sus posibilidades de defenderse por sí mismo. La esposa, por su parte, afirma estar muy cansada y ve que la situación se le escapa de las manos alegando no tener la fuerza física.

Se le pasa la ***Escala de Nivel de Autonomía para las Actividades de la Vida Diaria (AVD)*** detectando falta de autonomía (Índice de BARTHEL= 10).

REPOSO / SUEÑO

Refiere dificultad para dormir sobre todo debido al dolor y a la nicturia, manifiesta que lleva prácticamente una semana sin dormir adecuadamente debido al intenso dolor que tiene en el pie afectado. Durante el día se queda dormido con frecuencia en la silla de ruedas o en la cama. Tiene prescritos analgésicos y tranquilizantes pero parecen ser poco efectivos.

Hemos pasado el "***Cuestionario del Dolor Español"*** [8] y la escala de intensidad actual a su ingreso 5/5 disminuyendo hasta 2/5 al alta.

VESTIRSE

Precisa ayuda parcial para cambiarse de ropa y solo puede contar con la esposa que con mucho esfuerzo le presta esa ayuda. Habitualmente viste pijamas o ropa deportiva cómoda. El calzado se limita a zapatilla izquierda recortada para adaptar el vendaje por la necrosis de los dedos.

TEMPERATURA

Cuando llega a nuestro servicio mantiene una Tª = 37.5 °C pero afirma que en su domicilio ha llegado a tener hasta 38.5 – 39 °C lo cual ha sido uno de los motivos para venir a Urgencias.

HIGIENE / PIEL

- **Higiene:** Necesita ayuda parcial para la higiene. Dice asearse diariamente con la ayuda de su esposa aunque el aspecto que presenta es algo descuidado, sin afeitar, pelo sucio y uñas largas y con restos. Así mismo la higiene bucal es deficiente

- **Integridad de la piel:** No presenta UPPs a pesar de su poca movilidad. Le pasamos la "***Escala de Norton" de Valoración del Riesgo de Úlceras por Decúbito***, obteniendo una puntuación de 13, lo cual indica que es un paciente con un riesgo medio de padecer una UPP por lo que activamos el protocolo de prevención.

En cuanto a las lesiones en pie izquierdo presenta necrosis en los cuatro primeros dedos, sin aparición de flictenas ni celulitis.

Trae vía venosa periférica canalizada de Urgencias por donde le han administrado analgesia IV.

SEGURIDAD

La esposa nos confirma que el paciente no es alérgico a ningún fármaco.

Ella sufre porque teme que se le caiga al llevarlo al baño, como al parecer ya ha ocurrido en más de una ocasión, teniendo que recurrir a vecinos para que la ayudaran a incorporarlo. Por ello hemos aplicado la ***Escala de Riesgo de Caídas Múltiples*** [9] obteniendo una puntuación de 7, lo que nos indica riesgo medio de caídas múltiples. Solo disponen del carrito y la casa no está preparada para su uso. Tampoco la cama, cuartos de baño etc. están adaptados a las necesidades del paciente.

COMUNICACIÓN

A su ingreso esta consciente, despierto, orientado y en la medida de sus posibilidades colabora. Se nos muestra como un hombre reservado y poco hablador. En presencia de la esposa se muestra irascible, descargando en ella su frustración. Ve y escucha aceptablemente en relación con su edad.

La esposa por su parte es muy habladora, intenta en todo momento llevar la voz cantante monopolizando la entrevista.

RELIGIÓN / CREENCIAS Y VALORES

No aporta datos significativos de resaltar en cuanto a sus creencias religiosas.

El paciente se muestra muy nervioso, refiere angustia ante la posibilidad de perder la otra pierna porque, según él, esto le convertiría en un inválido. Se le pasa la ***Escala de Depresión Geriátrica "Test de Yesavage"*** [10] que da un resultado de 10 (depresión moderada).

TRABAJAR / REALIZARSE

De profesión agricultor ahora está jubilado siendo la pensión de jubilación su única fuente de ingresos. No sabe leer ni escribir. La esposa siempre ha sido ama de casa y ahora es la que se ocupa de las tareas del hogar y de cuidar a su marido. Dice encontrarse cansada de hospitales ya que lleva todo el año liada con lo de su marido.

ACTIVIDADES LÚDICAS

La mujer nos explica que nunca ha sido hombre de bares por eso ahora no acude al hogar del pensionista del pueblo. Su principal afición es ver la televisión, aunque no parece ponerle mucha atención ya que al parecer rápidamente se queda dormido.

APRENDER

Hemos valorado el nivel de deterioro cognitivo de nuestro paciente y de su esposa para lo que hemos utilizado el "***Test de Pfeiffer" versión española*** obteniéndose en ambos una puntuación de 4 errores, teniendo en cuenta que los dos son analfabetos, podemos sospechar deterioro cognitivo.

El paciente ha delegado la toma de decisiones en su esposa, quien se muestra muy receptiva a la hora de aprender como cuidar a su marido, pero a la vez no deja de recordarnos que ella sola no puede cuidarlo "y menos ahora cuando le corten la otra pierna".

A la esposa se le ha realizado la entrevista sobre la carga del cuidador, "***Cuestionario de Zarit***" [11], que detecta "sobrecarga intensa" y el ***Cuestionario de Apoyo Social Percibido o Funcional, "cuestionario de Duke UNC"*** [12] en el que se detecta un apoyo normal.

PLAN DE CUIDADOS SEGÚN TAXONOMÍAS NANDA-NOC-NIC (DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS Y PROBLEMAS DE COLABORACIÓN, PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS Y EJECUCIÓN). [13][14][15]

Diagnósticos enfermeros.

- **00126. Conocimiento deficiente (sobre proceso de enfermedad) RC falta de información, mala interpretación de la información…**
- **Escala de medida del indicador** 1 Ninguno 2 Escaso 3 Moderado 4 Sustancial 5 Extenso

NOC TRAS VALORACION INICIAL	INDICADORES	OBJETIVOS ESPERADOS	OBJETIVOS CONSEGUIDOS	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES POR NIC
1813. Conocimiento del régimen terapéutico.	– 05. Descripción de la dieta prescrita. – 06. Descripción de la medicación prescrita.	5 5	5 5	– 5602. Enseñanza: proceso de enfermedad. – 5614. Enseñanza dieta prescrita.	– Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad especifica. – Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede. – Proporcionar información al paciente acerca de su enfermedad si procede. – Describir el proceso de la enfermedad, si procede. – Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de enfermedad. – Enseñar al paciente medidas para controlar / minimizar síntomas si procede. – Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita. – Conocer los sentimientos / actitud del paciente / ser querido acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado. – Instruir al paciente sobre las comidas permitidas y las prohibidas. – Proporcionar un plan estricto de comidas, si procede. – Enseñar a planificar las comidas adecuadas.
1803. Conocimiento Proceso de enfermedad.	– 03. Descripción de la causa o factores contribuyentes. – 07. Descripción del curso de la enfermedad.	5 5	5 5	– 5616. Enseñanza medicamentos prescritos. – 7370. Planificación del alta.	– Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento. – Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. – Informar al paciente sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación. – Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosis y subdosis. – Colaborar con el médico/paciente/familiar/ser querido y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de los cuidados. – Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarias por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta. – Fomentar los cuidados de sí mismo. – Buscar el apoyo de un cuidador, si procede.

Evolución: Durante el ingreso nuestro paciente ha presentado poco apetito lo que preocupaba a su esposa, por lo que llegamos a permitirle tomar alimentos externos a la dieta prescrita así como la inclusión en esta de batidos hiperproteicos para diabéticos. El paciente ha conseguido, durante su ingreso, describir que tipo de alimentos debe incluir para equilibrar su dieta y cuales eliminar o reducir para controlar los niveles de glucemia. En el momento del alta tanto el enfermo como la esposa conocen perfectamente los medicamentos y cuidados domiciliarios que va a precisar.

00085. Deterioro de la movilidad física R/C prescripción de restricción de movimientos, malestar o dolor…

- **Escala de medida del indicador (1)** 1 Dependiente NO participa 2 Requiere ayuda personal y de dispositivo 3 Requiere ayuda personal 4 Independiente con ayuda de dispositivos 5 Completamente independiente
- **Escala de medida del indicador (2)** 1 Ninguno 2 Escaso 3 Moderado 4 Sustancial 5 Extenso

NOC TRAS VALORACION INICIAL	INDICADORES	OBJETIVOS ESPERADOS	OBJETIVOS CONSEGUIDOS	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES POR NIC
0208. Nivel de movilidad. **(1)**	– 01. Mantenimiento del equilibrio. – 07. Deambulación: en silla de ruedas.	5 5	5 5	– 5612. Enseñanza: actividad / ejercicio. – 1801. Ayuda con los autocuidados: baño / higiene. – 1802. Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal. – 1804. Ayuda con los autocuidados: aseo (wc).	– Enseñar al paciente a realizar la actividad/ejercicio prescrito. – Informar al paciente del propósito y los beneficios de la actividad/ejercicio. – Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados. – Fomentar la participación de la familia en los rituales habituales. – Facilitar que el paciente se afeite/maquille por sí mismo. – Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo. – Disponer de intimidad durante la eliminación. – Facilitar la higiene después de terminar con la eliminación.
1811. Conocimiento actividad prescrita. **(2)**	– 01. Descripción de la actividad prescrita. – 02. Explicación del propósito de la actividad.	5 5	5 5		

Evolución: Se gestionó y aceleró la búsqueda de un carrito de ruedas ya que el de su propiedad no pudo ser traído por nadie desde su domicilio. Desde su ingreso presentó una falta de autonomía importante según la escala Barthel. Sus cuidados fueron gestionados casi por completo por el personal de enfermería, ya que la familia descargó en gran medida dichos cuidados. No obstante nos empeñamos en enseñar a la esposa las correctas técnicas para movilizar al paciente con el mínimo esfuerzo y así poder suplir los déficit del paciente. De la misma manera intentamos estimular al paciente para que ayudara en sus cuidados. Contactamos con la asistenta social a través de la supervisora para que se destinaran recursos sociales para la ayuda a la familia. Al alta se recomienda la prescripción o cambio de su actual carrito de ruedas por otro que se adapte mejor a sus nuevas necesidades y limitaciones de espacio en domicilio.

- **0015. Riesgo de estreñimiento R/C actividad física insuficiente, falta de intimidad, cambio de patrón…**
- **Escala de medida del indicador** 1 Extremadamente comprometida 2 Sustancialmente comprometida 3 Moderadamente comprometida 4 Levemente comprometida 5 No comprometida

NOC TRAS VALORACION INICIAL	INDICADORES	OBJETIVOS ESPERADOS	OBJETIVOS CONSEGUIDOS	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES POR NIC
0501. Eliminación intestinal.	– 01. Patrón de eliminación ERE. – 21. Eliminación fecal sin ayuda.	5 5	5 5	– 0450. Manejo del estreñimiento / impactación.	– Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento / impactación. – Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que pueden ser causa del estreñimiento o que contribuyan al mismo. – Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos a menos que esté contraindicado. – Instruir al paciente y familia sobre la relación entre dieta, ejercicio y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación. – Extraer la impactación fecal manualmente si fuera necesario. – Administrar laxantes o enemas si precisa, según prescripción.

Evolución: Desde el principio precisó la prescripción de laxantes y enemas ya que el paciente además de la escasa movilidad ha estado en tratamiento con opiáceos que han favorecido aún más su estreñimiento.

- **00118. Trastorno de la imagen corporal R/C efectos de la cirugía…**
- **Escala de medida del indicador** 1 Nunca positiva 2 Raramente positiva 3 En ocasiones positiva 4 Con frecuencia positiva 5 Constantemente positiva

NOC TRAS VALORACION INICIAL	INDICADORES	OBJETIVOS ESPERADOS	OBJETIVOS CONSEGUIDOS	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES POR NIC
1200. Imagen corporal.	– 03. Descripción de la parte corporal afectada. – 07. Adaptación a cambios en el aspecto físico.	4 4	5 3	– 1800. Ayuda al autocuidado	– Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes. – Animar al paciente a realizar actividades normales de la vida diaria ajustada al nivel de capacidad. – Observar la necesidad del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse y alimentarse. – Enseñar a padres / familia a fomentar la independencia para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.
1205. Autoestima.	– 02. Aceptación de las propias limitaciones. – 09. Mantenimiento del cuidado / higiene corporal.	4 4	4 3	– 3420. Cuidados del paciente amputado. – 5400. Potenciación de la autoestima. – 5220. Potenciación de la imagen corporal.	– Observar si hay dolor fantasma del miembro (ardor, calambre o escozor en el sitio donde se encontraba el miembro). – Explicar que el dolor fantasma puede comenzar varias semanas después de realizada la cirugía y que puede activarse por la presión en otra zona. – Realizar una persualización suave para proceder a ver la parte alterada del cuerpo. – Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar una situación. – Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. – Fomentar el aumento de responsabilidad de sí mismo, si procede. – Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos, – Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. – Ayudar al paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía si procede. – Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal, si procede.. – Observar si el paciente puede mirar la parte corporal que ha sufrido el cambio. – Determinar las percepciones del paciente y de la familia sobre la alteración de la imagen corporal frente a la realidad. – Determinar si un cambio de imagen corporal ha contribuido a aumentar el aislamiento social. – Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente.

Evolución: Ya en el momento del ingreso tanto el paciente como la esposa mostraron gran preocupación por el hecho de que el paciente fuera a perder su otra pierna. Remontar anímicamente a un paciente ya diagnosticado de depresión no fue tarea fácil y hemos de reconocer que la colaboración del Psiquiatra, al que se derivó mediante Hoja de Consulta, fue fundamental.

- **0015. Riesgo de caídas R/C estados postoperatorios, deterioro de la movilidad física, medicamentos…**
- **Escala de medida del indicador** 1 No adecuada 2 Ligeramente adecuada 3 Moderadamente adecuada 4 Sustancialmente adecuada 5 Completamente adecuada

NOC TRAS VALORACION INICIAL	INDICADORES	OBJETIVOS ESPERADOS	OBJETIVOS CONSEGUIDOS	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES POR NIC
1906. Conducta de seguridad: prevención de caídas.	– 01. Uso correcto de dispositivos de ayuda. – 20. Compensación de las limitaciones físicas.	4 4	5 3	– 6490. Prevención de caídas.	– Colocar los objetos y medios de solicitud de ayuda al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos. – Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa. – Utilizar la técnica adecuada para colocar y levantar al paciente de la silla de ruedas, cama, baño, etc. – Educar a los miembros de la familia sobre los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos.

Evolución: Se tomaron medidas como las barandillas en la cama para evitar caídas ya que algunas noches presentó cuadros de desorientación por el dolor y los opiáceos. Además se adiestro a la esposa en el uso del carrito de ruedas aunque esta ya tenía experiencia desde la 1ª amputación. Para levantarlo siempre se recurrió a la grúa para minimizar el riesgo de caída del paciente y de lesión del muñón.

- **00061. Cansancio en el desempeño del rol del cuidador R/C enfermedad crónica, crecientes necesidades de cuidados o dependencia, conflicto familiar…**
- **Escala de medida del indicador (1)** 1 Intensa 2 Sustancial 3 Moderada 4 Ligera 5 Ninguna
- **Escala de medida del indicador (2)** 1 Extenso 2 Importante 3 Moderado 4 Escaso 5 Ninguno

NOC TRAS VALORACION INICIAL	INDICADORES	OBJETIVOS ESPERADOS	OBJETIVOS CONSEGUIDOS	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES POR NIC
2203. Alteración del estilo de vida del cuidador familiar. **(1)**	– 05. Relaciones con otros miembros de la familia alteradas. – 09. Productividad laboral comprometida.	5 4	4 3	– 7040. Apoyo al cuidador principal. – 7140. Apoyo a la familia.	– Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. – Determinar la aceptación del cuidador de su papel. – Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. – Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo. – Escuchar las inquietudes, sentimientos y preguntas de la familia. – Favorecer una relación de confianza con la familia. – Reducir las discrepancias entre las expectativas del paciente, de la familia y de los profesionales de cuidados mediante el uso de técnicas de comunicación.
2208. Factores estresantes del cuidador familiar. **(2)**	– 01. Factores estresantes referidos por el cuidador. – 02. Limitaciones físicas del cuidador. – 04. Limitaciones cognitivas del cuidador.	4 4 5	4 4 5	– 7260. Cuidados intermitentes. – 7110. Fomento de la implicación familiar.	– Seguir la rutina habitual de cuidados. – Proporcionar cuidados como ejercicios, deambulación e higiene, si se requiere. – Informar al paciente / familia acerca de los fondos estatales disponibles para los cuidados intermitentes. – Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. – Apreciar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal. – Apoyar al cuidador principal en el aprovechamiento de oportunidades de servicios de relevo.

Evolución: La esposa como único apoyo del paciente, fue objeto prioritario de nuestra atención para reconducir su interés por la administración de cuidados al esposo. El éxito ha sido limitado y muy probablemente la asistencia social a la que se ha derivado, tenga que gestionar la ayuda precisa para aplicar cuidados intermitentes.

- **00146. Ansiedad R/C amenaza de cambio en: el estado de salud y el entorno**
- **Escala de medida del indicador:** 1 Nunca manifestado 2 Raramente manifestado 3 En ocasiones manifestado 4 Manifestado con frecuencia 5 Constantemente manifestado

NOC TRAS VALORACION INICIAL	INDICADORES	OBJETIVOS ESPERADOS	OBJETIVOS CONSEGUIDOS	INTERVENCIONES NIC	ACTIVIDADES POR NIC
1402. Control de la Ansiedad	– 04. Busca de información para reducir la ansiedad.	5	4	–5820. Disminución de la ansiedad.	– Proporcionar información objetiva respecto del diagnostico, tratamiento y pronostico. – Escuchar con atención. – Crear ambiente que facilite la confianza. – Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. – Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. – Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad si están prescritos.
	– 14. Refiere dormir de forma adecuada.	5	4	–7310. Cuidados de enfermería al ingreso.	– Presentarse a sí mismo. – Orientar al paciente / familiares / seres queridos en las instalaciones del centro. – Abrir Historia. – Revisar la Valoración Física al ingreso. – Mantener la confidencialidad de los datos del paciente. – Poner en práctica precauciones de seguridad si es el caso. – Establecer los diagnósticos de Cuidados de Enfermería – Notificar al medico el ingreso y estado del paciente. – Obtener las órdenes médicas sobre los cuidados a efectuar al paciente.
	– 17. Controla la respuesta de ansiedad.	5	4	–1850. Fomentar el sueño.	– Determinar el esquema de sueño – vigilia del paciente. – Incluir el ciclo regular de sueño– vigilia del paciente en la planificación de cuidados. – Ajustar el ambiente (luz, ruido, Tª, cama, colchón) para favorecer el sueño. – Ayudar al paciente a limitar el sueño durante el día disponiendo una actividad que favorezca la vigilia si procede.

Evolución: Evoluciona favorablemente.

Problemas de colaboración (I).

PROBLEMA DE COLABORACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES
Dehiscencia cutánea	– 3440. Cuidados del sitio de incisión	– Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración. – Tomar nota de las características de cualquier drenaje. – Limpiar la zona que rodea la incisión con una solución antiséptica apropiada. – Aplicar bandas o tiras de cierre, si procede. – Retirar las suturas, grapas o clips, si está indicado. – Aplicar un vendaje apropiado para proteger la incisión. – Enseñar al paciente y/o familia a cuidar la incisión, incluyendo signos y síntomas de infección.

PROBLEMA DE COLABORACIÓN	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	ACTIVIDADES
Infección	– 6650. Vigilancia – 3660. Cuidados de las heridas – 6540. Control de infecciones	– Igual que en el dolor – Despegar apósitos y limpiar restos de la herida. – Anotar características de la herida y cualquier drenaje producido. – Administrar cuidados de la úlcera dérmica, si es necesario. – Mantener técnicas de aislamiento, si procede. – Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. – Poner en práctica precauciones universales. – Usar guantes estériles, si procede. – Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas IV. – Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada. – Fomentar una respiración y tos profunda, si procede. – Fomentar una ingesta nutricional y de líquidos, si procede. – Administrar terapia de antibióticos, si procede.
Dolor	– 6650. Vigilancia	– Establecer la frecuencia de recogida e interpretación de datos, según lo indique el estado del paciente. – Vigilar signos vitales, si procede. – Comprobar nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes. – Iniciar y/o cambiar el tratamiento médico para mantener los parámetros del paciente dentro los límites ordenados mediante protocolos establecidos. – Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia. – Establecer la prioridad de las acciones en función del estado del paciente.
Hemorragia	– 4010. Precaución con Hemorragias – 3662. Cuidado de las Heridas: Drenaje Cerrado	– Vigilar de cerca al paciente por si se produce hemorragia. – Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. – Mantener reposos en cama durante la hemorragia activa. – Instruir al paciente y/o a la familia acerca de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas (avisar al cuidador) si se produjeran hemorragias. – Vaciar el sistema de drenaje de heridas cerradas de acuerdo con el procedimiento. – Registrar el volumen y las características del drenaje a intervalos adecuados. – Evitar acodar los tubos. – Eliminar los vendajes sucios, los suministros y el drenaje de manera adecuada.
Fiebre	– 6650. Vigilancia – 3740. Tratamiento de la Fiebre	– Igual que en dolor e infección – Tomar la temperatura lo más frecuente que sea oportuno. – Vigilar por si hubiera pérdida imperceptible de líquidos – Observar el color de la piel y la temperatura. – Comprobar la presión sanguínea, el pulso y la respiración, si procede. – Vigilar por si hubiera descenso de los niveles de conciencia. – Administrar medicación antipirética, si procede. – Administrar medicamentos para tratar la causa de la fiebre, si procede. – Administrar líquidos IV, si procede. – Controlar la temperatura de cerca para evitar hipotermias inducidas por el tratamiento.

EVOLUCIÓN GENERAL

Ha padecido dolor intenso durante su estancia hospitalaria tanto antes como después de la intervención, lo que le ha ocasionado tras la administración de analgésicos opiáceos, cierta desorientación temporo–espacial, insomnio, falta de apetito, incontinencias y agravamiento de su depresión. La familiar se ha visto enormemente afectada tanto física como emocionalmente.

Encamado, dependiente para todas sus necesidades físicas, requiere aseo diario en cama, hidratación de la piel, vestido y alimentación.

Aunque se pone en marcha el protocolo de prevención de UPP por detectarse alto riesgo mediante la escala Norton, y debido al agravante de ser doble amputado de MMII, desarrolló una úlcera por presión grado II que evoluciona favorablemente con las intervenciones realizadas.

El 23 de noviembre acudió a quirófano para amputación supracondilea de MII.

Ha tenido fiebre en el curso del postoperatorio, relacionada al parecer con una infección en tracto urinario (ITU) por el sondaje vesical. Mantiene canalizada vía venosa periférica con antibioterapia.

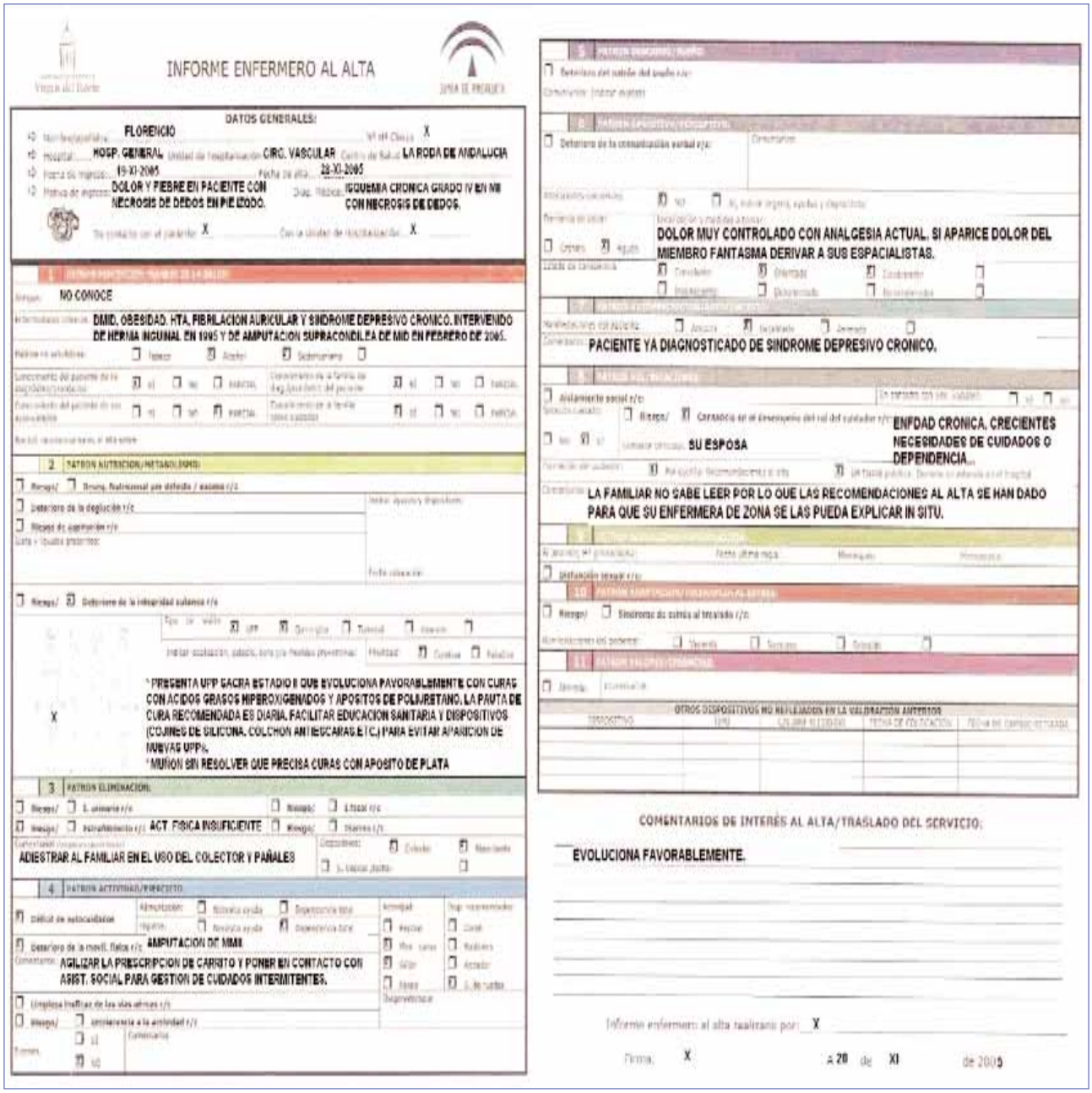
Se le colocaron barandas en la cama por riesgo de caída.

A pesar de traer desde quirófano un drenaje que se mantuvo durante 72 horas, la herida quirúrgica presentó un absceso que se drenó para lo cual hubo que abrir parcialmente el muñón manteniendo curas diarias con apósitos de plata.

Ha tenido una fuerte descompensación glucémica tras la intervención quirúrgica que ha requerido el incremento de las dosis de insulina.

Constantemente ha permanecido en posición de Fowler debido a que en el postoperatorio tuvo una descompensación de su cardiopatía que le ha originado disnea de reposo que además le hizo requerir oxigenoterapia.

Evaluación (Informe de Continuidad de Cuidados).



INFORME ENFERMERO AL ALTA

DATOS GENERALES:

FLORENCIO

HOSP. GENERAL — CIRC. VASCULAR — LA RODA DE ANDALUCIA

19-XI-2005 — 28-XI-2005

DOLOR Y FIEBRE EN PACIENTE CON NECROSIS DE DEDOS EN PIE IZQDO. — ISQUEMIA CRONICA GRADO IV EN MI CON NECROSIS DE DEDOS.

NO CONOCE

DMID, OBESIDAD, HTA, FIBRILACION AURICULAR Y SINDROME DEPRESIVO CRONICO. INTERVENIDO DE HERNIA INGUINAL EN 1995 Y DE AMPUTACION SUPRACONDILEA DE MID EN FEBRERO DE 2005.

2 PATRON NUTRICION/METABOLISMO

* PRESENTA UPP GRADO II ESTADIO II QUE EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE CON CURAS CON ACIDOS GRASOS HIPEROXIGENADOS Y APOSITOS DE POLIURETANO. LA PAUTA DE CURA RECOMENDADA ES DIARIA. FACILITAR EDUCACION SANITARIA Y DISPOSITIVOS (COJINES DE SILICONA, COLCHON ANTIESCARAS, ETC.) PARA EVITAR APARICION DE NUEVAS UPPs.
* MUÑON SIN RESOLVER QUE PRECISA CURAS CON APOSITO DE PLATA

3 PATRON ELIMINACION

ACT. FISICA INSUFICIENTE

ADIESTRAR AL FAMILIAR EN EL USO DEL COLECTOR Y PAÑALES

4 PATRON ACTIVIDAD/EJERCICIO

AMPUTACION DE MMII

AGILIZAR LA PRESCRIPCION DE CARRITO Y PONER EN CONTACTO CON ASIST. SOCIAL PARA GESTION DE CUIDADOS INTERMITENTES.

DOLOR MUY CONTROLADO CON ANALGESIA ACTUAL. SI APARICE DOLOR DEL MIEMBRO FANTASMA DERIVAR A SUS ESPACIALISTAS.

PACIENTE YA DIAGNOSTICADO DE SINDROME DEPRESIVO CRONICO.

SU ESPOSA

ENFDAD CRONICA, CRECIENTES NECESIDADES DE CUIDADOS O DEPENDENCIA...

LA FAMILIAR NO SABE LEER POR LO QUE LAS RECOMENDACIONES AL ALTA SE HAN DADO PARA QUE SU ENFERMERA DE ZONA SE LAS PUEDA EXPLICAR IN SITU.

OTROS DISPOSITIVOS NO REFLEJADOS EN LA VALORACION ANTERIOR

COMENTARIOS DE INTERÉS AL ALTA/TRASLADO DEL SERVICIO:

EVOLUCIONA FAVORABLEMENTE.

Informe enfermero al alta realizado por: X

Firma: X — A 28 de XI de 2005

Ha presentado estreñimiento durante su estancia requiriendo modificaciones de la dieta, laxantes y enemas rectales.

Ha manifestado empeoramiento de su estado depresivo por su nueva situación tras la amputación.

Es dado de alta el 28 de noviembre para seguimiento por la Unidad Hospitalización Domiciliaria.

Resultados de Test y Encuestas aplicadas.

- "***Escala de Norton" de Valoración del Riesgo de Úlceras por Decúbito*** de 13 ptos. el día del ingreso y de 9 ptos. el día de su intervención quirúrgica (Alto Riesgo).

- ***Test de Evaluación Nutricional "Mini Nutricional Assessment" MNA*** 18 (Riesgo de Malnutrición).

- ***Escala de Valoración del Nivel de Autonomía para las Actividades de la Vida Diaria (AVD)*** "***Índice de BARTHEL"*** de 10 (Falta de Autonomía).

- ***Escala de Riesgo de Caídas Múltiples*** de 10 ptos. (Riesgo Mayor de Caídas Múltiples).

- ***Cribado del deterioro cognitivo "Test de Pfeiffer" versión española*** de 4 ptos. (Sospecha de Deterioro Cognitivo).

- ***Entrevista sobre la carga del cuidador, "Cuestionario de Zarit"*** (Sobrecarga Intensa).

- ***Escala de Depresión Geriátrica "Test de Yesavage"*** de 10 ptos. (Depresión Moderada).

- ***"Cuestionario del Dolor Español"*** de 5/5 al ingreso disminuyendo hasta 2/5 al alta.

- ***Cuestionario de Apoyo Social Percibido o Funcional, "Cuestionario de Duke UNC"*** (Apoyo Normal)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al finalizar la realización de este trabajo nos hemos planteado la importancia que la información tiene para nuestra profesión en una unidad de hospitalización. El registro de la información enfermera y de la valoración del afrontamiento familiar es de una ayuda inestimable a la hora de aplicar el plan de cuidados.

De igual manera el registro para la continuidad de cuidados se nos antoja de vital importancia ya que el alta hospitalaria de un paciente, en la mayoría de los casos, no supone el fin del proceso de su atención sanitaria. Es por tanto un instrumento para la mejora continua de los procesos asistenciales, pudiéndose abordar dichos procesos de forma integral.

Sin olvidar que todo ello va encaminado a facilitar la reincorporación del paciente a su entorno lo antes posible y en las mejores condiciones y esto entendemos que es obligación de la enfermería hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA

(1) LEFEVRE, M.; DUPUIS, A. (1995). Juicio clínico en cuidados enfermeros. Masson, Barcelona.

(2) NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2003-2004.Madrid: Elsevier, 2003.

(3) Ortega C: Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virgina Henderson. Revista Mexicana de Enfermería. 2001; 9(1-4) 18-23.

(4) Martinez de la Iglesia J. Dueñas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clinica (Barcelona) 2001 Jun 30;117 (4): 129-34.

(5) Baztan JJ, Pérez de Molino J, Alarcon T, San Cristobal E, izquierdo G, Manzarbeitia I. Indice de barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermad cerebrovascular. Rev Esp. Geriatria Gerontol. 1993;28: 32-40.

(6) Norton D, McLauren R, Exton-Smith AN. An Investigation ofGeriatric Nursing problems in Hospital London; Churchill Livistong;1962:193-224.

(7) Guigoz Y Velias B garry PJ 1994. Mini Nurtitional Assessment; a practical assesment tool for grading the nutricional state of elderly patienst. Facts res Gerontol 1994;12 (supl 2):15-59.

(8) Ruiz López R, Pagerols M, Colado A. 1993. Cuestionario del dolor en español: resultados de su empleo sistematizado durante el periodo 1990-93. Dolor. 11S

(9)Tromp AM et al. Fall–risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community–dwelling elders. J Clinical Epidemiology 2001; 54: 837-844.

(10) Brink TL, Yesavage JA, Lum O et al. Screening test for geriatric depression. Clin Gerontol 1982; 1:37-43.

(11) Zarit Sh, Reever KE, Bath–Peterson J. Relatives of impaired elderly: correlates of feeling of burden. Gerontologist 1980; 20: 649-654.

(12) De la Revilla L., Bailon E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. Atención Primaria, 1991;8: 688-92.

(13) McCloskey JC, Bulecheck GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Elsevier Science 2002

(14) Johnson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de Resultados de Enfermería. Elsevier Science 2002

(15) McCloskey JC, Bulecheck GM, Johnson M, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelación NANDA, NOC y NIC. Harcourt 2002.

MUJERES USUARIAS DEL IMPLANTE SUBCUTÁNEO EN UNA POBLACIÓN DE EXCLUSIÓN SOCIAL DE UN CENTRO DE SALUD DE SEVILLA

- María José Espinaco Garrido (1)
- José Román Oliver (1)
- María Isabel Beltrán García (1).
- Ana Mª Romero Briosos (2).
- Vanesa Domínguez Úbeda (3),
- Patricia Ávila Pecci (3)

1. Matrona de Atención Primaria. Distrito Sanitario Sevilla.
2. Enfermera. Centro de Salud Polígono Norte, Sevilla.
3. Médico Residente de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro de Salud Pino Montano B de Sevilla.

Presentado como Poster en V Congreso de la Sociedad Andaluza de Contracepción. Córdoba 2009

Resumen

La elección de la descendencia es uno de los derechos humanos más respetado por los principios de la planificación familiar a nivel mundial. Nos permite elegir el número de hijos que queremos tener, aumentar las tasas de supervivencia infantil, sobre todo en los países desarrollados y mejorar la salud materna de forma integral. En España se despenalizó el uso de los métodos anticonceptivos mediante una ley el 11 de Octubre del año 1978 y desde entonces, ha habido un aumento progresivo del uso de los mismos entre la población de mujeres en edad fértil. A lo largo de los años han aparecido en España y en el resto de países desarrollados otros métodos anticonceptivos que han ido ganado a los expuestos por mayor aceptabilidad, mayor comodidad, y sobretodo por evitar olvidos de una toma o del uso del preservativo como pueden ser DIU, anillo vaginal, parches dérmicos e implantes subdérmicos. El Distrito Sanitario Sevilla ha promovido la utilización del implante subdermico especialmente destinado a una población concreta, la de exclusión social, presente en ciertas áreas de la ciudad como la del barrio de "el Vacie". El implante subcutáneo es uno de los métodos anticonceptivos más eficaces (índice de Pearl de 0.08). Constituye una buena alternativa en mujeres que pueden presentar un difícil cumplimiento de otros métodos. Desde la implantación de este método en esta zona, queremos conocer el perfil de las usuarias y los motivos que influyen en su elección.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Método anticonceptivo.
- ✔ Implantes subcutáneos contraceptivos.
- ✔ Población de exclusión social.
- ✔ Motivos de elección.

INTRODUCCIÓN

La planificación familiar se fundamenta en el derecho de los padres a determinar libre y responsablemente el número y espaciado de sus hijos, y en la información y medios para hacerlo. Reconocida como un derecho humano por primera vez en 1968 en la Conferencia de Derechos Humanos y aprobada y refrendada en las Conferencias Mundiales de Población (Bucarest-1974 y Mexico-1984). La elección de la descendencia es uno de los derechos humanos más respetado por los principios de la planificación familiar a nivel mundial. Nos permite elegir el número de hijos que queremos tener, aumentar las tasas de supervivencia infantil, sobre todo en los países desarrollados y mejorar la salud materna de forma integral.

En muchos países la vía más rápida para la planificación familiar es la utilización de la red primaria de asistencia de salud. Para esta mejor aceptación social de los programas se precisa que los servicios sean de cierta "calidad" pues la planificación suele estar marcada por connotaciones emocionales, sociales y religiosas, y una deficiente difusión de métodos y técnicas tendría consecuencias negativas. La diversificación de métodos permite aumentar las posibilidades de elección por

parte del usuario, que es uno de los objetivos de toda planificación familiar.

A pesar de todos los datos beneficiosos de la instauración de los métodos anticonceptivos en la población general aún existen limitaciones al respecto, por ello, en España se despenalizó el uso de los métodos anticonceptivos mediante una ley el 11 de Octubre del año 1978 y desde entonces, ha habido un aumento progresivo del uso de los mismos entre la población de mujeres en edad fértil.

Los retos anticonceptivos que se plantean en España son: equidad en la información y prestación de anticonceptivos, solidaridad en los sectores más desprotegidos, generalización y perfeccionamiento de la educación sexual, mejora de las características de los métodos anticonceptivos (médicas y de uso), normalización legal de las IVEs, normalización y equidad de la anticoncepción de urgencia y superación del aumento constante de embarazos no deseados en adolescentes y jóvenes. Se necesita una promoción de discriminación positiva en las economías más débiles y facilitación de acceso a la prestación de asesoramiento y a los métodos anticonceptivos.

La elección de un método determinado por una población de mujeres en edad fértil depende de muchos factores siendo los principales aquellos relacionados con la accesibilidad y la información que se posea sobre ellos. Otro factor que se modifica en función del país es el objetivo anticonceptivo, en los países desarrollados y en vías de desarrollo se basa en la reducción significativa de los casos de interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

En el año 2003 solo un 28,8% de las mujeres españolas en edad fértil no utilizaba ningún método anticonceptivo muy similar al resto de países europeos como Francia, Alemania, Italia y Gran Bretaña. En España en el 2003 el método anticonceptivo más utilizado con un 35,7% equivale al preservativo y coincide en el tiempo con la realización campañas con mayor intensidad de promoción de este método anticonceptivo. Los siguientes métodos más usados en la población española fueron la píldora y la vasectomía con un 18,3% y 6,9% respectivamente.

A lo largo de los años han aparecido en España y en el resto de países desarrollados otros métodos anticonceptivos que han ido ganado a los expuestos por mayor aceptabilidad, mayor comodidad, y sobretodo por evitar olvidos de una toma o del uso del preservativo como pueden ser DIU, anillo vaginal, parches dérmicos e implantes subdérmicos de levonorgestrel. (implanon).

El Distrito Sanitario Sevilla ha promovido la utilización del implante subdermico especialmente destinado a una población concreta, la de exclusión social como corresponde al barrio de el Vacie.

El problema del chabolismo en Sevilla tiene una significación especial, seguramente porque en nuestra ciudad el asentamiento más antiguo de Andalucia, el Vacie y uno de los más extensos. Viven en él aproximadamente unas 800 personas en unas condiciones de marginación social y por lo tanto poco dignas, carecen de muchos servicios fundamentales y en definitiva al acceso a los recursos (incluido el sanitario) en igualdad de oportunidades. El Plan Andaluz de Inclusión Social establece entre otros objetivos, la prestación de atención sociosanitaria a las personas en situación de dependencia.

Predomina una tipología familiar de tipo patriarcal, extensa y en su mayor parte menores de edad. De etnia gitana, tanto de origen español como portugués. El 92% se encuentran en situación de pobreza severa y el 70% de la población activa son parados de larga duración.

La mujer padece una particular exclusión, debido entre otros a la aceptación de los malos tratos como parte de la relación normal de la pareja e integrados y aceptados por la comunidad. La prole pertenece al clan paterno y no a la familia nuclear por lo tanto toda acción emprendida bajo el uso de la policía o asistencia del entorno inmediato es considerada como un contravalor por parte de la comunidad y motivo de aumento de la exclusión.

Debido a ello, queremos estudiar la introducción de este método contraceptivo en este tipo de población mediante el perfil de las usuarias y los motivos que más influyen en la elección del mismo, dentro programa de planificación familiar, en un centro de salud de Sevilla que cuenta con una población de estas características. Que se convierten los objetivos del estudio:

1. Conocer el perfil de las usuarias de este método.

2. Distinguir los motivos más influyentes en su elección.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo y observacional en mujeres en edad fértil pertenecientes a la población del Vacie. En dos fases, primera: dos charlas informativas sobre el método (realizada por los autores y con un guión establecido) y segunda, en la cita para la colocación de los implantes, durante los meses de Enero y Febrero de 2009, realizando una encuesta en el momento posterior a la inserción del implante subcutáneo.

La asignación de casos se llevó a cabo en mujeres en edad fértil (de 15 a 40 años) que pertenecen a la población de exclusión social del barrio del Vacie de Sevilla y que en la actualidad no utilicen ningún método anticonceptivo y a las que se les implanta el dispositivo subdérmico (Implanon® implante subdérmico con 68 mg de etonogestrel como principio activo) de desde Enero hasta Febrero de 2009 (ver anexo).

El ámbito del estudio se determina en la Consulta de la matrona y de planificación familiar del centro de salud de Pino Montano B de Sevilla. Y la población comprende todas las mujeres a las que se le colocó un implante subcutáneo contraceptivo durante ese periodo de tiempo.

Para la recogida de datos previamente en la primera fase se realizó una citación de las usuarias para las charlas informativas sobre el método para asegurarnos la adecuada compresión del mismo y sus posibles dificultades. En la segunda se recogieron los datos de las usuarias a través de un cuestionario donde se recogerán todas las variables sociodemográficas y relacionales descritas anteriormente y completada con el libro de registro de los implantes hormonales. Se anotaron en la historia clínica de la usuaria y en libro de registro del consentimiento informado, el número de lote del implante insertado, la fecha de inserción y el brazo. Se utilizó como base de datos el programa Diraya.

Los criterios de inclusión:

- Mujeres en edad fértil entre 15 y 40 años de la población del Vacie que acudan a la consulta de la matrona y/o de la consulta de planificación familiar del centro de salud de Pino Montano B.
- Que entiendan el idioma castellano.
- Que no presenten patología física o psíquica alguna.
- A las que se les inserte el implante subcutáneo.

Los criterios de exclusión:

- Embarazadas.
- Que presenten un sangrado vaginal no diagnosticado.
- Con trastornos tromboembólicos venosos activos.
- Que padecen tumores progestágenos-dependientes.
- Mujeres que presenten alteraciones hepáticas graves.
- Mujeres que realicen tratamiento con inductores enzimáticos (fenitoína, rifampicina, carbamazepina, griseofulvina).
- Que presenten otras contraindicaciones a la inserción del implante subcutáneo contraceptivo.

Las variables (independientes) sociodemográficas:

- Edad.
- Situación familiar (pareja o no pareja).
- Situación laboral.
- Nivel de estudios.
- Número de hijos.
- Número de abortos.
- Edad del primer hijo.
- Utilización de método anticonceptivo.
- Tipo de método anticonceptivo usado.
- Información sobre el implante subcutáneo.
- Conocimiento sobre el implante subcutáneo.
- Dolor en la inserción.

Las variables (dependientes) relacionadas con la elección del método:

- Fácil de usar.
- Eficacia o seguridad.
- Efectos secundarios.
- Interferencia en las relaciones sexuales.
- Coste económico.
- Pautas de uso o comodidad.
- Otros motivos.

Análisis de los datos. (Gráfica 1).

Se ha utilizado un nivel de confianza del 95%, con una cota máxima de error del 5% y como peor valor o más desfavorable p> 50%. Para la explotación de los datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS 15.0 para Windows.

RESULTADOS

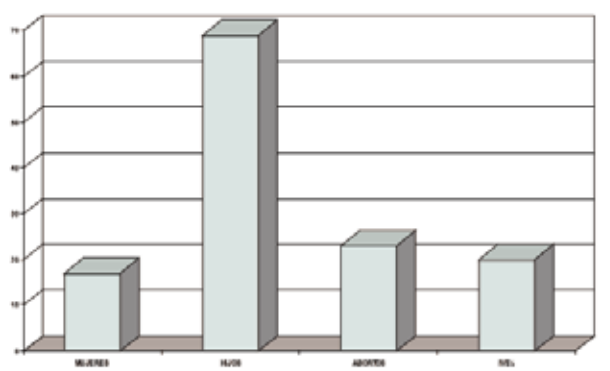
Perfil de las usuarias.

- Se colocan 17 implantes subcutáneos durante los meses de Enero y Febrero de 2009.
- La edad media de las usuarias es de 24,58 años, en un rango de 19 a 36 años.
- Todas viven en pareja.
- Ninguna trabaja fuera de casa.
- El 94.20% se declaran analfabetas y el 5.50% primarios sin finalizar.
- La media del números de hijo se ha situado en el 4.05%
- La media de abortos de 1.57 de los que el 86.95% son IVEs.
- La media de edad del primer hijo es de 15.72 años.
- El 5.82% ha utilizado alguna vez un método anticonceptivo.
- Todas manifiestan tener información sobre el implante subcutáneo (hay que tener en cuanta que se les ha dado dos charlas pre-implantación).
- También todas refieren tener conocimiento sobre el método subdérmico (antes de insertarlo se les debe proveer de este conocimiento, así se ha realizado y se les ha pedido la firma del consentimiento informado).
- El 08.24% ha manifestado dolor a la inserción.

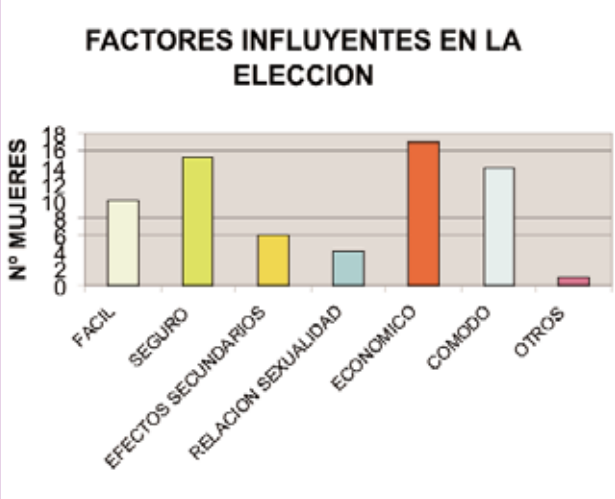
Motivos de elección. (Gráfica 2).

- El 58.82% de las mujeres lo escogen por su facilidad de uso.
- Un 88.23% piensan que es muy seguro y por eso lo eligen.

- El 35.29% hacen su elección en relación a los efectos secundarios.
- Un 31.48% por su relación con la sexualidad.
- Todas lo eligen por motivos económicos.
- La mayoría por comodidad de uso.
- Solo el 7.73% lo prefiere por motivos varios.



PERFIL DE LAS USUARIAS



CONCLUSIONES

No se ha encontrado relación estadísticamente significativa en la comparación de variables. Por lo que las características sociodemográficas parecen no haber influido en la toma de decisión sobre la utilización de este método o no.

El perfil de las usuarias corresponde a una zona de exclusión social donde casi todas son analfabetas, tiene un alto número de embarazos, hijos y abortos (de los que el porcentaje de IVEs es muy alto también) y con una media de edad para el primer hijo muy baja, posiblemente derivado de su situación social y económica, y matizado por sus marcadores culturales específicos (todas son de etnia gitana) que las sitúa en una vulnerabilidad extrema y un permanente riesgo sociosanitario, con la necesidad de actuaciones singulares por parte de los profesionales sociales y sanitarios.

El motivo de elección del método viene condicionado por las charlas preimplantes y dentro de ese tipo de actuaciones especiales. Pero no coincide cuando se compara con otros estudios de poblaciones diferentes, en nuestro caso se inclinan más por la economía, seguridad y comodidad, sin embargo en otras poblaciones está más determinado por la seguridad y eficacia.

La implantación de este método de forma gratuita en este tipo de poblaciones puede representar una buena medida para la evitación de embarazos no deseados, IVEs y número de hijos.

BIBLIOGRAFIA

1. Puyol R. et al. Los grandes problemas actuales de población. Ed. Sintesis. Madrid. 1993.

2. Libro blanco de anticoncepción en España. Sociedad española de contracepción con la colaboración de la federación de Planificación Familiar de España. 2005.

3. Anticoncepción en Sexología educativa. 20 de Diciembre 2004. www.geomundos.com/salud/sexología/ anticonceptivos

4. Informe sobre métodos anticonceptivos. 18 de octubre de 2007. www. pablogarin.com/ 2007/10/18.

5. Perez Campos E, Lete Lasa I. Metodos anticonceptivos. Bases fisiológicas. Manejo Clinico. Fundación Española de Contacepción. 2008.

6. Cortés Alfaro A, Marleidys Fiffe Y, García Roche R, Mezquía Valera A y Pérez Sosa D. Características sociodemográficas y del comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes y jóvenes. Rev Cubana Med Gen Integr va.23 n.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2007.

7. Power J, French R, Cowan F. Anticonceptivos implantables subdérmicos versus otras formas de anticonceptivos reversibles como métodos eficaces de prevención del embarazo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [Acceso Septiembre 2008] Disponible en: http://www.update-software.com.

8. Benagiano G, Gabelnick H, Harris F. Contraceptives device: subcutaenous delivery system. Expert Rev.Med. Devices 2008 Sept 5(5) 623-37.

9. Moher D, Sculz KF, Altman DG. The consort statement. Lancet 2001; 357 (9263): 1191-4.

10. Contraceptive implants come to age. World Health Organisation . WHO 2003. [Acceso Septiembre 2008] www. Who.int/reproductive- health/ hrp/progress/61/news61/htm.

11. Urbancsek J. An integrated analysis of nonmentrual adverse events with implanon. Contraception 1998; 56 (6s) 99s-114S.

12. Affandi B. An integrated analysis of vaginal bleeding patterns in clinical trials of implanon. Contraception 1998;58 (6s) 99S-107S.

13. Mascarenhans L. Insertion and removal of implanon. Contraception 1998; 58 (6s); 79S-84s).

14. Sivin I, Mishell D, D.R Jr, Darney P et al. Levonorgestrel capsule implants in the united states. Obstret Gynecol 1998;92:81-94.

15. Coukell AJ, Balfour JA. Levonorgestrel subdermal implants. A review of contraceptive efficacy and acceptability. 1998 Jun;55(6):861-87.

16. Cravioto M, Alvarado G, et al. Multicenter comparative study on the efficacy, safety, and acceptability of the contraceptive subdermal implants Norplant and Norplant-II._1997 Jun;55(6):359-67.

17. Flores JB, Balderas ML, Bonilla MC, Vázquez-Estrada L. Clinical experience and acceptability of the etonogestrel subdermal contraceptive implant. 2005 Sep;90 (3) :228-33.

18. Lipetz C, Phillips C, Fleming C. Actual cost of providing long-acting reversible contraception: a study of Implanon cost.. 2009 Apr;35(2):75-9.

19. Lipetz C, Phillips CJ, Fleming CF. The cost-effectiveness of a long-acting reversible contraceptive (Implanon) relative to oral contraception in a community setting. 2009 Apr;79(4):304-9. Epub 2008.

20. Adams K, Beal MW. Implanon: a review of the literature with recommendations for clinical management. 2009 Mar-Apr;54(2):142-9.

21. Graesslin O, Korver T. The contraceptive efficacy of Implanon: a review of clinical trials and marketing experience. 2008 Jun;13 Suppl 1:4-12.

ANEXO

COLOCACIÓN DEL IMPLANTE SUBDÉRMICO

La inserción del implante debe realizarse en condiciones asépticas, con la paciente en decúbito supino y en el brazo no dominante extendido y con el codo flexionado.

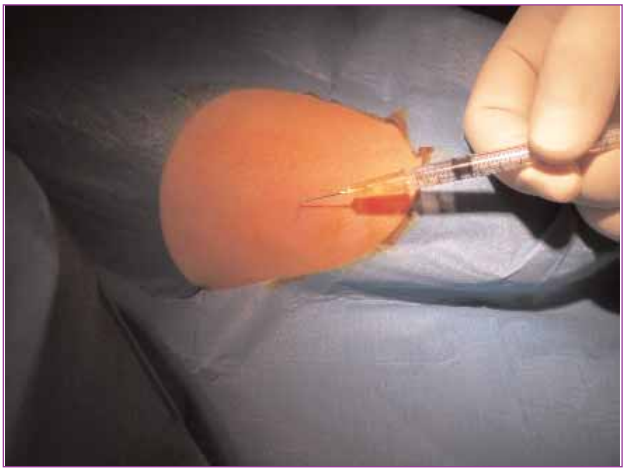
Se colocará en la cara interna a unos 8-10 cm por encima del epicóndilo medio del húmero, con su aplicador y subdérmico (debajo de la piel). Se marca el lugar de la inserción, se aplica un desinfectante y se administra anestésico (lidocaína al 1%).

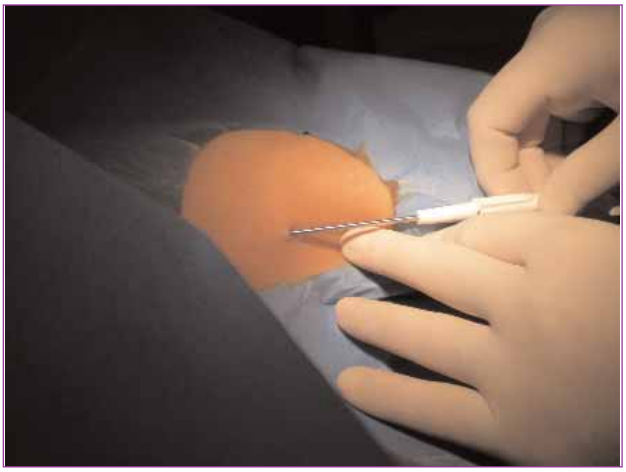
Se extrae el aplicador, comprobando que tiene dentro de la aguja el implante, que aparece como un pequeño cilindro blanco (sin bajar el aplicador, pues se puede salir el implante).

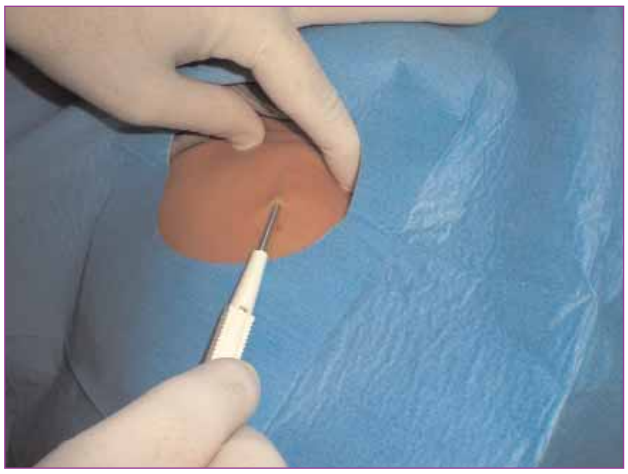
Se debe estirar la piel alrededor del lugar de la inserción. Introducir primero la punta de la aguja con una inclinación de unos 20º y después se pone horizontal y se libera la piel y se va insertando la aguja en toda su longitud justo debajo de la piel (no debe insertarse muy profundo). Se rompe el precinto del aplicador y se gira el obturador 90º. Con una mano se fija el obturador y con la otra se estira hacia atrás lentamente la cánula (proceso inverso al de administrar una inyección). Comprobar que el implante ya no aparece por la aguja, aunque si será visible la punta ranurada del obturador.

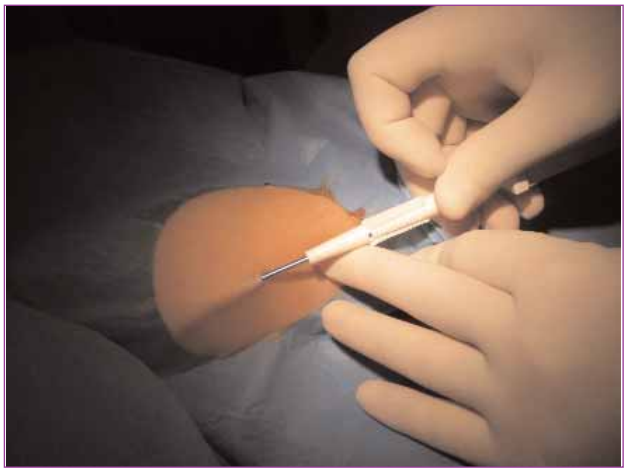
Verificar siempre la presencia del implante bajo la piel por palpación y hacer que la mujer lo palpe también. Y se aplicará una gasa estéril y vendaje compresivo para evita la aparición de hematomas.

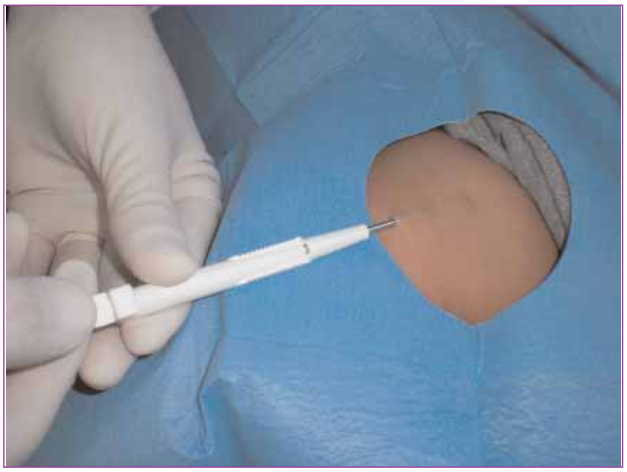
Se terminará con las recomendaciones necesarias para su cuidado y revisiones y se cumplimentará los datos y la tarjeta de la usuaria que se entregará a la mujer.

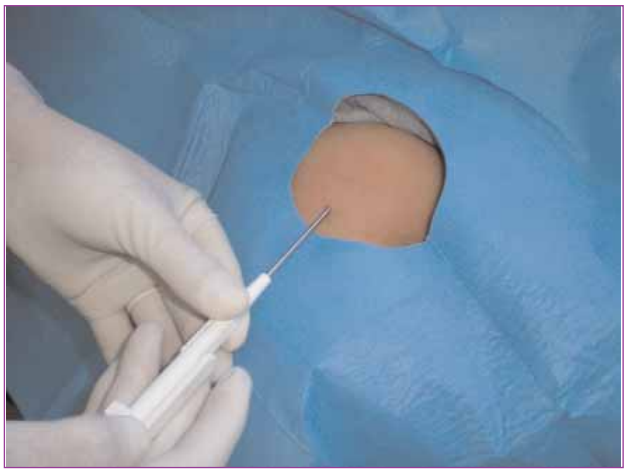












ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE LA OBSTRUCCIÓN DE LA CÁNULA EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS

- **Nieves Oropesa Pazo.**
- **Encarnación Pozo Gómez.**

D.E. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla
D.E. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla

Resumen

Durante todo el periodo en el cual, el paciente permanece traqueostomizado, puede manifestar gran cantidad de complicaciones. Es por esto, que enfermería juega un papel muy importante en los cuidados de las traqueostomias, ya que se requiere de habilidades especializadas en la realización de estos mismos, para actuar de manera eficaz y rápida ante situaciones emergentes.

En este estudio hemos recopilado las complicaciones más frecuentes (figura 2) que se producen en los pacientes traqueostomizados una vez estabilizados y ya en planta hospitalaria, siendo la obstrucción de la cánula por tapón mucoso la causa más importante y frecuente.

La actuación de enfermería tanto en su profilaxis como en una intervención adecuada, resulta fundamental para evitar consecuencias graves, por lo que se ha intentado recopilar las soluciones que pueden ser más eficaces.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Traqueostomia
- ✔ Secreciones
- ✔ Obstrucción
- ✔ Tapón mucoso
- ✔ Mucoliticos
- ✔ Cánula

INTRODUCCIÓN

La permeabilidad de la vía aérea es indispensable para la vida y la preservación de la función. Cuando se ve comprometida por diferentes procesos patológicos que, en forma súbita o paulatina, impiden la respiración, o ante la imposibilidad de hacer penetrar el aire por las vías naturales, se recurre a la traqueostomia como medio para solucionar el problema obstructivo. (Figura 1).

La traqueostomia es una intervención muy conocida desde la antigüedad, ya en los tratados médicos más antiguo se hace referencia a las traqueostomías, como en el Papiro de Eber de los egipcios (1500 a. de C.) y el Rig veda, de la época Hindú (1000 a. de C.) Según cuentan leyendas de la época, Alegrando Magno salvó la vida a uno de sus soldados, que se asfixiaba tras la aspiración accidental de un hueso, incidiéndole la tráquea con su espada. Acquapende (1537-1619) describe claramente el procedimiento de una traqueostomia. Así como en otros muchos casos se ha hecho referencia de dichas prácticas, pero hasta mediados del siglo XIX, y a causa de la terrible epidemia de difteria, que asoló Europa y Estados Unidos, la traqueostomia no se puso en práctica de manera generalizada, demostrando su utilidad, e incorporándose al arsenal de las técnicas quirúrgicas de empleo regular en la Medicina Moderna.

La traqueostomia consiste en comunicar el exterior (medio aéreo) con la luz traqueal, generalmente a nivel de parte baja y medial del cuello (entre el 2º y 4º anillo traqueal). Seguidamente de la colocación de la cánula, con el fin de eludir las vías respiratorias.

INDICACIONES

- Obstrucción de la vía aérea.
- Manejo de secreciones
- Intubación y ventilación mecánica
- Reducción del espacio muerto en I. respiratoria
- Apnea obstructiva del sueño
- Síndrome de Pickwick

Figura I. Indicaciones de las traqueostomias.

ENFISEMA SUBCUTÁNEO CERVICAL	Se debe a la disección de los tejidos cervicales por el aire que se escapa alrededor del balón intratraqueal.
HEMORRAGIA	Debido a la presencia de granulomas peritraqueoestómicas o erosiones traqueales secundarias a aspiraciones frecuentes.
INFECCIÓN	Las secreciones se tornan espesas y malolientes
DISNEA	Debido a la formación de un tapón mucoso dentro de la cánula o la formación de tejido de granulación en la punta de la cánula.
FÍSTULA TRAQUEOESOFÁGICA	Debido a la necrosis isquémica en la pared posterior traqueal en pacientes que han llevado una cánula con balón inflado durante un largo periodo de tiempo.
ESTENOSIS LARINGEOTRAQUEALES	Debido a lesión de los cartílagos laríngeos, tiroides o cricoides, por depresión pared anterior traqueal por efecto de la presión mantenida de la cánula y colapso de las paredes laterales de la tráquea por deficiencia estructural cartilaginosa.

Figura II. Complicaciones más frecuentes de las traqueostomias.

OBJETIVOS

Detectar los problemas más frecuentes en los pacientes traqueostomizados una vez estabilizado en planta. (Figura II).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo en la unidad de Medicina Interna de un hospital comarcal perteneciente a la provincia de Sevilla, de 7 casos de pacientes traqueostomizados independientemente del grupo etario y sexo, en el periodo de un año (octubre 2006-noviembre 2007). La mayoría de ellos precisaron ser traqueostomizados por ventilación mecánica prolongada.

RESULTADO

Tras la recogida de datos se detecta que las complicaciones más frecuentes de los pacientes traqueostomizados, una vez en planta son:

Infecciones: 3 de los 7 casos presentaron en algún momento infección por Pseudomonas, 3 por Marsa, 1 por Acinetobacter y 2 E.Coli.

Obstrucción de la cánula por formación de tapón mucoso, que se ha dado en el 100% de los casos.

DISCUSIÓN

En el paciente traqueostomizado suele haber abundantes secreciones traqueobronquiales que el paciente podrá expulsarlas por sí sólo a través de la tos. Si la densidad y viscosidad del moco es elevada y es incapaz de expectorar, le ayudaremos por medio de aspiraciones traqueales.

En ocasiones el acumulo de moco, junto con los micro sangrados de la mucosa a consecuencia de las aspiraciones reiteradas, llega a formar un tapón mucoso que obstruye la luz traqueal. Aparece distrés respiratorio acompañado de un silbido característico con la respiración y se observa un mínimo flujo de aire.

* PROFILAXIS PARA EVITAR LA FORMACIÓN DE TAPÓN MUCOSO

Hidratación del paciente

El mejor fluidificante de las secreciones bronquiales será el mantenimiento de una adecuada hidratación del paciente, puesto que una mucosidad pobre en agua es difícil de expectorar y formar taponamientos.

Para ello, el paciente debería tomar de 2 a 3 litros de agua ya sea por vía oral o sonda nasogástrica, o sueroterapia por vía intravenosa, si no existe ninguna otra contraindicación médica como es el caso de la insuficiencia renal, insuficiencia cardiaca congestiva, edema pulmonar, ictus o traumatismos craneales que pueden presentar un aumento de la presión intracraneal.

Humidificación del medio ambiente.

Una humedad adecuada del medio ambiente es de gran importancia, ya que la calefacción y acondicionadores, resecan el aire y descompensan el grado de humedad. Si a esto le añadimos la eliminación de las funciones fisiológicas de la nariz, puesto que el paciente respira directamente por la tráquea, estamos favoreciendo la aparición de tapones mucosos.

Para compensar estos efectos, utilizaremos generalmente aerosoles, manteniendo las secreciones del paciente fluidas, pudiendo movilizarse con facilidad y evitándose así su acumulo.

Fisioterapia respiratoria

Se realiza a través de técnicas como el drenaje postural, percusiones y vibraciones, ejercicios respiratorios, maniobras expectorantes (tos). También es importante que el paciente cambie de posición frecuentemente en la cama, así como indicarle que respire profundamente para evitar complicaciones pulmonares. Dependiendo del nivel de actividad del paciente, resulta conveniente que camine durante 5 minutos cada hora.

Tratamiento con mucolíticos

Los mucolíticos son fármacos que disminuyen la hiperviscosidad de las secreciones, mejoran la actividad ciliar y regulan la secreción de mucosidad. Según su acción mucocinética, puede clasificarse como: mucolíticos, mucoreguladores y secretomotores.

* ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE TAPÓN MUCOSO

Se tendrá a mano todos los objetos que vayan a ser necesarios: rinoscopio (para abrir el estoma), aspirador, sonda de aspiración flexible, fluidificantes del moco (Fluimucil, Mucofluid) e iluminación adecuada.

Se retirará el macho, y si la disnea continúa se retirará la cánula, pues en la mayoría de los casos el tapón se encuentra dentro de ella.

Antes de la retirada de la cánula completa y una vez retirada la cánula macho, si aún persiste la disnea y no expulsa el tapón mucoso con la tos, instilaremos unas gotas de suero fisiológico o Mucofluid/Fluimucil a través del traqueostoma. El paciente toserá expulsando el tapón o bien aspirándoselo nosotros mismos. En ocasiones es preciso repetir la operación varias veces hasta que lo expulsa.

En otras ocasiones, si con los pasos a seguir anteriores no expulsa el tapón mucoso se procede a la retirada de la cánula completa. Se colocará el rinoscopio en el estoma para mantenerlo abierto, introduciendo una sonda para aspirar. En estos momentos el paciente suele toser y agitarse por el estímulo de la manipulación de la traquea. Se debe mantener calma y sostener el rinoscopio abriendo el traqueostoma. Si no expulsa el tapón con la tos, se procede a los pasos anteriores, instilaremos unas gotas de suero fisiológico o Mucofluid/Fluimucil a través del traqueostoma.

Si el paciente hace tapones con frecuencia será necesario administrar aerosoles fluidificantes del moco y suero fisiológico, cada 8 ó 6 horas.

CONCLUSIONES

La abertura de la traquea implica una modificación de la mucosa traqueal (destrucción de los cilios vibrátiles, metaplasma escamosa) e infección de la misma. Estos dos fenómenos predisponen la acumulación de secreciones, que producen tapones traqueales.

Para reducir al mínimo los efectos de estas modificaciones se realizan cuidados especializados por parte de enfermería como son:

- Humidificación: se consigue a través de aerosoles.
- Higiene diario del orificio cutáneo de la traqueotomía: para evitar la maceración y la acumulación de secreciones alrededor del orificio. La frecuencia con la que se debe limpiar al cabo del día, dependerá de la cantidad de mocos que presente el paciente.
- Aspiraciones traqueales. (Figura nº 1)
- Cambio de cánula: dependiendo de la importancia de las secreciones y los procesos infecciosos.

De vital importancia destacar que tras la resolución de las complicaciones de las traqueostomías de los 7 casos de pacientes de nuestro estudio, 5 fueron decanulado con éxito.

BIBLIOGRAFIA

1. Nursing Photobook. Cuidados intensivos. Ediciones Doyma. 1.987. Pág. 38-42.

2. Técnicas de enfermería clínica. Editorial Interamericana. Madrid 1.999

3. Traqueotomía en intubación. En Otorrinolaringología. Abelló, P. y Traserra, J.
Ediciones Doyma, 1992: (100), 524-531.

4. Otorrinolaringología. Water Becker, Hans Heinz, Carl Rudolf. Ediciones Doyma S.A. 1997.

5. Beare-Myers. Enfermería Medicoquirúgica. Volumen I. 3ª edición, Madrid. Ediciones Harcourt, S. A. 1999.

EL CAUTERIZADOR: EVACUACIÓN DEL HEMATOMA SUBUNGUEAL

THE THERMAL CAUTERY: EVACUATION OF THE SUBUNGAL HAEMATOMA

- **José Manuel Palomo Gómez.**
- **Mario Alberto Ávila Arriaza.**

Diplomado En Enfermería. Centro Asistencial Fremap Aljarafe. Sevilla.
Diplomado En Enfermería. Centro Asistencial Fremap Ciudad Jardín. Sevilla

Resumen

Dentro de las patologías laborales, que se encuentran en nuestro ámbito de actuación, las lesiones traumáticas de la extremidad superior y más concretamente las localizadas en las puntas de los dedos, son las que tienen una mayor incidencia. El hematoma subungueal ha estado siempre marcado por una falta de consenso con respecto al material y método más correcto para su evacuación. Las técnicas hasta hoy utilizadas están cayendo en desuso en favor del cauterizador, ya que este último cumple de una manera más estricta las normas básicas de asepsia, permite una menor manipulación, mayor precisión en la ejecución de la técnica y por lo tanto una mayor satisfacción del paciente.

Summary

Within the working conditions, which are in our scope, traumatic injuries of the upper limb, and more particularly those located in the tips of the fingers, are those that have a greater impact. Subungual hematoma has always been marked by a lack of consensus with respect to material and more accurate method for their evacuation. The techniques used today are falling into disuse in favor of cauterize, since the latter in a way that meets the strictest standards of asepsis, allows a minor handling, more precise execution of technique and therefore greater satisfaction patient.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Hematoma subungueal,
- ✔ Cauterizador,
- ✔ Herida,
- ✔ Evacuación,
- ✔ Uña,
- ✔ Traumatismo

Key words

- ✔ Subungual hematoma,
- ✔ Thermal cautery,
- ✔ Wound,
- ✔ Evacuation,
- ✔ Nail,
- ✔ Trauma

INTRODUCCIÓN

Como consecuencia de la industrialización, se ha observado un aumento en las lesiones traumáticas de la extremidad superior y en particular de las manos[1, 2, 3]. Un estudio realizado en Lausana, Suiza, sobre lesiones de la punta de los dedos, informa que éstas en su mayoría son consecuencia de accidentes de trabajo, siendo las patologías laborales más frecuentes los hematomas subungueales [4].

El objetivo de este trabajo es dar a conocer el uso del cauterizador como el instrumento más adecuado para la evacuación de los hematomas subungueales, demostrando su eficacia con respecto a los métodos más tradicionales usados hasta hoy día.

LA UÑA. COMPOSICIÓN Y ESTRUCTURA

Las uñas son unas placas córneas situadas en la cara dorsal de las falanges distales de los dedos de manos y pies. La superficie de la piel cubierta por ellas se denomina lecho ungueal, que está rodeado lateral y proximalmente por un pliegue de piel, llamado rodete. Entre el rodete y el lecho se localiza el surco ungueal. Dentro de la placa ungueal podemos diferenciar dos zonas, la más proximal que sería la raíz y la parte visible, que denominamos cuerpo de la uña. La matriz ungueal, que localizaríamos en el estrato superior de la placa ungueal, es donde tiene lugar la formación de la uña (figura 1).

A. Epidermis

B. Surco Ungueal

C. Rodete Ungueal

D. Cuerpo Ungueal

E. Matriz Ungueal

F. Raíz Ungueal

G. Lecho Ungueal

Figura 1. Estructuras y composición de la uña.

EL HEMATOMA SUBUNGUEAL Y SU EVACUACIÓN

El hematoma subungueal es una acumulación de sangre que refleja la existencia de una lesión del lecho ungueal subyacente, en la mayoría de los casos de origen traumático (figura 2). Dicha lesión produce una hemorragia cuyo producto queda alojado entre la cara interna de la uña y el lecho ungueal. Este hematoma se observa a simple vista, gracias a la naturaleza translúcida de la uña y se desplaza a medida que crece la uña hacia el borde libre de la misma, pudiendo persistir de 4 a 6 meses hasta desaparecer por completo.

Figura 2. Hematoma subungueal.

El paciente referirá un dolor pulsátil, causado por la presión de la sangre debajo de la uña, que nos expresará como latidos en la punta del dedo; además podemos observar inflamación del dedo debido a la contusión.

La forma de evacuar el hematoma subungueal puede ser muy variada y a pesar de que todas buscan una misma finalidad, podemos enumerar una serie de desventajas de las técnicas hasta hoy utilizadas, que no hacen más que demostrar las ventajas del uso del cauterizador con respecto al resto.

El método más tradicional ha sido siempre evacuar la sangre a través de una aguja o incluso un clip para papeles previa aplicación sobre los mismos de una llama para aumentar gradualmente su temperatura, haciendo de esta manera más fácil la penetración a través de la uña y la posterior evacuación del hematoma. Los problemas que ambos presentan son los siguientes:

En el caso de la aguja:

- Al tener la punta en bisel, una zona contacta antes que la otra sobre el lecho ungueal. Por ello, para hacer un orificio de una dimensión adecuada podríamos dañar más de lo necesario el lecho, con las consecuentes molestias para el paciente.

- Realizaríamos excesiva presión sobre el pulpejo.
- En general, el orificio de drenaje obtenido es demasiado pequeño, por lo que se cierra de forma prematura por la coagulación de la sangre.

En el caso del clip de papel:

- El inconveniente principal es que no es una superficie estéril, por lo que el riesgo de infección es mayor.
- El calor se desvanece con rapidez y es necesario repetir la operación en varias ocasiones.
- La precisión de la técnica es escasa.

MATERIAL Y MÉTODO

USO DEL CAUTERIZADOR.

El cauterizador es un instrumento utilizado para detener hemorragias y la coagulación de pequeños vasos sanguíneos,

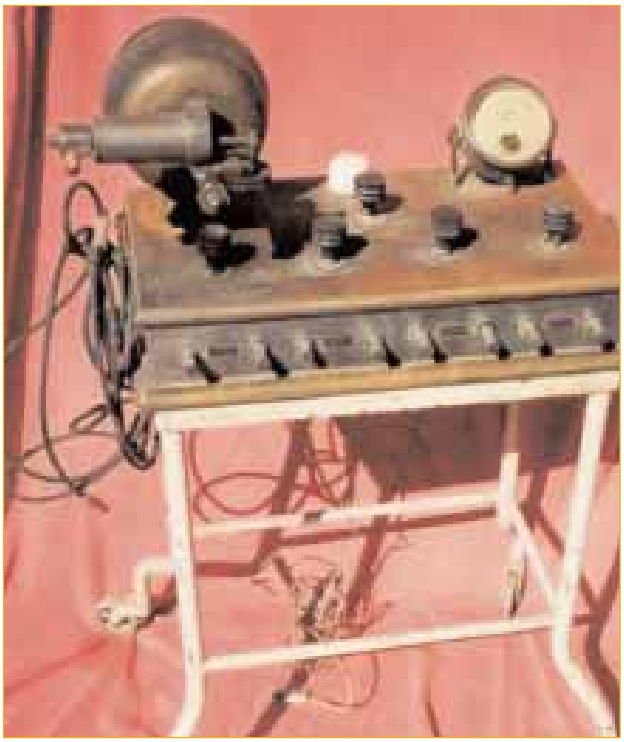


Figura 3. Cauterizador. Principios del s. XX. Hospital San Pau.

cauterizar heridas, extirpar pólipos, lunares, etc. Desde principios del siglo s.XX, ya se utilizaba en varias instituciones como el Hospital de San Pau (Barcelona), aunque su aspecto y tamaño han cambiado mucho desde entonces (figura 3).

Se compone de dos barras gruesas **A** y **B**, unidas en el extremo por un filamento compuesto por una aleación de platino **Pt**. e Iridio **Ir.**, que evita que se oxide y le añade dureza para una mayor vida media, respectivamente (figura 4). Al comunicarlo con la fuente eléctrica, el reóstato **R** (instrumento para hacer variar la resistencia en un circuito eléctrico) permite graduar la incandescencia del filamento, y en consecuencia la temperatura, según el uso que se le va a dar (figura 5).

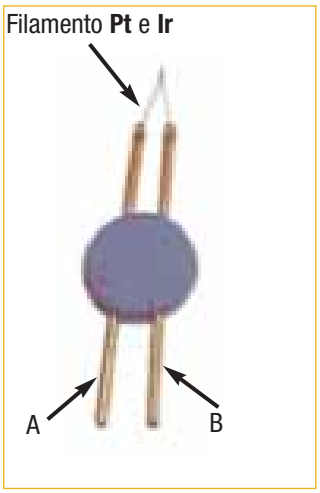


Figura 4. Punta del cauterizador. Composición.

Figura 5. Mecanismo de funcionamiento del cauterizador.

El material necesario para la realización de la técnica es el siguiente (figura 6):

Figura 6. Material necesario.

- Gasas hidrófilas de algodón
- Empapaderas
- Guantes no estériles
- Antiséptico (Povidona Yodada o Clorhexidina)
- Apósito adhesivo
- Cauterizador
- Puntas intercambiables
- Mascarilla con protector visual

Lógicamente, siguiendo las normas de asepsia universales, desinfectaremos la zona a puncionar y los alrededores de la misma con un antiséptico, tras lo cual localizaremos la zona exacta de punción que será siempre dentro del hematoma pero en la zona más distal del mismo, para que tras el crecimiento de la uña la lesión pueda ser eliminada cuanto antes (figura 7).

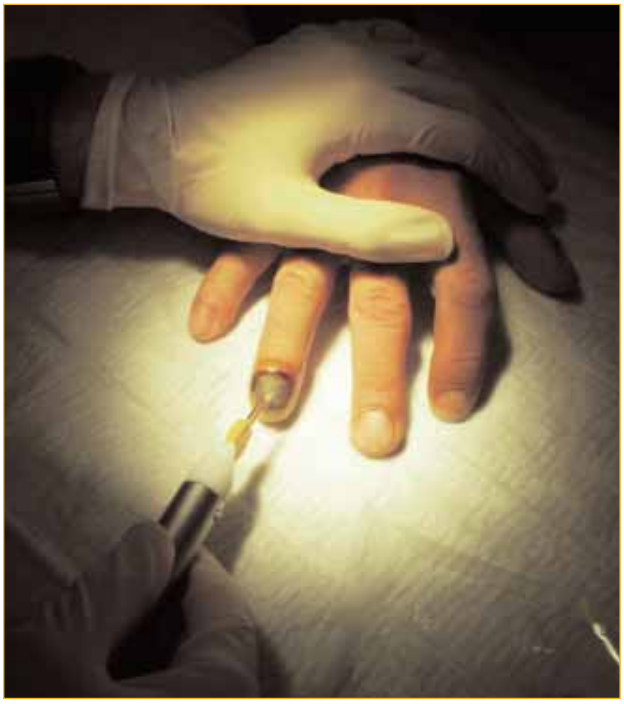


Figura 7. Evacuación de hematoma.

Debido a que la temperatura alcanzada será de aproximadamente 1000º C (que podrán variar dependiendo de la presión que apliquemos al reóstato), el contacto con la uña debe ser firme y rápido para exponer el lecho al mínimo tiempo posible a dicha temperatura. No obstante, raramente va a producir una quemadura, debido por un lado al corto tiempo de exposición y por otro a que el calor es difuminado tras el contacto con la sangre líquida acumulada.

Una vez perforada colocaremos el dedo del paciente inclinado sobre la punta del mismo para favorecer la evacuación sanguínea por gravedad, además de presionar la zona con una gasa (figura 8). Concluido esto desinfectaremos nuevamente la zona y colocaremos un apósito para recoger restos hemáticos que pudieran continuar saliendo.

Figura 8. Resultado tras la evacuación.

Para esterilizar las punzas intercambiables, se utilizará el autoclave a 134°C durante 5 minutos.

Revisaremos la herida tras 24-48 horas, donde observaremos el estado del dedo, signos de infección, inflamación o incluso la necesidad de volver a evacuar un nuevo hematoma, ya que la herida que produjo la colección hemática ha podido seguir evacuando y acumulando sangre en el interior del cuerpo ungueal. Este procedimiento si podremos realizarlo con una aguja estéril subcutánea ya que realmente lo que haremos es romper el colapso hemático-plaquetario existente en la puerta de entrada.

COMPLICACIONES

En ocasiones, el hematoma subungueal no se presenta de forma aislada, sino que puede estar asociado a diversos tipos de lesiones, como pueden ser las fracturas de falanges distales o las avulsiones ungueales.

La perforación, como método exclusivo, es apropiada en los hematomas subungueales de cualquier tamaño cuando la uña permanece unida y no existe deformidad en el pulpejo que indica una fractura desplazada. Aunque exista un corte en el lecho ungueal o una fractura no desplazada en el penacho ungueal, la cicatrización será llevada a cabo con normalidad y se recuperará la función normal tras la inmovilización pertinente del dedo.

La extirpación de la uña se reserva para los pacientes en los que está parcialmente rota o deformada por la lesión. En estas condiciones, cuando se extirpa la uña, se inspecciona el lecho ungueal y se reparan los cortes originados en el mismo.

En el caso del arrancamiento total de la uña, es conveniente realizar un cerclaje ungueal para mantenerla posicionada; de este modo, actuará como férula de inmovilización, además de proteger el foco de fractura.

Una comparación reciente entre la evacuación mediante perforación y la extirpación de la uña seguida de reparación del lecho, halló mejores resultados en el primer grupo. Hubo más complicaciones en el grupo de reparación y el coste fue 4 veces superior. Con independencia del tamaño del hematoma o de la presencia de una fractura del penacho es preferible la evacuación por perforación si la uña se mantiene unida al lecho[5].

CONCLUSIÓN

Los avances tecnológicos, dentro de nuestra profesión, están influyendo de manera muy positiva a aumentar la calidad asistencial, aunque no podemos olvidar la calidad humana. El uso de determinadas técnicas hasta hoy utilizadas para la evacuación del hematoma subungueal, no reúnen las condiciones básicas para una atención enfermera especializada, por lo que deben caer en desuso.

Como hemos podido observar a lo largo del trabajo, el uso del cauterizador nos asegurará disminuir, entre otras, el riesgo de infección y la excesiva manipulación de la herida. Incluso, en el caso de existir lesiones asociadas como pueden ser las fracturas de las falanges distales, siempre que el cuerpo ungueal se mantenga unido y las fracturas no se encuentren desplazadas, la evacuación del hematoma subungueal es la mejor de la elecciones terapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

Grad J, Beasley R, Fingertip Recontruction. Hand Clin. 1985; 1: 667-676.
Holm A, Zachariae L, Fingertip Lesions. An Evaluation of Conservative Treatment Versus Free Skin Grafting. Acta Orthop Scand, 1974; 45: 382-392.
Sturman MJ, Duran RJ, Late Results of Finger-tip Injuries. J Bone Joint Surg., 1963; 45 A: 289-293.
Verdan CE, Lesiones de las yemas de los dedos. Surg Clin North Am., 1981; 61: 237-266.
Heridas y Cortes. Tratamiento y sutura de urgencia. Alexander T. Trott, MD. Ed. Elsevier Mosby. 3ª edición
Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. A. Martín Zurro. J. F. Cano Pérez. Volumen I. Ed. Elsevier. 5ª edición
Manual y Atlas de Dermatología. Gernot Rassner, U. Steinert, B. Schlagenhauff. Ed Harcourt. 1999
http://db.doyma.es/cgibin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.go_fulltext_o_resumen?esadmin=si&pident=13019230
http://www.aspepelota.com/documentos/capitulo30.pdff
http://193.145.164.73/docs/dac/guiasap010cma.pdff
http://books.google.es/books?id=6poBw9ttcoQC&pg=PA194&lpg=PA194&dq=evacuar+hematoma+subungueal&source=web&ots=BMfrbYVQJt&sig=ms_fKYa36DUS70MomN1O4J5Iw0&hl=es&sa=X&oi=book_result&resnum=3&ct=result
http://www.podium.es/podium/cons3.htm

EL INFORME SOBRE LA INVESTIGACIÓN DEL URÓLOGO CIVIALE (1835): UN DEBATE TEMPRANO SOBRE EL USO DE LA ESTADÍSTICA EN MEDICINA

THE REPORT OF RESEARCH OF THE UROLOGIST CIVIALE (1835): AN EARLY DEBATE ON THE USE OF THE STATISTICS IN MEDICINE

■ **Ana Díaz Reina**
DE. y LDA. en Geografía e Historia.
H. Infantil. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla

Resumen

El trabajo del urólogo Jean Civiale, en el que demostraba, con datos numéricos sobre pacientes, la ventaja de la litotricia, que era una técnica emergente, frente a la litotomía, para eliminar la piedra de la vejiga, motivó a la Academia de las Ciencias de París a encargar un informe evaluación de dicho trabajo a una comisión formada por el estadístico Poisson, el cirujano militar Larrey, y los médicos Dulong y Double. La comisión presentó un informe en 1835. En el mismo se comentan los datos de Civiale (un 20% de mortalidad en litotomía frente a un 2% en litotricia) y se discute sobre el uso de la estadística y la probabilidad en medicina. Este debate se enmarca en un ambiente favorable a la cuantificación médica propiciado por la recién creada "Societé de Médecine d'Observation", que dio lugar a un movimiento que se considera antecedente de la moderna "Evidence Based Medicine".

ABSTRACT

The work of the urologist Jean Civiale, in whom it was demonstrating, with numerical information on patients, the advantage of the lithotrypty, which was an emergent skill, opposite to the lithotomy, to eliminate the urinary bladder stone, motivated to the Academy of the Sciences of Paris to entrusting paper evaluation of the above mentioned work to a commission formed by the statistician Poisson, the military surgeon Larrey, and the doctors Dulong and Double. The commission presented a report in 1835. In the same one the information of Civiale is commented (20 % of mortality in lithotomy opposite to 2 % in lithotrypty) and one discusses the use of the statistics and the probability in medicine. This debate places in an environment favorable to the medical quantification propitiated by newly created "Societé de Médecine d'Observation", which gave place to a movement that one considers to be a precedent of modern "Evidence Based Medicine".

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Litotomía,
- ✔ Litotricia,
- ✔ Piedra de vejiga urinaria,
- ✔ Cuantificación médica.

Key words:

- ✔ Lithotomy,
- ✔ lithotrypty,
- ✔ Urinary bladder stone,
- ✔ Medical quantification.

INTRODUCCIÓN

La Academia de las Ciencias de París encargó a una comisión, formada por cuatro miembros, que analizase el trabajo realizado por el urólogo Jean Civiale (1792-1867), el cuál, usando como base un análisis estadístico sencillo, abogaba por el empleo de la litotricia, que estaba en sus inicios, frente a la litotomía, como técnica para la eliminación del cálculo de vejiga. La comisión presentó una memoria a la Academia en 1835. En la misma se analiza, en primer lugar, los datos que el urólogo francés emplea para comparar ambas técnicas. En segundo lugar, los comisionados incorporan un interesante debate sobre el papel adecuado del razonamiento estadístico en cuestiones terapéuticas. La pugna entre un tratamiento del paciente, considerado como individuo único, y un tratamiento genérico de la enfermedad obtenido del análisis estadístico de un colectivo (individuo versus agregado estadístico) estaba naciendo y, desde luego, sigue siendo un debate apasionante en la actualidad.

En 2001, la prestigiosa revista de epidemiología *Internacional Journal of Epidemiology*, siendo consciente de la vigencia e interés del contenido del informe de la comisión, publicó una traducción al inglés del mismo [1], además de comentarios y reflexiones sobre su contenido por parte de

cuatro prestigiosos epidemiólogos: Black [2], Matthews [3], Tröhler [4] y Vandenbroucke [5]. En el texto de Almenara et al. [6] sobre historia de la Bioestadística encontramos una referencia al trabajo de Civiale y al de la propia comisión.

En estos comentarios iniciales va implícito el objetivo de este artículo: por una parte, describir el marco general en el que se contextualiza: la enfermedad (punto 2), Jean Civiale (punto 3), los miembros de la comisión (punto 4), y por otra, analizar el contenido del informe y cómo los comisionados entran en el asunto entonces polémico del empleo de la estadística (y por ende, del cálculo de probabilidades), que comentaremos en el punto 5º, terminando el artículo en un apartado con conclusiones.

EL CÁLCULO DE VEJIGA URINARIA Y LA LITOTOMÍA

La piedra de vejiga urinaria es una enfermedad que, curiosamente, ha desaparecido del mundo occidental. Pero fue una enfermedad frecuente en el pasado. Lo era, por ejemplo, a finales del siglo XVIII y principios del XIX, época en la que se centra esta investigación.

En *The Cambridge World History of Human Disease* [7] encontramos, en el capítulo dedicado a las piedras urinarias: *"Las principales formas de urolitiasis consisten en piedras de extensión superior formadas dentro de los riñones o uréteres (piedras renales) y piedras de extensión inferior, formadas en la vejiga. Estas dos formas de urolitiasis se diferencian en la etiología, composición química y rasgos epidemiológicos, por lo que deberían ser consideradas dos enfermedades separadas. La evidencia histórica ha mostrado un aumento asombroso de la incidencia de la piedra renal en los últimos 100 años. Hubo una disminución simultánea en la incidencia de la piedra de vejiga…"*

No se tiene certeza sobre la causa de la disminución de la piedra de vejiga en los países desarrollados: quizás, una interacción de factores dietéticos y consumo de líquidos… Igualmente misterioso es el incremento del número de afectados por piedras renales que, además, son más frecuentes en hombres que en mujeres.

La piedra de vejiga sigue existiendo como un problema importante en los países en vía de desarrollo, casi con la misma epidemiología que tenía en Europa Occidental hace dos siglos. La mayor parte de los afectados son jóvenes varones de áreas rurales y empobrecidas. La encontramos con frecuencia en países del medio y lejano oriente y, también, en el norte y centro de África. Como síntomas, dolor e infección. El dolor de la piedra de vejiga suele ser más constante que la de riñón y casi tan insoportable como el de ésta. El sufrimiento que debía padecer el paciente era tan terrible que muchos de ellos se atrevían a arriesgar sus vidas buscando el alivio a través de la litotomía, o sea, de la fragmentación y extracción de la piedra por vía perineal, haciendo una incisión en la piel, en las proximidades del ano, hasta llegar a la vejiga (todo sin anestesia). Un procedimiento bastante rudo y con alta mortalidad (según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, litotomía: talla, operación cruenta para extraer los cálculos de la vejiga).

Los especialistas en esta técnica viajaban de ciudad en ciudad, practicando sus operaciones allí donde eran requeridos. Es curioso el dato ofrecido por Frère Jacques de Beaulieu (1651-1719) (la famosa canción infantil del mundo francófono "Frère Jacques", probablemente, tiene su inspiración en este personaje tan famoso en la época, que nunca se ordenó monje, pero que se hacía llamar a si mismo como el título de la canción) que hace un recuento de 60 litotomías practicadas de abril a julio de 1697, produciéndose 25 fallecimientos, o sea, un 42 % de mortalidad (este especialista llegó a practicar más de 5000 litotomías a lo largo de su vida). Una publicación un poco más seria sobre resultados de litotomía la proporciona el mismo Civiale tras recabar datos de distintos lugares de Europa. En ella, la mortalidad en litotomía se "reduce" a un 20%, lo cual no deja de ser aterrador. Informa, además, que es superior en hombres, pues en las mujeres era más fácil practicarle el corte del perineo por encima de la vagina. Para los hombres, la discusión se establecía entre practicar un corte intermedio (con frecuencia por la próstata) o un corte lateral (más cerca de la pierna). No nos debe extrañar la alta mortalidad de los datos de Civiale. Por ejemplo, el centro de más prestigio en esta especialidad de Gran Bretaña, Hospital Norwich, publicó en *The Lancet* una mortalidad de 1 sobre 8 (más de un 12%), para 910 pacientes atendidos entre 1772 y 1862.

JEAN CIVIALE Y SU APUESTA POR LA LITOTRICIA

Al ser la litotomía tan temida y peligrosa, se empieza a considerar la idea de algún método por el cual el cálculo pudiera ser roto o disuelto en la misma vejiga sin necesidad de la cirugía abierta. De aquí han llegado hasta nuestros días varios informes de individuos que según se dice insertaron instrumentos por la uretra, y a través de ellos intentaron romper o reducir la piedra rompiéndola o limándola. A pesar de la autenticidad cuestionable de algunas de estas historias, su misma persistencia da testimonio de tal posibilidad. Con avances en la tecnología que permitió la construcción de instrumentos más delicados, los pensamientos y las ideas de los cirujanos fue llevada al reino de la realidad en el primer trimestre del siglo XIX.

El primer instrumento del que tenemos un registro fiel fue presentado por un francés llamado Fournier de Lempdes, de Clermont-Ferrand. Estaba concebido para que, después de entrar en la vejiga, éste se abriese y atrapase la piedra, la cual, entonces, se desgastaría mediante un instrumento giratorio. Empleó este instrumento sobre un cadáver, mostrando su proceder a los miembros de la Academia Francesa, los cuales le animaron a seguir su trabajo pero, al parecer, no hizo prueba alguna sobre pacientes vivos.

En 1813, Gruithuisen de Estrasburgo publicó un trabajo que contenía gráficos de instrumentos que atrapaban el cálculo con

un hilo al final de un tubo abierto, después de lo cual sería pulverizado por un pequeño rotor que también pasaba por el tubo. Al parecer, tampoco consiguió llevarlo a la práctica sobre algún paciente.

Sobre el mismo tiempo, Jean Civiale (1792-1867), de París (fue el fundador del primer servicio de urología que existió en el mundo, en el Hospital Necker de París), comienza sus primeros experimentos sobre el tratamiento no quirúrgico de la piedra de vejiga [8]. Sus primeras ideas fueron dirigidas hacia la disolución de la piedra con sustancias químicas. Diseñó un instrumento que debía pasar a través de la uretra y luego abrirse en un saco flexible que incluiría a la piedra. Con ésta en el saco, su intención era la de inyectar sustancias químicas que la disolvieran, las cuales, al estar dentro del saco, no dañarían la pared de la vejiga.

FIgura 1.

Para determinar la naturaleza química de la piedra, Civiale diseñó un instrumento que él llamó litotriptor. Éste, pasando a través de la uretra, abría tres dientes parecidos a un gancho que servirían para coger la piedra. Un taladro transferido por el centro del instrumento extraería hacia fuera una pequeña parte de la misma. El material así obtenido debía ser usado para determinar el mejor disolvente. Este instrumento, concebido en un principio para ser sólo un auxiliar al tratamiento disolvente, pronto demostró ser autosuficiente. El saco para incluir la piedra fue un fracaso y las tentativas en la solución química fueron abandonadas.

Antes de que él pudiera usar su litotriptor, Civiale tuvo que demostrar que instrumentos directos, sin curva, podrían ser introducidos con seguridad en la vejiga. A pesar de las aserciones de muchas personas en contra, él demostró que la uretra podría se podía dilatar y que instrumentos directos de buen tamaño podrían ser empleados con seguridad. Entonces encontró que con el litotriptor, cuya intención inicial era sólo, como se ha dicho, la de conseguir una muestra, podría taladrar un agujero en la piedra, y si ésta fuese liberada y girada a un nuevo ángulo, un segundo agujero podría ser taladrado, y posteriormente muchos más. De este modo la piedra, tarde o temprano, sería debilitada hasta el punto en que sería desintegrada en pequeños pedazos que podrían ser evacuados por la orina. La litotricia era ya una realidad (según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, litotricia: operación de pulverizar o desmenuzar, dentro de las vías urinarias, el riñón o la vesícula biliar, las piedras o cálculos que allí haya, a fin de que puedan salir por la uretra o las vías biliares según el caso).

En 1823, Civiale usó este instrumento sobre un paciente vivo y poco después mostró su utlidad a dos miembros de la Academia Francesa que padecían el problema. Ellos dieron un informe favorable a la Academia de Ciencias con un típico comentario francés: “La litotricia es gloriosa para la cirugía francesa, honorable para su inventor y consuelo para la humanidad”. La Academia de las Ciencias le concedió el Premio de Montyon de 10.000 francos en 1827. En el período entre 1823 y 1827 él lo aplicó sobre 43 pacientes, de los que 42 fueron éxitos, según el propio Civiale.

Rápidamente, otros cirujanos mostraron su malestar sobre la autoría del instrumental. Además de Fournier de Lempdes y Gruithuisen, antes mencionados, Leroy D’Etiolles, Heurteloup, Jean Amussat, Rigal de Gaillac, Jacobsen, y Meirieux, todos presentaron sus instrumentales por ellos inventados. Hubo reclamaciones, denuncias y contradenuncias. Cada reclamación iba en la línea de que los útiles de los demás eran impracticables o peligrosos. De toda esta polémica, Civiale triunfa y queda como el primero que consigue la rotura mediante instrumental de un cálculo en la vejiga de un paciente vivo. El éxito se repitió muchas veces, mostrando que funcionaba sobre cientos de pacientes. Sin embargo, Civiale no era un vencedor amable. Siguió durante muchos años en un debate áspero con aquellos que le negaban el éxito en su procedimiento.

La verdad es que, al poco tiempo, el invento de Civiale fue reemplazado por él de Heurteloup, que consistió en dos láminas curvas que se deslizaban abiertas hacia el interior de la vejiga y que podían atrapar y aplastar el cálculo con un martillo percutor. El material que se ha ido elaborando con posterioridad, incluyendo los instrumentos más actuales (aunque más sofisticados, desde luego), se ha apoyado en este principio básico, aunque la percusión de martillo ha sido sustituida por un mecanismo de tornillo que suministra mayor fuerza aplastante.

Civiale, en sus años posteriores, siguió sus caminos inventivos. La mayoría de los historiadores médicos convienen que fue un inventor ingenioso y un fabricante de instrumentos experto y prolífico, pero no fue generoso en sus escritos e intercambios con sus contemporáneos y no mostró ninguna inclinación por compartir honores con cualquiera de ellos.

LA COMISIÓN NOMBRADA POR LA ACADEMIA

Para situar históricamente el informe de la comisión es necesario conocer que la memorización de éxitos y fracasos al quitar piedras de la vejiga se venía haciendo desde principios del siglo

XVIII, dado que los médicos recibían más pacientes si demostraban una tasa de éxito más elevada. Por tanto, ellos comenzaron a recoger sus resultados anuales en tablas. O sea, el método de Civiale de comparación cuantitativa no era fundamentalmente "nuevo". Su novedad fue la de ser capaz de realizar la comparación a una escala mucho mayor que la de sus predecesores, debido al apoyo del Ministerio de Instrucción Pública. Este apoyo del gobierno ilustra como para los estados la idea de la agregación había llegado a ser considerada como un método clave para plantear cuestiones consideradas de "asunto público".

Los científicos que querían un refrendo de la comunidad científica presentaban su trabajo a la Academia que, a su vez, nombraba una comisión de expertos para que juzgase y elaborase un informe, el cuál era leído en el seno de la misma y después publicado. El trabajo de Civiale fue entregado a la comisión formada por Poisson (1781-1840), Dulong (1785-1838), Larrey (1766-1842) y Double (1776-1842), siendo este último el ponente.

Entre los cuatro nombres llama la atención el primero, Siméon Denis Poisson, conocido no sólo por su ley de probabilidad de los casos raros (distribución de Poisson) o su ley de los grandes números (aproximación de la frecuencia relativa a la probabilidad para muestras muy grandes), sino también por su interés de llevar a la práctica el uso de la estadística, como lo demuestra su trabajo donde la empleaba para evaluar la corrección de las decisiones en un juicio. Lógicamente, era un partidario del movimiento "Médicine d'observation" iniciado por Pierre Charles Alexandre Louis (1787-1872), o sea, del empleo de los números en las conclusiones médicas.

Figura 2.

Merece la pena en este instante, apartarse por unas líneas del discurso del artículo para introducir unas notas biográficas sobre un personaje tan importante en la historia de la medicina. P. C. A. Louis fue un médico francés que se graduó en la Sorbonne en 1813. Pasó varios años en Rusia, y cuando volvió a París, trabajó en l'Hôpital Charité, donde comenzó a recoger y analizar numéricamente la información sobre los pacientes y los tratamientos que recibían. Su método numérico era bastante pionero en la práctica médica: contar casos, examinar las lesiones patológicas que tenían los pacientes, y clasificar los resultados de los tratamientos con tanto detalle, todo era muy novedoso. En 1823 Louis comenzó a publicar trabajos en los que aplicó este método a gran variedad de temas, desde la perforación del intestino delgado a la muerte súbita, como *Observations relatives aux perforations spontanées de l'intestin grêle dans les maladies aiguë*. Uno de los más importantes fue el que dedicó a la tuberculosis, enfermedad de gran importancia en la época. Trató de comprender mejor los síntomas y el curso de la enfermedad. En 1825 apareció *Recherches anatomopathologiques sur la phitisie Précédées du rapport fait à l'Académie royale de médecine par MM Bourdois, Royer-Collard et Chomel*. Se basó en 123 casos que había seguido; describió las lesiones y los síntomas con gran detalle. En este texto hizo referencia a lo que se conoce como "ley de Louis": la tuberculosis pulmonar comienza generalmente por el vértice y en el pulmón izquierdo y, siempre que hay tuberculosis en otras partes del cuerpo, se acompaña también de lesiones en los pulmones. Quizás el trabajo que le hizo más popular fue el que dedicó a determinar la eficacia de la sangría en la neumonía, que publicó en una serie de artículos en 1828: "Recherche sur les effets de la saignée dans plusieurs maladies inflammatoires" (*Archives générales de médecine* 1828;18: 321-336) y que en 1835 reunió en el libro *Recherches sur les effets de la saignée dans vuelques maladies inflammatoires, et sur l'action de l'émétique et des vésicatoires dans la pneumonie*. Examinó muchas historias clínicas anotando todos los detalles tanto en los casos en los que se sangraba como en los que no, en los que el paciente curaba o en los que fallecía. Entre otras cosas observó que los pacientes que se sangraban al principio de la enfermedad tendían a sanar y los que se sangraban después, solían morir. Su conclusión fue que la utilidad de la "moda de la sangría" era más que dudosa. Louis demostró, pues, la ineficacia terapéutica de la sangría en los procesos inflamatorios, recurriendo a la estadística, lo que supuso el golpe definitivo al brusismo, que preconizaba justo lo contrario.

Figura 3.

En 1832 los estudiantes Marc D'Espine, Théodore Maunoir y John Visto, crearon la "Societé de Médecine d'Observation", de la que nombraron presidente a Louis. Ésta dio lugar a un movimiento que se considera un antecedente de la moderna "Evidence Based Medicine" [10] (que representa el uso racional, explícito, juicioso y actualizado de la mejor evidencia científica aplicado al cuidado y manejo de pacientes individuales. Los partidarios de este movimiento opinan que fue el empleo de

los métodos cuantitativos el camino a través del cual la medicina se transformó en ciencia. El movimiento nació en 1992, en Ontario, Canadá). Enseguida se integraron otros colegas que aplicaron de forma sistemática la estadística en el estudio de la patología, la clínica y también la terapéutica. Tuvo muchos discípulos tanto franceses como de otros países. En Estados Unidos fue muy admirado. Oliver Wendell Holmes le idolatraba igual que Henry L. Bowditch, que fue el que introdujo las lecciones clínicas en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard en 1857. En general, los científicos médicos que eran escépticos sobre las normas predominantes y que tenían interés al acercamiento numérico de Louis, de otros países así como de Francia, lo consideraron como un mentor.

El segundo miembro de la comisión, Pierre Louis Dulong, es quizás el miembro de la comisión sobre el que no se comprende que estuviese en la misma. Pasó a la historia como un reconocido químico, descubridor del tricloruro de nitrógeno, e investigador sobre condiciones de presión, volumen y temperatura de los gases. Aunque su formación inicial fue la de médico, ejerciendo la medicina durante su juventud, sin cobrar nada por sus servicios, especialmente a los más necesitados, por lo que no debe extrañar su fracaso en esta profesión, razón por la cual se orientó hacia la química. Quizás, por sus conocimientos iniciales de medicina fue llamado a formar parte de la Comisión Civiale.

Respecto al tercer comisionado, Dominique Jean Larrey [9], tenemos que decir que era conocido como el mejor cirujano militar de Francia, siendo además una persona muy cercana a Napoleón. Parece normal que un cirujano militar interviniese en este caso, donde se produce un análisis de datos numéricos, dado que la medicina militar era más numérica que la civil (era fundamental mantener un suficiente número de hombres aptos para la lucha). Escribió unas *Mémoires de chirurgie militaire* en cuatro volúmenes que se editaron entre 1812 y 1817. De 1821 es la obra *Recueil de mémoires de chirurgie* y, entre 1829 y 1836 publicó *Clinique chirurgicale*, resumen de casi cuarenta años de ejercicio de la cirugía militar. De su estancia en Egipto redactó una memoria sobre los problemas oftálmicos endémicos de la zona. También escribió alguna cosa sobre la fiebre amarilla (1822), el cólera (1831) y otros textos menores relativos a la clínica médica. El uso de mosquetes y artillería producía heridas y lesiones complicadas. Larrey era partidario de amputar las extremidades muy dañadas, pero, a ser posible, en las cuatro horas siguientes y no en los diez o veinte días después, que era lo habitual. La amputación temprana resultaba más sencilla, menos dolorosa, se perdía menos sangre y se infectaba menos. Utilizó el procedimiento de Le Dran, que consistía en efectuar la amputación realizando un cono de base externa y vértice interno, con el área de corte a tres niveles (piel, músculo y hueso). Redujo así la mortalidad que entonces era muy alta. En las heridas de la cabeza recomendaba la realización de trepanaciones si los fragmentos óseos iban más allá de la tabla interna o habían lesionado la duramadre.

Fue muy hábil en la desarticulación del hombro, operación que en esa época se consideraba muy peligrosa. Es la que se conoce como "amputación de Larrey", método de desarticulación del hombro por una incisión que se extiende desde el acromion a lo largo del brazo en una longitud de 10 centímetros y desde ese punto alrededor del brazo hasta el centro de la axila. Sus méritos le fueron reconocidos en vida. Napoleón, que murió veintiún años antes que él en su destierro en Santa Elena, le legó cien mil francos y en su testamento decía que era el hombre más virtuoso que había conocido. En 1806 presidió la *Société de médecine de Paris*, la institución más vieja de la que fue miembro desde su fundación en 1796. Fue miembro de la Academia de Medicina desde 1820. En varias ocasiones se le bloqueó el ingreso en la de Ciencias, que por fin logró en 1829, la cual le encarga formar parte de la comisión Civiale en 1835.

Figura 4.

El ponente, y cuarto miembro de la comisión, era François-Joseph Double, que es descrito como el representante del establishment médico en la misma. Para éste, el razonamiento probabilístico era útil en las comparaciones científicas, pero al final la ciencia de la medicina descansa sobre el diagnóstico clínico, razonando sobre causa y efecto, y tratamientos individualizados. En posteriores debates sobre el mérito de la "Médicine d'observation" (después de 1835), Double se distancia cada vez más, llegando a convertirse en un antagonista.

Con estos nombres la segunda parte de la memoria, dedicada a la "interpretación" del uso del razonamiento probabilístico en medicina, es un documento histórico importante, representando la combinación de uno de los más famosos matemáticos con uno de los más famosos cirujanos de la Francia del siglo XIX, con el contrapeso apropiado del establishment médico de la época.

LA MEMORIA PRESENTADA POR LA COMISIÓN EN 1835

Como ya se ha dicho, la memoria tiene dos partes bien diferenciadas. En la primera parte los comisionados comienzan su discurso insistiendo en lo intolerable que resultaba la enfermedad por su continuo dolor y por la "predisposición a la tristeza" del que la padece. Después se adentran en disquisiciones más o menos ambiguas, con una ambigüedad muy calculada, sobre si la enfermedad es o no hereditaria, sobre si afecta más a los hombres que a las mujeres, sobre la edad más frecuente en que aparece (en muchos casos, en menores de 14 años), sobre si hay diferencias en cuanto a su frecuencia entre

países o regiones, o sobre si la situación social influye en la aparición de la enfermedad. Sobre esto último leemos:

Sin duda, se cuenta un mayor número de afectados por el cálculo en las clases más penosas; pero es que, por una parte, estas clases son por desgracia las más numerosas; y por otra parte, desgraciadamente, también ocurre que sobre estas clases pesan más todas las cargas de la vida material, en particular las enfermedades. (Este fragmento extraído de la memoria y los demás que aparecen en este punto son traducción propia de la original publicada en francés).

Después hablan sobre las recidivas de la enfermedad e introducen la afirmación de Civiale sobre la ventaja de la litotricia en este aspecto: *El Sr. Civiale afirma que las enfermedades de la vejiga y de sus anexos cesan más rápidamente y de una manera más tajante después de procederlas con litotricia, que después de efectuarles las maniobras de corte. El Sr. Civiale añade que hay siempre más o menos peligro de repetir la operación de cistotomía, mientras que apenas si hay de reiterar la litotricia.*

Sobre los métodos propuestos para la resolución del problema, la comisión los resume en tres:

Primer método. Se ha intentado en vano, es cierto, hasta el presente, disolver los cálculos de la vejiga por la acción de pretendidos litotríticos indirectos o directos, generales o locales.

Segundo método. Se ha buscado liberar a los pacientes de sus cálculos por medio de incisiones, de secciones, a menudo muy variadas, pero siempre por vía de diéresis o por operación con instrumentos cortantes.

Tercer método. Se han extraído los cálculos a través del canal de la uretra sin incisión alguna, y lo más frecuente con la ayuda de una rotura mecánica previa.

Deliberadamente, la comisión obvia hablar del primer método, dado que el trabajo presentado a su valoración no lo contemplaba. Tras citar a varios especialistas en litotomía, los comisionados muestran por primera vez las cifras empleadas por Civiale para llevar a cabo la comparación entre ambos métodos (litotricia versus litotomía):

En el trabajo del que tenemos el encargo de hacer conocer a la Academia, el Sr. Civiale ha conseguido reunir en total más de cinco mil casos, todos proporcionados por la práctica de los más grandes cirujanos actualmente existentes en Europa; he aquí las conclusiones generales a las que ha llegado. Sobre 5.715 operaciones de corte (por incisión) que él ha podido analizar, encuentra 1.141 muertos, 4.478 curaciones completas, y una centena de enfermedades como consecuencia de la operación. Así, en los únicos casos en los que se conocen bien los resultados, la mortalidad es de alrededor de un quinto para todas las edades. Ahora bien, es bueno recordar que más de la mitad de estos enfermos no habían alcanzado los catorce años; y se sabe que a esta edad las posibilidades de curación son al menos el doble.

Por el contrario, estas mismas tablas comprenden un total de 257 pacientes operados de litotricia, y entre los cuales no hubo más que seis muertos, y aún sobre este número apenas si había dos o tres individuos con la edad menor de 14 años; lo que no da ni una muerte entre 42 pacientes operados por litotricia. Los datos, a simple vista, son contundentes: 20 de mortalidad en litotomía frente al 2% de litotricia.

Podemos decir que es a partir de aquí cuando comienza la segunda parte de la memoria, quizás la más interesante desde un punto de vista actual, donde los ponentes comentan el papel de la probabilidad y la estadística en medicina. De nuevo, debió haber motivos para ello: En 1812 el físico y matemático Pierre-Simon de Laplace (1749-1827) publicó *Théorie analytique des probabilités*, que le sitúa entre los grandes pensadores de la teoría de la probabilidad. La aplicó al estudio de los fenómenos naturales y llegó a tener mucha influencia en los años veinte del siglo XIX. Por otra parte, la estadística ya contaba entonces con tradición en el terreno de los estudios demográficos y sanitarios (uno de los antecedentes se había producido en Londres, con las estadísticas de causas de muerte publicadas por Graunt en 1662 [11]). Por tanto, el debate estaba abierto.

Los ponentes advierten sobre la influencia de las modas en la investigación médica: *La medicina, en la que los propios trabajos son difíciles, lentos, sin resplandor y sin gloria, ha procurado con demasiada frecuencia juntarse con las ideas que la opinión del día han puesto de moda. Es así que en este momento, sin cesar se quiere aplicar la estadística a la mayor parte de las cuestiones trascendentes de la terapéutica. Ahora bien, en este caso la estadística no es otra cosa, en el fondo, que un ensayo de aplicación del cálculo de probabilidades.*

La discusión se centró en el significado del razonamiento numérico para el paciente individual. Se sostenía que *"il n'y a en médecine que des individus…"*. Como se ha mencionado, en el seno de la comisión, Double iba defendiendo cada vez más esta opinión. Seguro que, tanto la controversia con la litotricia, como la emergente discusión sobre el uso del razonamiento probabilístico en medicina, fueron motivos de discusión dentro del grupo de ponentes.

Es interesante observar cómo se va elaborando cautelosamente los argumentos. Una base importante es que las probabilidades sólo pueden ser calculadas sobre unidades iguales y sobre números grandes. Sin embargo, las personas no son iguales, y un médico que trata un paciente tiene una información sobre él que lo hace diferente del resto de pacientes. En cambio, la estadística necesita desposeer de esas diferencias a los individuos.

Leemos en la memoria:

La estadística puesta en práctica, que en definitiva siempre es el mecanismo funcionando del cálculo de probabilidades, apela necesariamente a las masas infinitas, un número ilimitado de casos, no sólo con vista a aproximarse lo máximo posible a la verdad, sino también con el de conseguir hacer desaparecer, de eliminar, tanto como sea posible, y con la ayuda de procedimientos conocidos, las numerosas fuentes de error tan difíciles de evitar.

Todo difiere en el orden médico; los casos son siempre para nosotros muy limitados por la naturaleza misma de las cosas; lo son aún más por la imposibilidad para nosotros de conocerlos y de reunirlos todos. A lado de algunas centenas de casos publicados por un pequeño número de hombres que escriben mucho, existen millares de casos perdidos en la oscuridad de la clínica muda de esa multitud de médicos que, en medio de una utilidad práctica de todos los instantes, no pueden en absoluto escribir de todo, ni incluso tienen apenas tiempo de leer un poco. Así pues, en Medicina práctica, los casos son demasiado poco numerosos para entrar en el dominio del cálculo de probabilidades; y además, el mayor número de esos casos escapan muy evidentemente al cálculo, a la comparación, al control: ahora bien, todos estos casos perdidos, ¿qué resultados introducirían en la cuestión, en esta aritmética médica? Nadie osaría decirlo.

Aunque se va acentuando la utilidad de los datos de la práctica médica, estos nunca dirán nada sobre el futuro del paciente individual que el médico atiende. Los datos ofrecen una especie de marco general: pueden proporcionar comparaciones generales entre tratamientos y, así, ofrecer directrices generales. Que las conclusiones sobre datos particulares puedan ser aceptadas no es sólo un asunto de los datos, sino también del razonamiento lógico que subyace tras los datos (por que los datos médicos son imperfectos y no llevan a probabilidades). Los ponentes mencionan el viejo adagio de Morgagni *"Non numerandae sed perpendendae observationes"* (no tendrían que contarse, sino ponderarse los hechos), el cual fue ligeramente, aunque significativamente, cambiado para el lema de la "Societé de Médecine d'Observation" en *"numerandae et perpendendae"*. Está claro que los ponentes se mostraron más cautelosos. Se puede adivinar que esto fue debido a las discusiones entre Poisson, el matemático, Larrey, el cirujano del ejército, y Double, que se iba distanciando cada vez más de la vía tipo Civiale de hacer investigación médica.

Si entendemos bien a los ponentes, ellos sostienen que hay que juzgar dos veces. El primer juicio es si hay que aceptar el veredicto de los datos comparativos, que es tanto un asunto del razonamiento lógico sobre la investigación y los principios tras de sí, como de los mismos datos. El segundo juicio es si el veredicto total se aplica a un paciente particular individual. Al final de la memoria, los ponentes incluyen esta cita del matemático Lacroix: *La bondad de este cálculo depende, aquí como en todas partes, de la elección de los datos, y a continuación, del buen empleo que se haga; y este buen empleo no puede consistir más que en el examen detallado de las circunstancias de cada dato, en el cuidado de la descomposición tanto como sea posible, con el fin de no tener que pronunciarse más que sobre proposiciones de una igual simplicidad, de una igual evidencia y sobre todo con el fin de tener su espíritu en guardia contra toda parcialidad a favor del resultado cualquiera que pueda ser.*

Tales temas han sido discutidos por otros investigadores posteriores. Greenwood [12], el primer profesor de epidemiología de la London School of Higiene escribe en 1936 en su informe sobre Pierre Charles Alexandre Louis y la "Societé de Médecine d'Observation" lo siguiente: "Él no es un actuario aconsejando a una empresa aceptar (o rechazar) riesgos, sino que es un médico llamado para ayudar a un enfermo". Esto es un eco, con una distancia de un siglo, de lo que leemos en el informe sobre el trabajo de Civiale: *¿Qué resultado puede esperarse si uno trata de determinar con que edad fallecerá Pedro a partir de una tabla general de mortalidad?*

CONCLUSIONES

El trabajo que fue presentado en la Academia Francesa desempeñó un importante papel en dos controversias: el mejor tratamiento en las piedras de la vejiga, y el papel del razonamiento probabilístico en medicina. La primera controversia fue pronto ganada por los litotriptores: la mortalidad al eliminar la piedra de la vejiga mediante instrumentos transuretrales era lo suficientemente menor como para llevarles al triunfo. El segundo necesitó el transcurso de más de un siglo para que volvamos a ver el renacimiento del interés por el razonamiento numérico en medicina clínica. Varios de los temas de la segunda controversia todavía desempeñan su papel en debates de hoy sobre la utilidad relativa del razonamiento numérico, y sobre el papel relativo de la perspicacia y los datos numéricos en la decisión de cuál proposición científica es verdadera. En verdad, podríamos concluir que *El nivel de debate no ha avanzado mucho desde Civiale y las espadas siguen cruzadas* [13], una observación que podría ser un punto de partida para la autorreflexión sobre todos los aspectos, para llegar a un mejor entendimiento mutuo.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Poisson SD, Double FJ *et al.* Rapports: Recherches de Statistique sur l'affection calculeuse, par M. Le docteur Civiale. *Comptes Rendus Hebdomadaires des Séances de l'Académie des Sciences* 1835;1:171–72. La versión en inglés: Statistical research on conditions caused by calculi by Doctor Civiale traducido para la *International Journal of Epidemiology* by Angela Swaine Verdier, 2001; 30:1246-1249.

[2] Black N: Commentary: That was then, this is now. *International Journal of Epidemiology*, 2001; 30:1251.

[3] Matthews JR: Commentary: The Paris Academy of Science report on Jean Civiale's statistical research and the 19th century background to evidence-based medicine. *International Journal of Epidemiology*, 2001; 30: 1249-1250.

[4] Tröhler U: Commentary: 'Medical art' versus 'medical science': J Civiale's statistical research on conditions caused by calculi at the Paris Academy of Sciences in 1835. *International Journal of Epidemiology*, 2001; 30: 1252-1253.

[5] Vandenbroucke JP: Commentary: Treatment of bladder stones and probabilistic reasoning in medicine: an 1835 account and its lessons for the present. *International Journal of Epidemiology*, 2001; 30: 1253-1258.

[6] Almenara Barrios J, Silva Aycaguer LC, Benavides Rodríguez A, García Ortega C, González Caballero JL. Historia de la Bioestadística: la génesis, la normalidad y la crisis. Cádiz: Quorum Editores; 2003.

[7] Steinbock RT. Urolithiasis (Renal and urinary bladder stone disease). In: Kiple FK (ed.). *The Cambridge World History of Human Disease*. Cambridge: Cambridge University Press, 1993, pp.1088–92.

[8] Kiefer, JH. Jean Civiale (1792-1867). *Investigative Urology*, Vol. 6, No. 1, pp. 114-117, 1968.

[9] Galbraith Simmons, J. Doctors and Discoveries. Lives that Created Today's Medicine. Boston, NY, Houghton Mifflin Company, 2002.

[10] Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based Medicine. JAMA 1992; 286: 2420-2425.

[11] Díaz Reina A. La peste, las cuentas de mortalidad y el nacimiento de las Estadísticas Médicas: John Graunt. *Hygia de Enfermería,* 2006; 62: 26-31.

[12] Greenwood M. *The Medical Dictator and Other Biographical Studies. (1st Edn 1936).* Reprinted, BMA House: Keynes Press, 1986, pp. 73-88.

[13] Davey Smith G, Egger M. Incommunicable knowledge? Interpreting and applying the results of clinical trials and meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 1998; 51: .

DISPOSITIVOS QUE AYUDAN EN LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE ANCIANOS Y DISCAPACITADOS

DEVICES THAT HELP IN THE INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF THE DAILY LIFE OF ELDERS AND DISABLED PEOPLE

- **Mª Del Castillo García Velázquez[1]**
- **Alfredo Jesús Poley Guerra[2]**
- **Ricardo José Pérez Galán[3]**

1. Diplomada en Enfermería. Enfermera Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sur. (Sevilla).
2. Diplomado en Enfermería. Enfermero Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sur. (Sevilla).
3. Diplomado en Enfermería. Centro de salud de atención primaria de "Otero" en Ceuta.

Resumen

Tras la publicación en el número 56 de esta revista del artículo "Dispositivos para favorecer las actividades de la vida diaria en los ancianos", nos quedaron muchos utensilios interesantes que favorecen y ayudan a la independencia o a la menor dependencia de personas mayores y discapacitados. Descubrimos que existen una gran cantidad de ayudas técnicas cuya finalidad es dar soporte a aquellas personas con algún grado de dependencia física, tanto en las actividades de la vida diaria (que son las explicadas en el citado artículo) como en las actividades instrumentales, que son las que vamos a desarrollar en este texto.

Utilizando la escala de Lawton y Brody hemos clasificado aquellos dispositivos que pueden ser útiles para estas personas, favoreciendo su autonomía, y en definitiva la calidad de vida: usar el teléfono, preparar la comida, cuidar de la casa, hacer la compra, usar medios de transporte… pueden ser tareas difíciles de superar para personas con discapacidades cuando se ignoran mecanismos que les hacen la vida más fácil y cómoda.

Se trata de una gran cantidad de ayudas de diversa índole y complejidad, que implican desde mecanismos muy sencillos hasta las tecnologías más actuales con el único propósito de que discapacitados y ancianos mejoren su independencia.

PALABRAS CLAVE:

- Ayudas técnicas,
- Calidad de vida,
- Discapacidad,
- Dependencia,
- Anciano,
- Escala de Lawton y Brody.

KEY WORD:

- Technical helps,
- Quality of life,
- Risability,
- Rependence,
- Elder,
- Lawton and Brody´s Scale.

ABSTRACT:

After the publication in the number 56 of this magazine of the article "to favor the activities of the daily life in the elders", we still had Devices many interesting utensils that favor and help to the independence or to the minor dependence of major persons and disabled persons. We discover that they exist a great quantity of technical helps which purpose is to give support to those persons with some degree of physical dependence, so much in the activities of the daily life (that are the explained ones in the mentioned article) as in the instrumental activities, which are those that we are going to develop in this text.

Using the scale of Lawton and Brody we have classified those devices that can be useful for these persons, favoring their autonomy, and definitively the quality of life: to use the telephone, to prepare the food, to take care of the house, to do the purchase, to use means of transport… can be tasks difficult to overcome for persons with disabilities when there are ignored mechanisms that do to them the easiest and comfortable life.

It is a question of a great quantity of helps of diverse nature and complexity, which they imply from very simple mechanisms up to the most current technologies with the unique intention of which disabled persons and elders improve their independence.

INTRODUCCIÓN:

Es evidente el cambio demográfico que están sufriendo los países industrializados. Se ha incrementado considerablemente la esperanza de vida, y esto conlleva al envejecimiento de la población, la cual se hace más dependiente con el paso de los años. Se prevé que cada día habrá más demanda de asistenta a la tercera edad y ésta pedirá ayudas técnicas para solucionar en la medida de lo posible sus problemas de bienestar y confort. El deseo de los ancianos, por lo general es permanecer en el domicilio, reservando la institucionalización para cuando la dependencia sea total, por tanto, se hace de vital importancia la modificación del entorno en su propia casa, con autonomía, independencia y dignidad, y por tanto con mejor calidad de vida.

Por otro lado, las políticas sociales intentan la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad. De esta forma, la inserción laboral, la independencia personal, económica y en definitiva el desarrollo de su personalidad es el objetivo común de estas personas.

Existen elementos que son un complemento importante para las actividades instrumentales de las personas mayores y discapacitados físicos, que favorecen su independencia y autonomía en el hogar y fuera de éste y que se pueden utilizar para: usar el teléfono, hacer la compra, cuidado de la casa, lavado de la ropa, trasladarse,… en definitiva, son elementos pensados y diseñados para dar autonomía hacer la vida más fácil a aquellas personas con deficiencias físicas. En nuestro país estas ayudas son grandes desconocidas, a diferencia de otros países en los que existe gran tradición en el uso de estos dispositivos (Inglaterra, Canadá, E.E.U.U…)

Las ayudas técnicas permiten la pequeña o gran adaptación de las viviendas y del medio del discapacitado, en función de las necesidades de cada uno. Es importante dejarse asesora por profesionales y técnicos en esta materia.

OBJETIVO:

Aumentar la autonomía de los ancianos y discapacitados en las actividades instrumentales de la vida diaria utilizando ayudas técnicas disponibles en el mercado.

MATERIAL Y MÉTODO:

El material empleado ha sido una recopilación bibliográfica además de una búsqueda por internet. Hemos obtenido abundante información, la cual hemos tratado de sintetizar y de exponer los métodos que nos han resultados más innovadores, desconocidos y útiles para las actividades de la vida diaria de los ancianos.

Hemos recurrido a la clásica escala de las actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D) (ver anexo I), que incluye como parámetros: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad respecto a su medicación y manejos de sus asuntos económicos. Así hemos ordenado la información obtenida, destacando la que nos ha resultado de mayor interés.

RESULTADOS:

Las ayudas técnicas son casi infinitas, y aumenta su cantidad casi cada día, perfeccionando las ya existentes y diseñando otras nuevas que se adapten a las necesidades de las personas con disminución o pérdida de funciones.

Abarcan todos los campos: físicos, cognitivos,... y todas las edades: niños, adultos, personas mayores.

Algunas de las cosas que facilitan nuestra vida diaria son en realidad ayudas técnicas llevadas a la práctica y a la popularidad; un ejemplo curioso sería el de los monomandos para los grifos, que tan usuales son hoy en día, y que sirven de manera perfecta para las personas con disminución de la fuerza, con problemas de artrosis, artritis, u otra patología osteoarticular, etc.

En este trabajo se ven algunos ejemplos de estas útiles ayudas en la vida cotidiana.

1. CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFÓNO:

TELÉFONO CON TECLAS GRANDES Y DE MARCACIÓN DIRECTA

Solo es necesario descolgar y pulsar la fotografía deseada. Posee manos libres y amplificador de volumen del auricular además de avisador luminoso de llamada

IDENTIFICADOR DE LLAMADAS TELEFÓNICAS:

Pequeño sintetizador de voz que, conectado al teléfono, identifica mediante mensaje de voz el número de las llamadas entrantes. El aparato almacena en su memoria detalles de las últimas llamadas.

MOBILE SPEAK

Programa que actúa como un lector de pantallas para teléfonos móviles, permitiendo el acceso a la mayor parte de las funcionalidades de éstos.

Permite acceder directamente a las funcionalidades del teléfono móvil, sin necesidad de usar ningún tipo de interfaz, actuando de la misma manera que lo hace Jaws con los ordenadores. Soporta tres niveles de verbosidad y es posible cargar diferentes voces y lenguajes a la vez

PROLONGADOR TELÉFONO MÓVIL

Palo de madera uno de cuyos extremos se engancha en la funda de un teléfono móvil Permite acercar el teléfono sin necesidad de forzar la flexión de codo y hombro. Útil para enfermos con esclerosis múltiple y tetraplejia…

TELEASISTENCIA:

Programa de Ayuda a personas mayores y personas discapacitadas que viven solas, y que proporciona comunicación, autonomía y seguridad en situaciones de necesidad, mediante un terminal conectado telefónicamente a una central de ordenadores y un colgante personal que activa el sistema. El usuario recibe respuesta instantánea y, si es preciso, se desplaza personal especializado para atenderlo con urgencia.

2. HACER LA COMPRA:

Existen andadores con cestillo ideal para las pequeñas compras, así como otros dispositivos que ayudan a la deambulación (muletas plegables, sillas de ruedas con y sin motor, scooters…).

SILLA DE RUEDAS PARA HEMIPLÉJICOS

Debe tener un posabrazo lo suficientemente ancho como para acomodar y sostener sin que se deslice hacia dentro ni hacia fuera y lo suficientemente largo como para que el paciente lleve el brazo lo más que pueda hacia adelante, permitiendo así la extensión de codo y evitando que se retraiga el hombro.

Mejor que el posabrazo es que el paciente tenga una tabla retirable delante de él, porque así tiene ambos brazos delante, ve su brazo y mano del lado afectado y también realiza ejercicios bilaterales con las extremidades superiores.

3. PREPARACIÓN DE LA COMIDA:

ABRELATAS:

Permite Abrir con mucha facilidad todo tipo de latas de conservas, los hay que se pueden usar con una sola mano, eléctricos, fijos, para zurdos…

El de pared soporta la lata que se desea abrir, con lo que permite la apertura con una sola mano. Ideal para personas que tiene problemas en la sujeción o le falta una mano.

Otros se caracterizan por tener un gran asidero que permite una fácil sujeción y facilita la apertura.

PELADORES:

Facilitan la acción de pelar. Muy útiles hasta para los que no tienen ninguna dependencia. Los hay que se pueden fijar para utilizar con una mano.

RALLADORES:

Facilitan la acción de rallar con una sola mano.

TABLAS:

De distintos materiales rígidos con los bordes elevados. Son ideales para personas que solo pueden usar una mano o los que tienen debilidad. Existen unas especiales para rebanar, tanto pan como otros alimentos

LIMPIAVERDURAS:

Cepillo que incorpora dos ventosas que sirve para que se pueda limpiar la verdura con una sola mano.

CEPILLO FREGAPLATOS CON VENTOSA:

Lleva dos ventosas que le permiten fijarlo sobre el borde del fregadero y posibilita que pueda fregar una persona con una sola mano.

MEZCLADOR- AMASADOR DE PASTA:

Su ligereza permite amasar sin esfuerzos.

BOL CON BASE DE SUCCIÓN:

Dispone de una base de succión accionada por una palanca elevadora que permite un anclaje firme sobre la superficie de preparación de los alimentos. El efecto de succión se puede poner o quitar accionando la palanca en una u otra dirección.

CUCHITENEDOR AUTOMÁTICO DE CORTE CUADRADO:

Corta una pequeña porción sólo con bajar la mano, y vuelve a su posición, por lo que es muy seguro. Especialmente útil para personas amputadas del miembro superior o con un hemicuerpo paralizado.

CUCHITENEDOR CURVO OSCILANTE:

El filo cortante se encuentra en la curva, y basta con una ligera oscilación sobre el alimento para conseguir un perfecto corte. Se debe manejar con precaución.

CUCHITENEDOR ERGONÓMICO:

La posición con la que se ataca los alimentos al cortarlos permite que la muñeca esté alineada y los dedos realicen una pinza a plena mano, fuerte que impide la desviación de los dedos.

CINTA CON AGUJEROS

Esta cinta con agujeros nos ofrece la ventaja de poder adaptar cualquier tipo de cubierto a aquellas personas que no puedan realizar una prensión de la mano o padezcan alguna anomalía en la función del dedo pulgar.

CUCHILLOS DE COCINA CON EL MANGO EN ÁNGULO RECTO,

Especialmente indicados para evitar deformidades articulares a nivel del carpo (inclinación cubital). Muy indicados para personas que padecen artritis reumatoide y otros procesos articulares degenerativos.

DESTAPADOR DE FRASCOS Y BOTELLAS

Se atornilla debajo de un estante o una alacena. El frasco se desliza por la "V" hasta que la tapa se calza y luego se gira para retirar la tapa.

Dispositivo cónico de goma con estrías en la superficie exterior para facilitar la sujección con la mano. Permite abrir las tapas a rosca de los frascos con bastante facilidad. Características: adecuado para tapas de 20 - 85 mm de diámetro. Peso: 100 g.

DESTAPADOR DE FRASCOS DE TORSIÓN.

Permite un buen brazo de palanca para la apertura de frascos de tapas de torsión. Apto para tapas de varios centímetros de diámetro.

SOPORTE DE FRASCOS Y BOTELLAS

El soporte se engancha en el borde de la superficie de trabajo y el frasco o la botella se colocan en la "V", para quedar trabados por el émbolo de madera, que puede empujarse con el vientre o la cadera, dejando las manos libres para girar la tapa. El cuerpo es de plástico moldeado con pies antideslizantes y forro de goma. Puede usarse con la mayoría de los destapadores.

DESTAPADOR DE FRASCOS Y BOTELLAS

La banda flexible de acero inoxidable con horquilla de goma interna se coloca alrededor de la tapa y se fija con el tornillo del extremo del mango. Este último se usa como palanca. Apto para tapas de varios tamaños.

TABLA DE CORTAR:

La abrazadera de plástico sujeta elementos tales como latas o tazas y las púas de acero inoxidable sostienen los vegetales para pelarlos. Ideal para las personas que tienen dificultades en el agarre o solo pueden usar una mano.

TABLA PARA UNTAR PAN

Con un reborde elevado en forma de "L" en una esquina, que permite untar el pan con una mano. Mide 18 x 26 cm.

SOPORTE DE MANGOS DE SARTÉN

Se fija al costado o a la parte superior de la cocina, para sostener el mango de una cacerola en su lugar cuando se revuelve el contenido. Placa y base de acero recubierto de un bucle que se fija a la cocina mediante almohadillas autoadhesivas.

CUCHILLO TIPO MECEDORA

Posee una hoja ancha filosa solo en los dos tercios centrales, para seguridad del usuario. Su uso requiere mínimo esfuerzo. Ideal para personas con debilitamiento de las extremidades superiores o movimiento limitado de la muñeca.

BALANZA DE COCINA PARLANTE:

Permite pesar alimentos u objetos hasta 2 kg. Proporciona la medición a través de voz, permite ir incrementando el pesaje. Posee desconexión automática a los dos minutos de no ser usada.

JARRA EN RELIEVE:

Jarra de plástico de 1 litro de capacidad que incorpora un sistema de medida táctil para ayudar a medir los ingredientes líquidos que se utilizan en la cocina. Esta medida, marcada en relieve en ambas caras, es reversible y permite al usuario la medida de líquidos. Ideal para personas con deficiencias visuales.

BANDEJA PARA MANO LIBRE CON MANTEL ANTIDESLIZANTE

Bandeja de melanina con manija moldeada en plástico de diseño ergonómico. El mantel antideslizante evita que los objetos se desplacen por la bandeja aún cuando ésta esté inclinada.

4. CUIDADO DE LA CASA:

La mitad de los discapacitados adaptan ellos mismos sus electrodomésticos para no tener que solicitar ayuda al manejarlos, según datos del estudio La accesibilidad de los electrodomésticos, realizado por Expert en colaboración con el Centro de Investigación y Desarrollo para las Aplicaciones Tiflotécnicas de la ONCE (Cidat), España

ONCE y algunas empresas líderes en electrodomésticos mostraban en una exposición en 2005 sus últimos avances en proyectos de desarrollo para mayor accesibilidad de los discapacitados visuales. Destaca la demostración de la aplicación de la tecnología Bluetooth en los electrodomésticos. La tecnología hace posible recibir mensajes de voz sobre su estado de funcionamiento en cualquier dispositivo con altavoz (equipos hi-fi, televisión etc.) facilitando así la utilización por parte de personas invidentes

LIFT

Una revolución en las sillas de ruedas para el trabajo y el hogar. Con la ayuda de un pistón de gas el usuario puede elevarse hasta la altura de una persona adulta que está de pie.

COMUNICADOR PORTÁTIL:

Para personas con alteraciones en la comunicación, están estos teclados que proporcionan una manera rápida de comunicación.

PINZA ALARGADORA:

Este es otro de esos instrumentos que podemos ver en múltiples centros comerciales, y cuya función es bien conocida. Su uso, en caso de personas en silla de ruedas o que sufren enanismo, por ejemplo, puede evitar reformas arquitectónicas en la casa, y facilitar su vida cotidiana

PORTALLAVES:

Hace lo que antes requería mayor esfuerzo, evitando posiciones viciosas y dolor. Es un elemento simple que permite coger con toda la mano y girar la muñeca con menor esfuerzo. Resuelve los problemas de gente con artrosis y artritis, y con otra patología que impide hacer pinza fina

TIJERAS RODANTES PARA UNA MANO:

Permite contar con una sola mano, con todas las ventajas que esto supone para las personas que solo pueden usar uno de los brazos.

ADAPTADOR DE GRIFO:

Tipo de adaptación que facilita la apertura y cierre de los grifos y ayuda a identificar si es de agua fría o caliente por su color.

Existen diversas adaptaciones para el grifo. Si cambia el grifo lo mejor son los monomando, y mejor aun si es un modelo que gradúe la temperatura.

Este adaptador es muy útil para las personas que por falta de fuerza en las manos o porque padece alguna patología, el acto de abrir y cerrar los grifos se convierte en una dificultad.

INDICADOR DE EL NIVEL DE LÍQUIDOS:

De uso doméstico, permite comprobar el nivel de líquido vertido en un recipiente mediante tres varillas de acero. Fabricado en polietileno. Funciona con una batería de litio.

METRO BRAILLE CARPINTERO:

Metro Carpintero de plástico, con una longitud de 2 metros, dividido en tramos de 20 centímetros. Cada centímetro está marcado en braille con un punto y cada 5 centímetros con una raya. Lleva impresas las medidas en braille.

SHERLOCK LECTOR ETIQUETAS PARLANTE

Reproductor y grabador de etiquetas parlante que utiliza la

tecnología de radiofrecuencia, para la grabación y posterior reproducción de mensajes en unas etiquetas suministradas con el equipo, que se adosan a cualquier objeto, permitiendo así su identificación.

Además, cada vez que se ejecuta una función (pulsando la tecla correspondiente), la máquina emite mensajes de voz y/o pitidos que ayudan al usuario a saber si dicha función se ha realizado correctamente o no.

5. LAVADO DE LA ROPA

LAVADORA ADAPTADA AL USO DE LAS PERSONAS CON MINUSVALÍAS VISUALES.

El objetivo de esta lavadora es el de aportar una ayuda técnica para "normalizar" la vida diaria de los discapacitados visuales en uno u otro grado.

En su adaptación para personas con discapacidad visual, a parte de contar con el panel de mandos también en lenguaje braille, se han incorporado suaves sonidos de puesta en marcha y arranque/finalización del ciclo de lavado, que facilitan su funcionamiento. Además, el manual de instrucciones cuenta con dos versiones: impresa y en CD con todas las indicaciones reproducidas con voz.

Además de una persona ciega, esta lavadora la puede usar cualquier persona, aspecto que ha definido como una innovación primordial.

ETIQUETA IDENTIFICACIÓN BRAILLE ROPA

Etiquetas de tela blanca con el nombre de un color escrito en braille en el centro. Han de coserse a la ropa.

ORGANIZADOR CALCETINES

Facilitar la organización y el emparejamiento de calcetines, mediante la colocación de cada unidad del par en los orificios de cada clasificador; de modo que los pares de calcetines pueden introducirse juntos en la lavadora, además de que el diseño del producto permite su tendido sin necesidad del uso de pinzas

6. USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

A. TRANSPORTE PÚBLICO:

Sin importar quien opere el servicio, los conductores deben ser capacitados para desempeñarse con eficacia en sus tareas, debiéndose enfatizar el manejo seguro. Es de especial importancia que se les capacite para que sean conscientes y sensibles de las necesidades de las personas con discapacidad. La capacitación debe incluir como abordar y asegurar a las personas con discapacidad.

TARJETA TAXI

Plastificada de forma rectangular con un ángulo superior cortado para identificar la posición. La palabra TAXI va impresa en tinta naranja reflectante en ambas caras. Dimensiones: 15 x 7,5 cm.

AUTOBÚS ADAPTADO:

Existen autobuses que tienen rampas que permiten que el discapacitado entre con la silla. Por otra parte, en el interior poseen asientos especiales o un lugar adaptado para que el discapacitado se quede en la silla.

PLATAFORMAS DE SUPERFICIE EN LUGARES CLAVE:

Pequeñas mini-plataformas en sitios clave pueden proporcionar acceso a trenes y tranvías.

MINI-BUSES ADAPTADOS

Con frecuencia, uno de los primeros pasos en la creación de un transporte público accesible es establecer un sistema usando pequeños autobuses o taxis.

Estos Autobuses realizan una ruta de servicio que por lo regular sigue un recorrido fijo, diseñado para pasar cerca de las casas de personas mayores o que tengan discapacidad, y por destinos importantes como centros comerciales, escuelas y centros de rehabilitación. En algunos casos la ruta de servicio permite que sus conductores se desvíen una corta distancia de la ruta fijada para recoger a una persona que haya solicitado el servicio vía telefónica desde su casa. (Este tipo de servicio es muy utilizado en nuestro país para acceso de los mayores a los centros de día, por ejemplo).

TAXI ADAPTADO:

Dotado de las mejores tecnologías y pensados para hacer posible la movilidad del colectivo de discapacitados físicos.

TAXIS CON RAMPAS

Es preferible en tener transportes que den servicio a todos los pasajeros, en lugar de sistemas separados para pasajeros con y sin discapacidad. Un ejemplo es el uso de taxis con rampas. Estos vehículos dan servicio a todos los pasajeros, pero pueden ser regulados para dar prioridad a las personas con discapacidad.

AVIÓN:

Los aeropuertos son cada vez más accesibles en muchos países de todo el mundo, incluyendo un rápido incremento en

los métodos para embarcar a los pasajeros con discapacidad. La foto inferior ilustra el uso de un ascensor portátil usado para embarcar un pasajero en silla de ruedas dentro de un avión.

B. TRANSPORTE PRIVADO:

Existen vehículos que se puede conducir desde la misma silla de ruedas una vea que han sido adaptados.

ADAPTACIÓN ASIENTO DEL COCHE.

Adaptación de ruleta para abatir asiento de coche. Ayuda para colocar la silla de ruedas sobre o dentro del coche.

Si una persona en silla de ruedas necesita guardar su silla en el asiento del copiloto es necesario muchas veces abatir un poco el asiento hacia atrás para que quede más espacio entre el cuerpo de la persona y el volante y pueda pasar la silla con holgura. Con esta adaptación se facilita manipular la ruleta que inclina el asiento

AYUDA PARA ABATIR EL ASIENTO DEL COCHE:

Carraca superpuesta a la ruleta de abatir el asiento del coche.

Permite el giro de la ruleta de abatir el asiento con un suave movimiento de palanca. Para abatir o enderezar el asiento solo hay que cambiar de posición la pestaña que está soldada a la carraca.

Si una persona en silla de ruedas necesita guardar su silla en el asiento del copiloto es necesario muchas veces abatir un poco el asiento hacia atrás para que quede más espacio entre el cuerpo de la persona y el volante y pueda pasar la silla con holgura. Con esta adaptación se facilita manipular la ruleta que inclina el asiento

ADAPTADOR DEL CIERRE DEL PORTÓN DEL COCHE.

Cinta para poder bajar desde la silla de ruedas el portón trasero de un coche. Permite alcanzar y cerrar el portón trasero de un coche. Útil para personas de baja estatura o en silla de ruedas.

MOTO PARA SILLA DE RUEDAS:

Moto con sistema de plataforma elevable para conducción desde la silla de ruedas. Dispone de anclaje automático para la silla de ruedas. Tiene marcha adelante y marcha atrás. Incorpora un pequeño maletero. Acceso a través de puerta lateral. El manejo de la moto es estándar. Se accede con la propia silla de ruedas marcha atrás. Una vez colocada la silla sobre la plataforma se eleva esta plataforma y ya está en disposición de marcha.

APARCAMIENTOS PARA DISCAPACITADOS**:**

Las dimensiones mínimas de las plazas reservadas serán de 5,00 x 3,60 metros

TARJETA EUROPEA DE ESTACIONAMIENTOS

Se ha adoptado una tarjeta de estacionamiento estándar europea para las personas con discapacidad. Actualmente esta tarjeta está vigente en varias Comunidades Autónomas y se espera que en breve plazo esté operativa para toda España.

La tarjeta se puede solicitar en los Organismos locales o provinciales, según corresponda. Quienes estén en posesión de la nueva tarjeta azul, tienen derecho en otros estados miembros de la UE, y en algunos otros países europeos, a las mismas facilidades de estacionamiento que se conceden a las personas con discapacidad residentes en tales países.

ACCESO A TRACTOR:

Plataforma de metal y cuerda para realizar la transferencia a un tractor desde una silla de ruedas. Se accede a la plataforma con la silla de ruedas y se Sujeta a la cuerda que está atada a una viga en el techo. Con un ligero movimiento de balanceo se salta desde la silla al asiento del tractor. Requiere fuerza en brazos y mucha coordinación. Útil para personas que sufren paraplejia.

7. RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:

DISPENSADOR DE MEDICAMENTOS:

Cuando algún enfermo, especialmente en el caso de enfermedades crónicas, necesita tomar gran cantidad de fármacos, su control es bastante complicado. Este dispensador se programa, de tal manera que una alarma suena a la hora correspondiente. Además, lleva un depósito, con lo que salen por un compartimento las pastillas que le toca tomar a la persona.

PARTIDOR Y TRITURADOR DE PASTILLAS:

Tritura las pastillas para mezclarlas con bebidas o alimentos. Sirve también para partirlas por la mitad. Fácil de limpiar.

PASTILLEROS SEMANALES:

Pastilleros que permite la dosificación previa de las tomas semanales, con uno o varios compartimentos diarios (dividido en desayuno, almuerzo , merienda y cena o en diferente franja horaria) en las que se puede distribuir un tratamiento médico, compuesto por preparados orales sólidos (píldoras, cápsulas, etc...). Diseñado para simplificar la labor de supervisión de la correcta ingestión de las tomas. Eficaz herramienta de gestión y control de la medicación, para los servicios de hospitalización y asistencia domiciliaria, de enfermos crónicos y/o de edad avanzada para evitar olvidos y errores en las dosis. Realizado con materiales plásticos de alta calidad y especificación alimentaria.

8. MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:

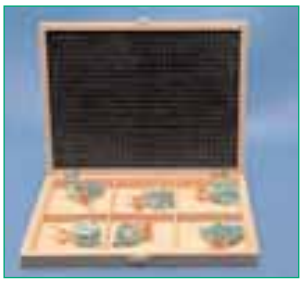
ADAPTADOR PARA ESCRITURA

Este engrosador permite agarrar un lápiz, un bolígrafo,... a plena mano, sin tener que realizar una pinza de precisión, como es la de la escritura, realmente complicada para personas con ciertas patologías (hemiplejías, parálisis cerebral, artritis, artrosis, etc.)

CALCULADORA CIENTÍFICO-FINANCIERA

Calculadora científica, financiera y estadística con voz en español. Emite respuesta oral sobre todas las pulsaciones del teclado y permite oír el contenido de la visualización en cualquier momento

CAJA ARITMÉTICA 6 COMPARTIMENTOS



Caja de madera dividida en 6 compartimentos para alojar los tipos numéricos. Mediante la combinación de los distintos tipos se realiza toda clase de operaciones aritméticas con extraordinaria facilidad de manejo.

CONVERSOR DE TEXTOS QUICK BRAILLE

Se trata de un programa que permite transcribir textos a formato braille.

LUPA TV PULSEDATA

Sistema compacto de ampliación en color y con autoenfoque. Incorpora pantalla de 15” TFT, conectable a PC, ofreciendo la posibilidad de ver simultáneamente la imagen de la cámara y la del PC.

CHATBOX

ChatBox ofrece a aquellas personas que no pueden hablar, una posibilidad económica y útil de romper ese silencio en el que se encuentran, permitiéndoles tener una comunicación básica con sus familiares, amigos, y todas aquellas personas que le rodean en su vida diaria. ChatBox puede jugar un papel importante en la adquisición de lenguaje de aquellas personas que tienen problemas cognitivos, ya que resulta muy estimulante para el usuario.

PULSADOR DE BARBILLA:

Pulsador muy sensible con una base de accionamiento amplia, mediante un soporte adecuado puede ser accionado con el mentón o la mejilla. Al ser accionado suena un clic indicador. Ordenador (Estudio)

Mano (La Persona)

PULSADOR DE PIE:

Indicado para ser accionado con el pie, si bien con una pequeña modificación podrá ser accionado con la mejilla o el mentón.

CONCLUSIÓN:

Tras el estudio realizado concluimos que existen gran cantidad de dispositivos y ayudas en le mercado, unas más innovadoras que otras, con mayor o menor tecnología; desde la mas simple tarjeta que lleva impresa la palabra TAXI, que carece de poca técnica pero supone un gran descubrimiento para personas con pérdidas visuales o para sordomudos, hasta la más sofisticada tecnología Bluetooth en los electrodomésticos que hace posible recibir mensajes de voz sobre su estado de funcionamiento en cualquier dispositivo con altavoz facilitando así la utilización por parte de personas invidentes.

Por lo general, estos dispositivos son de fácil manejo, económicos y de gran utilidad para favorecer las A.I.V.D, tanto es así, que un buen asesoramiento de ayudas técnicas y la disminución de barreras arquitectónicas en el hogar, incrementaría la independencia de los discapacitados físicos así como disminuiría la incidencia de institucionalizaciones en residencias geriátricas, y en definitiva aumentaría la calidad de vida de estas personas. A pesar de todo esto, son poco conocidos y usados en nuestro país tanto por los propios discapacitados, como la familia e incluso por el personal sanitario.

Creemos que es fundamental que el personal que trabaja

con discapacitados y ancianos, conozca la amplia gama de dispositivos que existen en el mercado y con los que puede contar, para ayudar y asesorar al paciente y/o familia a resolver ciertos problemas en la realización de A.I.V.D.

BIBLIOGRAFÍA:

www.tecnum.net
www.perezprim.com
www.cs.urjc.es/revistas/reito/AT/alimentacion.htm
www.imagina.org/mercado/index.htm
www.terapia-ocupacional.com/AyudasTecnicas.shtml
http://cidat.once.es/
www.vialibre.es/catalogo_ortopedia
www.ceapat.org:81/
www.apanovi.org.ar/acces/electro.htm
www.independentliving.org/movilidad/onboard3.html
www.orto-christian.com
www.geriland.com/es/
www.hipocampo.org/lawton_brody.asp
www.discapnet.es

M.C. García Velázquez y otros. Dispositivos para favorecer las actividades de la vida diaria. Revista hygia de enfermería. Nº 56. 2004.

Ruiperez, P. Llorente. Guía para auxiliares y cuidadores del anciano. Fundamentos y procedimientos. 1996. 1º edición. McgrawHill Interamericana.

L.F. Rodríguez Suárez. Manual de preparación para el técnico auxiliar de Geriatría. 1ª edición. 2000. Ed. Mad.

M.V García López. C. Rodríguez Ponce. Enfermería del anciano. 1ª edición. 2001. Ed. DAE.

Carnevali-Pzatrick. Enfermería Geriátrica. 2ª Edición. 1996. Ed. McGrawHill Interamericana.

ANEXO I: Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D)

Escala de Lawton y Brody

Aspecto a evaluar	Pun.
Capacidad para usar el teléfono:	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
Hacer compras:	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida:	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0

Aspecto a evaluar	Pun.
Lavado de la ropa:	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte:	
- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	
- Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
- Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
- No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	0
Puntuación total:	

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de 0 puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total. Esta escala es más útil en mujeres, ya que muchos varones nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan.

DOLOR TORÁCICO MECÁNICO O MUSCULOESQUELÉTICO

- **Agustín Míguez Burgos**[1]
- **Mercedes Jurado Muñoz**[2]
- **Damián Muñoz Simarro**[3]

1. D.E. FREMAP U.P.S. CIUDAD JARDÍN Sevilla.
2. Médico. D. C. C. U. Móviles Sevilla.
3. D.E. D. C. C. U. Móviles Sevilla.

Resumen

El dolor torácico agudo no traumático hace referencia a todo dolor significativo de tórax, de más de unos segundos de duración, sin aparente relación con un traumatismo ni lesiones visibles o palpables en el tórax.

El objetivo ante un paciente con dolor torácico es realizar una rápida evaluación, para descartar la cardiopatía isquémica como fuente del dolor debido al riesgo vital de estos pacientes y al tratamiento específico que necesitan. Tras la primera evaluación y la consecuente clasificación y diagnóstico se procederá al inicio de su asistencia y traslado al punto asistencial adecuado donde pueda recibir tratamiento definitivo si es necesario.

Al dolor mecánico o músculo esquelético se le considera el responsable de al menos el 10% del dolor torácico de origen no cardiaco. Existe una larga lista de entidades responsables de dolor a este nivel, las más frecuentes son: Mialgia epidémica, Fibromialgia, Artritis reumatoide, Osteoartritis, Origen psicógeno, Artropatías por cristales, Costo condritis, Síndrome de Tietze, etc.

En cuanto al tratamiento, lo debemos enfocar de forma individualizada según las necesidades clínicas del paciente e ir avanzando escalonadamente en las distintas opciones terapéuticas si así lo requiriese la situación.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Dolor torácico mecánico
- ✔ Dolor torácico músculo esquelético
- ✔ Diagnóstico
- ✔ Atención extrahospitalaria
- ✔ Tratamiento
- ✔ Paciente

INTRODUCCIÓN: CONCEPTOS

El dolor torácico agudo no traumático hace referencia a todo dolor significativo de tórax, de más de unos segundos de duración, sin aparente relación con un traumatismo ni lesiones visibles o palpables en el tórax.

Está definido por un amplio rango de manifestaciones que pueden ir desde la molestia, sensación de pesadez u ocupación, hasta dolor intenso con o sin irradiación. El dolor puede verse modificado por condiciones del paciente, edad, enfermedades de base como diabetes, o por aspectos étnicos y culturales. Es importante tener en cuenta que la intensidad de la manifestación no se correlaciona con la gravedad del proceso.

El diagnóstico de dolor torácico va a incluir las siguientes entradas según el CIE-9:

- 786.50 § Dolor torácico, sin especificar.
- 786.51 ⇛ Dolor precordial
- 786.52 ⇛ Respiración dolorosa (Dolor de la pared torácica anterior, pleurodinia).
- 786.59 ⇛ Otros dolores torácicos (Incomodidad, opresión, presión en el pecho). Excluye dolor de mama.

El dolor torácico es una causa frecuente de consulta urgente porque quien lo padece piensa en primer lugar en la posibilidad de que se trate de una angina de pecho o IAM, lo cual a su vez constituye un factor más de ansiedad y angustia para el paciente que lo sufre.

El objetivo ante un paciente con dolor torácico es realizar una rápida evaluación, para descartar la cardiopatía isquémica como fuente del dolor debido al riesgo vital de estos pacientes y al tratamiento específico que necesitan. Tras la primera evaluación, se procederá al inicio de su asistencia y traslado rápido y adecuado al punto asistencial adecuado donde pueda recibir tratamiento definitivo si es necesario.

ACTUACIÓN EXTRAHOSPITALARIA ANTE DOLOR TORÁCICO AGUDO NO TRAUMÁTICO

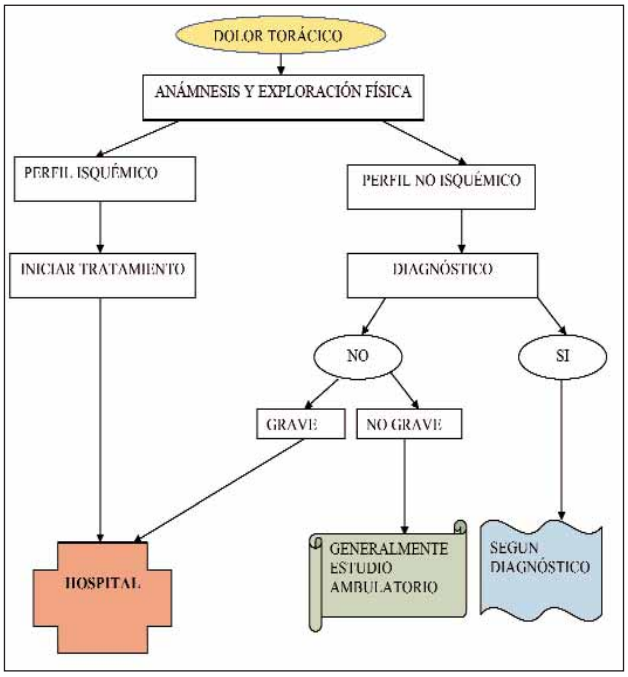


Figura 1

CLASIFICACIÓN DEL DOLOR TORÁCICO

A) Según su origen

El dolor torácico puede ser de origen visceral o central, se produce en esófago, miocardio, tráquea, bronquios, pericardio, arterias pulmonares, aorta y mediastino.

De origen parietal originado por trastornos en la pared torácica, pleura parietal o columna torácica.

También puede ser referido de estructuras fuera del tórax como la columna cervical y el abdomen.

O incluso tener un origen psicológico.

B) Según la clínica

Esta es la clasificación que tiene un mayor valor clínico, por lo que nos centraremos en ella en esta exposición.

Distinguimos el dolor pleurítico, se desencadena con los movimientos respiratorios, por o que el paciente se hace consciente de la respiración y suele acompañarse de sensación disneica. Suele ser de comienzo agudo, severo y típicamente unilateral. Tiende a ser localizado.

Dolor mecánico, no suele ser tan severo como el dolor pleurítico, no dificultando la respiración normal, pero sí se agrava con la respiración profunda, la tos y lo s movimientos. Suele presentar dolor a la presión sobre la zona afecta.

Dolor anginoso, es de tipo constrictivo, de límites imprecisos, generalmente localizado en la región anterior y central del tórax, con posible irradiación a brazos, cuello o epigastrio, y cuya intensidad y duración es variable. No se modifica con la tos o los movimientos torácicos o respiratorios. Puede presentar factores desencadenantes como el ejercicio, tensión emocional o la ingesta. Se alivia, característicamente entre 2 y 10 minutos tras iniciar reposo, y entre 1 y 3 minutos tras aplicar nitritos vía sublingual.

Dolor quemante, lo definen los pacientes como ardor o quemazón en la región anterior y central del tórax.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en una correcta anámnesis y una adecuada exploración física que debería incluir también pruebas de imagen (lo cual es imposible en la actualidad en la atención prehospitalaria). (Figura 1).

Tabla IV: Causas de dolor torácico de origen propiamente torácico*

MUSCULOESQUELÉTICO	NEURÍTICO	GLANDULAR
Cifoescoliosis	Herpes Zoster	Mastodinia
Mositis	Neuritis intercostal	Mastitis
Espasmo muscular	Costilla cervical	Tumor mamario
Fibrositis, fibromialgia	Síndrome hombro-mano	Flebitis de las venas torácicas
Esguince	Lesión plexo braquial	
Síndrome de Tietze	Radiculoneuritis secundaria a espondiloartrosis	
Bursitis subacromial	Espondilitis	
Traumatismo	Infiltración vertebral	
Tumor costal		
Tumor vertebral primario o metastásico		

* Adaptado de: Real MA, Fernández ME, Inuz M, Calvo E, Abreu MA. Atención a urgencias en un centro de salud. En: Gil VF, Merino J, Orozco D, Quirce F. Manual de Metodología de Trabajo en Atención Primaria. Madrid: Jarpyo Editores; 1997. p. 1381.

A) Anámnesis

En muchas ocasiones el diagnóstico resulta sencillo sólo con la historia clínica bien dirigida, analizando además la personalidad del paciente, contexto familiar, social y laboral. Otras veces es complicado diagnosticar la causa ya que un gran número de patologías pueden producir dolor en esa zona debido a la inervación de la zona y a que el dolor visceral tiene cualidades muy parecidas independientemente del órgano afectado.

Todo ello implica que para el diagnóstico aparte de la localización va a ser importante la forma y rapidez de inicio, irradiación, intensidad, temporalidad, etc. Es muy importante preguntar por las circunstancias que agravan, alivian o no tienen efecto en el dolor, así como los síntomas asociados: disnea con palpitaciones, tos y expectoración o hemoptisis (sugieren enfermedad pulmonar), disfagia con odinofagia (sugiere enfermedad esofágica), náuseas, vómitos, diarrea, distensión abdominal y dolor abdominal (origen gastrointestinal). El dolor retroesternal que se irradia a mandíbula y/o miembro superior izquierdo sugiere isquemia miocárdica, mientras que el irradiado a la espalda es más típico de patología esofágica.

Son importantes los antecedentes traumáticos, así como la

variación del dolor con la postura o la palpación, ya que pueden orientar hacia una patología parietal o vertebral y no visceral. El dolor localizado a un lado del tórax puede indicar lesión muscular, síndrome miofascial, fracturas o tumores costales, pleuritis, neumonías, etc. El localizado en región precordial puede indicar patología esternal como fracturas, mediastinitis, tumor mediastínico, alteraciones de la motilidad esofágica, angor coronario, etc. El dolor en la parte posterior suele deberse a trastornos músculo esqueléticos posturales, patología vertebral como osteoporosis, aplastamientos, hernias discales, fracturas, etc. o bien a patología muscular paravertebral y de la cintura escapular. El dolor radicular sobre una región previamente afectada por Herpes Zoster sugiere neuralgia postherpética.

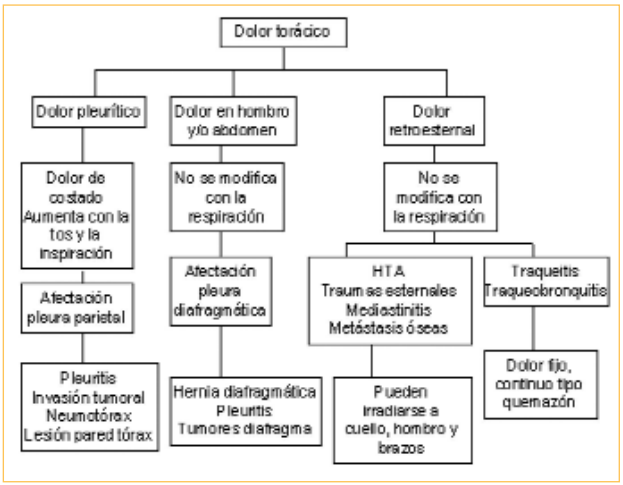
B) Exploración física

En todo paciente que presente dolor torácico debe realizarse:

- Determinación de las constantes físicas: temperatura, presión arterial, frecuencia cardiaca, glucemia, etc.
- Inspección torácica: hematoma, lesiones herpéticas, etc.
- Exploración osteo-muscular: articulaciones condroesternales, columna cervical y dorsal, del hombro, etc.
- Inspección, palpación y auscultación cardiopulmonar y del cuello.
- Exploración de las extremidades: pulsos periféricos, maniobra de Homans, etc.

DOLOR MECÁNICO O MUSCULOESQUELÉTICO

Se le considera el responsable de al menos el 10% del dolor torácico de origen no cardiaco. Existe una larga lista de entidades responsables de dolor a este nivel, nos referiremos a las más frecuentes.



DOLOR DE ORIGEN PARIETAL MUSCULOESQUELÉTICO

SÍNDROMES LOCALES
- **DOLOR VERTEBRAL**
  - **Síndrome del compartimento anterior**
  - **Síndrome del compartimento posterior**
  - **Síndrome del compartimento medio**
- **DOLOR DE LA PARED ANTERIOR DEL TÓRAX**
  - **Costo condritis**
  - **Síndrome de Tietze**
  - **Síndrome esternoclavicular**
  - **Artritis del manubrio esternal**
  - **Síndrome de la costilla flotante**
  - **Síndrome del xifoides doloroso**
  - **Síndromes miofasciales**
- **DOLOR MUSCULAR TRAUMÁTICO Y MIALGIA POR SOBREESFUERZO**

PRECORDIAL CATCH SYNDROME
- **MIALGIA EPIDÉMICA**

SÍNDROMES SISTÉMICOS
- **FIBROMIALGIA**
- **ARTRITIS REUMATOIDE**
- **OSTEOARTRITIS**
- **ARTROPATÍAS POR CRISTALES: GOTA Y PSEUDOGOTA**
- **PSICÓGENO**

A) SÍNDROMES LOCALES

1. Dolor de origen vertebral

La etiopatogenia de las enfermedades de la columna dorsal es similar a la de las regiones lumbar y cervical, con alguna particularidades. Pueden ser causa de dolor las siguientes estructuras:

- *Discos intervertebrales:* La percepción del dolor parece relacionarse con la localización anatómica del desgarro anular. Las roturas anteriores pueden producir dolor referido a estructuras extraespinales como las costillas, pared torácica, esternón, estructuras viscerales dentro del tórax o parte superior del abdomen. Los desgarros laterales suelen producir dolor radicular en la zona correspondiente y los posteriores dolor dorsal local o difuso.
- *Articulación costo vertebral:* Se han descrito casos de dolor pseudo visceral causados por esta articulación en diversos estudios. El dolor en estos casos se refería al tórax, abdomen, costados y región paraespinal.
- *Articulación costo transversa*
- *Articulaciones interapofisarias torácicas*: pueden ser de origen torácico, y se han elaborado mapas de áreas de dolor referido con la estimulación dolorosa de las distintas articulaciones.
- *Raíces nerviosas torácicas*: son una fuente potencial de dolor, provocan dolor radicular siguiendo su curso por debajo de la costilla. El dolor radicular puede ser debido a herniaciones discales torácicas, secuelas de artrosis, fracturas por compresión y escoliosis.
- *Elementos óseos torácicos*: fracturas, tanto traumáticas como patológicas o por osteoporosis.
- *Sistema simpático torácico*: teóricamente su lesión podría producir cuadros de dolor mantenido por el simpático. Se han descrito casos de compresión de troncos simpáticos por tumores, aneurismas, abscesos y osteofitos, produciendo síntomas deficitarios simpáticos, pero no síndromes dolorosos.

2. Dolor condrocostal

La *costocondritis*, definida por dolor en las articulaciones condroesternales o costocondrales, es la entidad más frecuente del llamado S*índrome de dolor en la pared torácica anterior*. La importancia de este síndrome es que a menudo simula al dolor por isquemia coronaria, o se asocia al mismo, motivo por el que es esencial hacer el diagnóstico diferencial. La etiología es desconocida en muchos enfermos, y a veces se pueden identificar posibles desencadenantes como traumatismos en la pared torácica anterior, tos crónica, exceso de uso de la extremidad superior, esternotomia media en pacientes sometidos a cirugía cardiaca, inflamaciones inespecíficas de las articulaciones cotoesternales, etc. Se caracteriza por dolor en la pared anterior del tórax que se irradia ampliamente por la región preesternal y a veces a la espalda y abdomen, de carácter sordo y continuo. La palpación de las articulaciones afectadas provocan dolor agudo y reproduce la irradiación. La presión firme sobre el esternón y uniones paraesternales izquierda y derecha, espacios intercostales, costillas, músculo pectoral, etc., reproduce el dolor.

Cuando la sintomatología afecta al 2º y 3er cartílagos intercostales, se habla del *Síndrome de Tietze.*

Los cartílagos afectados con mayor frecuencia en la costo condritis son del 2º al 5º, y no suele producirse inflamación de los mismos, al contrario que en el *Síndrome de Tietze.* Cuando afecta a cartílagos inferiores, el dolor puede referirse a la parte superior del abdomen y confundirlo con un cuadro abdominal.

El dolor se caracteriza por una fase aguda, que hace que con frecuencia sea diagnosticado en un servicio de urgencias y una fase crónica que puede durar meses.

3. Síndrome de Tietze

Como se ha mencionado antes, se trata de una costo condritis asilada del 2º y/o 3er espacio intercostal. Se produce una reacción inflamatoria del cartílago costal con hinchazón a menudo visible en la exploración, que puede crecer hasta ocupar los espacios intercostales adyacentes. No se produce supuración y es de carácter autolimitado. Etiología desconocida pero con frecuencia precedida de manifestaciones reumáticas y asociado al igual que la costo condritis a tos crónica, malnutrición, trabajos manuales duros, etc. La clínica es también similar y el dolor sigue un curso de exacerbaciones y remisiones que suele durar algunas semanas o meses. La hinchazón puede persistir años.

4. Síndrome esternoclavicular

También denominado hiperostosis esternoclavicular (Síndrome SAPHO). Es un grupo de enfermedades inflamatorias crónicas que suele manifestarse como inflamación de clavículas, región esternoclavicular, primeras costillas de forma bilateral, a veces articulación sacro iliaca, y columna vertebral.

Puede presentarse de forma aguda con dolor en cuello, hombro, brazo o tórax con niveles altos de inflamación. O bien de forma crónica con periodos de reagudizaciones y remisiones. Se caracteriza por artritis, hiperostosis y lesiones osificantes en las inserciones tendinosas y ligamentosas.

5. Síndrome de costilla deslizante

Síndrome doloroso causado por un aumento de la movilidad de los cartílagos costales de la 8ª, 9ª o 10ª costilla. Se piensa que es debido a la debilidad o rotura del tejido fibroso que une la porción anterior de una de estas costillas a la adyacente. Un traumatismo puede provocar la separación de los cartílagos costales, haciendo que los extremos cartilaginosos se curven hacia arriba permitiendo así que una costilla roce con otra con la respiración o movimientos torácicos, irritando el nervio intercostal correspondiente y provocando dolor referido al abdomen o pared torácica anterior. A veces no existe ningún traumatismo previo.

6. Síndromes miofaciales

Dolor torácico crónico causado por alteraciones musculares, es muy frecuente. Suele aparecer de forma gradual, aunque a veces se manifiesta con episodios agudos que pueden ser confundidos con dolor coronario. Se han descrito casos de dolor torácico referido por síndrome miofascial de los músculos masticatorios y posturales del cuello en el síndrome de la articulación temporomandibular.

B) PRECORDIAL CATCH SYNDROME

Entidad benigna de etiología incierta, caracterizada por dolor brusco, breve, be localizado, no irradiado, no relacionado con el ejercicio, que aumenta con la inspiración. Los episodios duran varios minutos y se resuelven espontáneamente. Carece de tratamiento específico.

C) SÍNDROMES SISTÉMICOS

Dolor torácico de origen psicógeno

Antes de diagnosticar el origen psicógeno del dolor es imprescindible descartar toadas las posibles causas orgánicas. Existen parámetros que apoyan la posibilidad de un origen psicógeno una vez descartadas la patología orgánica.

- Dolor localizado en el ápex cardiaco y no en el centro del tórax.
- Descripción dramática sin seguir ningún patrón fisiológico.
- La distribución del dolor no sigue un patrón anatómico lógico
- Afectación de distintos sistemas o diferentes patrones de dolor en diferentes ocasiones.
- El dolor no despierta al paciente por la noche, pero puede presentarse tras levantarse.
- Suele tener un desencadenante emocional y se suelen asociar síntomas y signos de ansiedad, depresión o neurosis.
- Responde de forma muy variable a los tratamientos.

TRATAMIENTO

Debe tratarse de forma individualizada según las necesidades clínicas del paciente e ir avanzando escalonadamente en las distintas opciones terapéuticas si así lo requiriese la situación. La primera medida a tomar en todos los casos y casi la más importante va a ser tranquilizar al paciente mediante las oportunas explicaciones que le lleven la convicción de que no sufre una enfermedad cardiaca grave.

En algunos pacientes se pueden tratar problemas músculo esqueléticos obvios con AINES y analgésicos e incluso a veces corticoides. Aunque puede no descartarse anomalías de la motilidad esofágica, es frecuente el reflujo esofágico en pacientes con coronarias normales, estos deben ser tratados en primer lugar con antiácidos e inhibidores de la bomba de protones, y en caso de no responder a la medicación deben ser derivados para un estudio digestivo. En pacientes con síntomas persistentes y discapacidad importante, que a menudo coexisten con problemas psicológicos, está indicado el tratamiento psicofarmacológico y psicológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Jiménez Murillo, L. y Montero Pérez, F.J. “Medicina de Urgencias: Guía Terapéutica”. Ediciones Harcourt. Madrid. 2006.

Coto López A. Morale J. M. Gutiérrez Rodero F. González E. “Dolor torácico” en: Gutiérrez Rodero F. García Díaz J.D. eds. Manual de diagnostico y terapéutica médica, 2ª ed. Madrid, 1990; 165-172.

Rutherford, J. D.; Braunwald, E.: Diagnóstico diferencial del dolor precordial. En: Braunwald E: Tratado de Cardiología, 4ª edición. Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1.993; pág: 1448-1449.

James H. Chesebro. La clínica del dolor torácico en el Servicio de Urgencias: abordaje de los pacientes y relación coste-eficacia. Grandes temas de la cardiología: avances hacia el cambio de siglo. 1998, American College of Cardiology.

Peñalver Pardines C, Cabrera Solé R, Lucas Imbernón FJ, Pérez Gómez F. Diagnóstico diferencial del paciente con dolor torácico. En: Cabrera Solé R, Peñalver Pardines C, eds. Urgencias en medicina diagnóstico y tratamiento. Madrid: Aula Médica, 1997; 27-33.

Fernández Mendoza B. “Dolor torácico en el servicio de urgencias: un reto por enfrentar”. Revista Colombiana de Cardiología. 2003: 10 (8) 455-63.

Saura Agel P. “Salas de observación del dolor torácico en urgencias. Un concepto funcional o estrcutural”. Med. Intensiva. 2005: 29 (9): 475-6

Ramos HR, Salas LM. “Triage de pacientes con dolor torácico. Papel de la enfermera en la categorización inicial. Sistemas de Triage”. Revista de la Federación Argentina de Cardiología. 2005: 34 (1) 34-43.

"PREVALENCIA DE LOS DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA"

- **María Isabel Barrigüete Andreu**[1]
- **Carmen González Porras**[2]

1. Diplomada Universitaria en Enfermería
2. Diplomada Universitaria en Enfermería

Enfermeras del Servicio Andaluz de Salud, Distrito Sanitario Sevilla Norte, Zona Básica de Lora del Río.

Presentado como comunicación tipo póster al I Congreso internacional de enfermería comunitaria. Septiembre de 2005.

Resumen

Introducción

La cuantificación de los cuidados que se prestan a los ancianos que viven en una residencia geriátrica solo es posible a través de su análisis por la ciencia enfermera, mediante el proceso de atención de enfermería (PAE), estudiando los diagnósticos enfermeros.

Éste trabajo es un estudio descriptivo y transversal para conocer la prevalencia de estos diagnósticos enfermeros en la población residente en un centro geriátrico.

Material y métodos

Se realiza el PAE en 52 residentes de la residencia "Ave María" de Lora del Río.

Se analizan las variables: edad (años), sexo (V-M), tiempo de estancia (meses) y diagnósticos enfermeros (NANDA). El tratamiento estadístico se realiza con la media aritmética, desviación típica, varianza y correlación de Pearson. La frecuencia de los diagnósticos se expresa en porcentajes. Todo ello a través del programa Epiinfo 2000.

Resultados

El perfil medio de la persona residente en una institución geriátrica es el de una mujer de cerca de 80 años que lleva más de 4 años en la residencia y que tiene muchos problemas de salud, los principales son: riesgo de caídas, deterioro de la movilidad física, dolor crónico, incontinencia fecal y urinaria y deterioro de la habilidad para la traslación.

Conclusiones

Conociendo la prevalencia de diagnósticos enfermeros es posible: hacer estudios posteriores de evolución, emplearlo en nuevas técnicas de gestión, elegir el diseño arquitectónico de las residencias, así como la formación de los profesionales que prestarán sus servicios en estas instituciones.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Geriatría y gerontología.
- ✔ Ancianos.
- ✔ Cuidados. Descriptivo.
- ✔ Geriatric and gerontológico.Old. Cares. Descriptive.

INTRODUCCIÓN

La atención a mayores de forma residencial se ha visto incrementada en los últimos años en todos los piases occidentales en cuanto a número de personas receptoras de este servicio y en cuanto a necesidades de cuidados de cada uno de los residentes. Este aumento es debido a la suma de diversos factores:

- Aumento de la expectativa de vida, lo que incrementa el número absoluto de mayores de 65 años en la población y también el porcentaje de este grupo etario en el conjunto.
- Aumento de la media de edad en este grupo, lo que incrementa las patologías crónicas, las discapacidades y la necesidad de cuidados.
- Incorporación de las mujeres al mercado laboral, grupo que tradicionalmente venía siendo cuidadora de sus familiares mayores y que actualmente no dispone de tiempo suficiente para prestarle cuidados.
- Mejora de los cuidados prestados de forma residencial, lo que favorece el activo de los mayores y la confianza de sus familiares en este servicio.

La cuantificación del aumento en cantidad de residentes, es sencilla y sería suficiente con el recuento de mayores de cada uno de los centros sociosanitarios residenciales en una unidad territorial y su comparación con periodos anteriores.

Sin embargo, cuantificar la cantidad de cuidados prestados a estas personas no es tan sencillo y menos aún la comparación con el pasado o con unidades territoriales diferentes. En este sentido, la ciencia enfermera tiene un gran campo que desarrollar, ya que aplicando valoraciones enfermeras que exploran todas las necesidades de las personas y que incluyen un gran número de escalas (capacidades de la vida diaria, instrumentales, riesgo de padecer úlceras por presión, memoria, depresión, etc...), es posible detectar los problemas, elaborar una serie de diagnósticos enfermeros personalizados, intervenir sobre ellos y establecer una serie de objetivos realistas para el futuro.

Desde la óptica de enfermería es posible cuantificar los cuidados prestados en base al lenguaje común de los diagnósticos enfermeros, por lo tanto es necesario comenzar por describir los diagnósticos más prevalentes y cuantificarlos para posteriormente realizar comparaciones y darle forma y cifras a esa percepción, hasta ahora no cuantificada, que todos tenemos sobre el aumento de los cuidados prestados.

Para conocer el estado actual de esta materia, se han realizado búsquedas en bases de datos secundarias: CUIDEN, Cochrane, fisterra y Pubmed con las palabras claves: prevalencia, diagnósticos enfermeros y residentes geriátricos. No se han encontrado estudios descriptivos que cuantifiquen la prevalencia de diagnósticos enfermeros en este tipo de residencias, ni aún de prevalencia en este segmento de población, estén o no, en residencias geriátricas. Esta falta de conocimiento, hace más necesario aún el estudio básico de prevalencia como base para estudios más profundos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este proyecto de investigación pretende ser un estudio descriptivo sobre la prevalencia de los diagnósticos de enfermería encontrados en los residentes del Centro “Residencia de Ancianos Ave María” del municipio de Lora del Río, Sevilla, entre los meses de Mayo de 2004 y Abril de 2005 con un total de 52 personas mayores.

El centro cuenta con una directora, una enfermera, una trabajadora social, 10 auxiliares de geriatría, un técnico de mantenimiento y 2 cocineras

De sus 40 plazas, 10 son concertadas y 30 son privadas.

Las bajas sufridas en el centro residencial en el periodo de estudio, han dado lugar a un número superior de personas estudiadas, a las que habitualmente residen en el centro, ya que fueron estudiadas todas ellas, aunque antes de finalizar el estudio causaran baja en el centro residencial por cualquier causa (la más frecuente fue el fallecimiento).

Se realiza a cada uno de los residentes un proceso de atención de enfermería completo y aislado en el tiempo (por tratarse de un estudio transversal al estudiarse prevalencia en un momento concreto), dentro de los meses de estudio, en sus cuatro fases de: valoración (1), diagnóstico (2), establecimiento de objetivos(3) e intervenciones(4). Para cada una de estas fases se emplea la documentación más actualizada y unificada con la que se cuenta en la actualidad siendo en cada fase:

- Valoración. Necesidades funcionales de Gordon. Incluidas las escalas de Barthel, Lobo, etc...
- Diagnóstico. Catálogo de diagnósticos enfermeros de NANDA.
- Objetivos. Catálogo de objetivos enfermeros NOC
- Intervenciones. Catálogo de intervenciones enfermeras NIC.

Las variables a estudiar son:

- Edad
- Sexo
- Tiempo de estancia
- Diagnósticos enfermeros.

En cuanto al tratamiento estadístico, se utilizará la media aritmética, la desviación típica, la varianza. El programa informático utilizado será EPI INFO 2000.

En cuanto a los recursos humanos empleados, todo el estudio se ha realizado por las dos enfermeras firmantes, desde el proyecto, diseño de investigación, trabajo de campo, tratamiento estadístico y redacción.

Los recursos materiales empleados serán:

- Báscula-tallímetro propiedad del Centro, adecuadamente calibrado.
- Equipo informático
- Programa EPI INFO 2000 de distribución gratuita.
- Material de papelería
- Material bibliográfico.

RESULTADOS

Los resultados en cuanto a medias, desviación estándar y varianza de las variables numéricas se expresan en la tabla 1.

Los resultados de las variables no numéricas se expresan en forma de frecuencia y son las que aparecen en la tabla 2 para la variable sexo y en la tabla 3 para la variable diagnósticos enfermeros.

Dentro del amplio abanico de los diagnósticos enfermeros en terminología NANDA, se han encontrado 35 de ellos en esta población, todos ellos esperables y frecuentes en población de edad avanzada. Algunos de ellos también pueden estar relacionados con el desarraigo de sus lugares de origen y familias aunque son en un número muy reducido.

Podemos extraer los diagnósticos que ocupan las 10 primeras posiciones en orden de frecuencia, entre los que cabe destacar que casi la mitad de ellos están relacionados directamente con el movimiento físico y el otros dos se relacionan también aunque indirectamente. Hacemos un breve análisis solo en los dos primeros ya que además de ser los más frecuentes, están íntimamente relacionados.

VARIABLE	MEDIA	DESVIACIÓN	VARIANZA
Edad (años)	**79.61**	8.25	68.12
Tiempo estancia (meses)	**52.01**	91.05	8290.96
Nº de diagnósticos diferentes	**6.33**	2.31	5.32

TABLA 1

Riesgo de caídas (92.3%)

Los factores relacionados más frecuentes para esta etiqueta diagnóstica han sido a su vez otros diagnósticos enfermeros: el deterioro de la movilidad física, deterioro de la deambulación, deterioro de la habilidad para la traslación, incontinencia urinaria funcional y trastorno de la percepción visual.

Es el diagnóstico más prevalente y el más importante en cuanto a repercusión futura de su prevención. En este diagnóstico se apoyan muchas de las exigencias arquitectónicas de los centros sociosanitarios y van destinadas fundamentalmente a la prevención de caídas que aumentarían la morbimortalidad e incluso la aparición o el aumento de otros diagnósticos como deterioro de la movilidad física, dolor crónico, deterioro de la deambulación.

Entre las exigencias arquitectónicas que se ven muy influidas por este diagnóstico podemos destacar el uso de barandillas en todas las zonas comunes de deambulación, la existencia de ascensor si hay más de una planta, la prohibición del uso de alfombras o de cualquier objeto que dificulte el paso o se encuentre en suelos de paso de residentes.

Entre las medidas que se toman habitualmente ante este diagnóstico podemos destacar todo tipo de utensilios que faciliten el apoyo en la deambulación como es el caso de bastones, andadores, etc. Y el uso de dispositivos de seguridad como es el caso de barandillas en las camas, cinturones de seguridad para residentes agitados, etc.

El porcentaje de existencia de este diagnóstico es tan elevado que hace necesario que las medidas adoptadas para ello sean generales para todos los residentes ya que antes o después, es previsible que todos los residentes lleguen a tenerlo.

Deterioro de la movilidad física (67.3%)

Los factores relacionados más frecuentes para esta etiqueta diagnóstica han sido a su vez otros diagnósticos enfermeros, entre los más frecuentes: dolor crónico, confusión crónica e intolerancia a la actividad.

Este diagnóstico va unido con el anterior y en ocasiones pueden estar relacionados etiológicamente ambos, es decir, que un riesgo de caídas o una caída ya existente dificulte o impida la movilidad física y se produzca por tanto un deterioro o el caso inverso en el que por encontrarse de base un deterioro de la movilidad física, aparezca o se incremente el riesgo de caídas.

Los dispositivos que se utilizan en el caso de la aparición de este diagnóstico son de muchos tipos y se emplean en muchas de las actividades de la vida diaria, entre ellos podemos encontrar: sillas de ruedas cuando el deterioro es tan severo que impide la deambulación autónoma; dispositivos para el uso del WC, elevadores, adaptadores, dispositivos para el uso de bañera o ducha, taburetes giratorios, etc; utensilios

específicos para manos con déficit de movilidad como tijeras, cucharas, tenedores y cuchillos especiales.

Es necesario señalar que más de la mitad de los residentes tiene un deterioro de la movilidad, lo que hace necesario la disponibilidad de un gran número de los dispositivos antes mencionados para cubrir las necesidades de una cifra tan elevada de personas.

De todo ello podemos extraer que el **perfil medio** de la persona residente en una institución geriátrica es el de una **mujer** de cerca de **80 años** que lleva más de **4 años en la residencia** y que tiene muchos problemas de salud, los principales son: **riesgo de caídas, deterioro de la movilidad física, dolor crónico, incontinencia fecal y urinaria y deterioro de la habilidad para la traslación.**

No se han encontrado resultados estadísticamente significativos en la relación entre variables.

Nº NANDA	ETIQUETA DIAGNÓSTICA	%
00001	Desequilibrio nutricional por exceso	**1.9**
00002	Desequilibrio nutricional por defecto	**1.9**
00011	Estreñimiento	**21.2**
00014	Incontinencia fecal	**46.2**
00016	Deterioro de la eliminación urinaria	**15.4**
00017	Incontinencia urinaria de estrés	**5.8**
00019	Incontinencia urinaria de urgencias	**13.5**
00021	Incontinencia urinaria total	**46.2**
00028	Riesgo de déficit de volumen de líquidos	**1.9**
00040	Riesgo de síndrome de desuso	**5.8**
00046	Deterioro de la integridad cutánea	**7.7**
00051	Deterioro de la comunicación verbal	**7.7**
00052	Deterioro de la interacción social	**7.7**
00054	Riesgo de soledad	**1.9**
00070	Deterioro de la adaptación	**17.3**
00085	Deterioro de la movilidad física	**67.3**
00088	Deterioro de la deambulación	**28.8**
00090	Deterioro de la habilidad de translación	**44.2**
00091	Deterioro de la movilidad en la cama	**1.9**
00095	Deterioro del patrón del sueño	**5.8**
00099	Mantenimiento inefectivo de la salud	**3.8**
00114	Síndrome de estrés del traslado.	**3.8**
00120	Baja autoestima situacional	**5.8**
00122	Trastorno de la percepción sensorial	**38.5**
00127	Síndrome de deterioro de la interpretación del entorno	**9.6**
00129	Confusión crónica	**17.3**
00130	Trastorno de los procesos del pensamiento	**1.9**
00131	Deterioro de la memoria	**32.7**
00133	Dolor crónico	**61.5**
00146	Ansiedad	**1.9**
00147	Ansiedad ante la muerte	**1.9**
00148	Temor	**5.8**
00149	Riesgo de síndrome de estrés del traslado	**1.9**
00150	Riesgo de suicidio	**1.9**
00155	Riesgo de caídas	**92.3**

TABLA 3

Prevalencia de diagnósticos enfermeros entre los residentes.

VARIABLE	MASCULINO %	FEMENINO %
Sexo	40.40	59.6

TABLA 2

CONCLUSIONES

Teniendo como punto de partida este estudio de los diagnósticos, es posible en el futuro conocer no solo la evolución esperada de cada persona mayor en el campo de las necesidades, sino también dar un paso más allá también en la gestión económica, sabiendo lo que cuesta la atención de cada persona en un momento concreto y la esperada con el paso del tiempo.

Conociendo los cuidados que requiere una persona en particular podemos saber lo que consume desde el punto de vista económico y de esta manera podremos saber lo que "cuesta" su atención integral.

La tendencia de la atención a nuestros mayores es de una personalización y profesionalización cada vez mayor. Conociendo los diagnósticos enfermeros que tiene en el momento del ingreso y por tanto los problemas funcionales y los cuidados que hay que aportarle, se puede personalizar también el precio de la atención y facturar ésta en función de "cuidados" en vez de en función de "tiempo de estancia" como es el estándar que se emplea actualmente.

Debido a las características de los dos diagnósticos mas prevalentes, **riesgo de caídas *(92.3%)* y deterioro de la movilidad física *(67.3%)***, su conocimiento ayudará también para mejorar el diseño arquitectónico de los edificios destinados a residencia de personas mayores y por otro lado, también ha de ayudar para optimizar el equipamiento necesario de cada centro residencial, donde se hace necesario disponer de sillas de ruedas, andadores, grúas, etc... en cantidad suficiente para cubrir las necesidades de ese porcentaje tan elevado de personas (>60%).

Ayudará también al diseño de los planes de estudios de los profesionales que atiendan a este grupo de población, que quizá precise una mayor formación en lo referente a movilizaciones, tratamientos fisioterápicos, prevención de accidentes, rehabilitación, etc...

Serían necesarios más estudios como el llevado a cabo en esta residencia para poder extrapolar los resultados a todas ellas, pero creo que después de visitar algunas más en la misma zona geográfica, lo encontrado en ella es aplicable a cualquier otra.

Es posible que en los centros residenciales actuales se presten cuidados físicos de mucha calidad a los residentes y que otros aspectos de la persona como son los sociales, psicológicos o intelectuales estén aún necesitados de mayor atención. Seguramente la actuación en estos aspectos mejoraría muchos de los diagnósticos más prevalentes encontrados en el presente estudio.

Son muchos los motivos que indican que son necesarios estudios más profundos y continuados en el tiempo. También son necesarios estudios de intervención para poder tener una base evidente al elegir entre las diversas intervenciones posibles en la resolución de cada diagnóstico. La enfermería tiene en este sentido todo un campo extenso para el estudio.

Debido a las características especiales de la población a la que se atiende y a la necesidad de cuidados tan amplia que tienen, es necesario que sea una enfermera la responsable de estos cuidados y también que esta enfermera tenga unos conocimientos especiales en todos los problemas de la persona en edad geriátrica, se hace necesario por tanto, la especialización en gerontología y geriatría para enfermería.

AGRADECIMIENTOS

Queremos manifestar nuestro agradecimiento a todos los trabajadores del Centro Residencial "Ave María" por su colaboración en cada una de las visitas necesarias al centro para realizar el presente trabajo. En especial a su directora Dª Josefa de la Vara González y a su trabajadora social.

Es necesario el reconocimiento a nuestras familias de las que hemos recibido apoyos directos e indirectos en todo momento.

Medidas de tendencia central para las variables: edad, tiempo de estancia y número de diagnósticos.

Reparto porcentual de la variable sexo (género)

BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon, Marjory. "Diagnósticos enfermeros". Ed. Harcourt. 2003.

2. North American Nursing Diagnosis Association (Nanda) "Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2001-2002". Ed Harcourt. 2003.

3. McCloskey, Joanne; Bulechek, Gloria. "Clasificación de intervenciones de enfermería. (Nic). Ed. Síntesis. 1999

4. McCloskey, Joanne; Bulechek, Gloria. "Clasificación de objetivos de enfermería. (Noc). Ed. Síntesis. 1999.

TAPONES DE CERUMEN EN EL OÍDO

Mª Dolores García Torres.
Diplomada Universitaria en Enfermería.
Centro de Salud San Jerónimo. Distrito Sanitario A.P. Sevilla.

Resumen

El oído posee normalmente en el conducto auditivo externo una sustancia denominada cerumen, habitualmente de consistencia blanda y color marrón.

Habitualmente los conductos se autolimpian con el cerumen y éste es eliminado hacia el exterior. Sin embargo hay factores que producen su retención y la formación de tapones de cera.

El tapón de cera se extrae mediante 2 técnicas: irrigación y remoción a través de visión directa.

Se debe mantener el oído limpio, para eso una vez verificado que se encuentra limpio, lo mejor es utilizar gotas de carbonato de sodio 2 ó 3 noches a la semana para mantener el conducto bien lubricado.

PALABRAS CLAVE:

- Oído,
- Conducto auditivo externo,
- Cerumen,
- Otoscopio,
- Tímpano,
- Tapón epidérmico.

INTRODUCCIÓN

El oído posee normalmente en el conducto auditivo externo una sustancia denominada cerumen, habitualmente de consistencia blanda y color marrón.

Las glándulas ceruminosas de la piel de los conductos auditivos externos producen dicha sustancia, la que se expulsa diariamente hacia fuera en condiciones normales. La función del cerumen es englobar las sustancias que pudieran ingresar al oído (polvillo, basuras) y eliminarlas al exterior. También funciona como un lubricante de la piel del oído y en muchas ocasiones como repelente de insectos.

El color del cerumen puede variar desde un color marrón pálido a veces blanquecino hasta un color rojo subido que confunde con sangre.

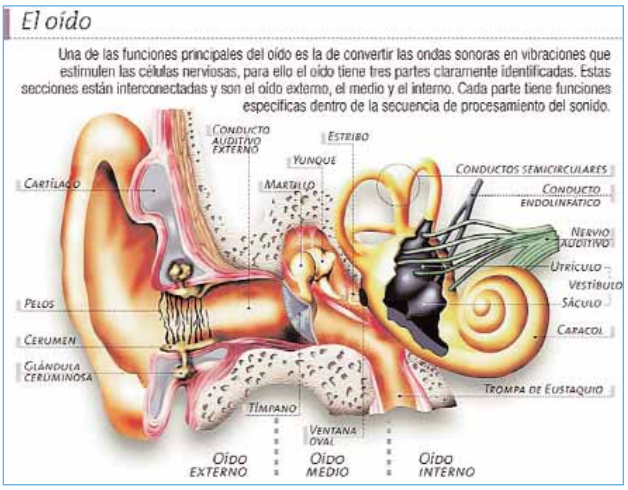
También su consistencia puede variar desde una consistencia pastosa normal hasta ambos extremos: un cerumen duro (habitualmente de color marrón negruzco) o bien uno tan blando que se confunde con secreción purulenta o acuosa.

Cuando el cerumen se acumula en gran cantidad en el oído se produce obstrucción del conducto auditivo externo y por lo tanto la persona no escucha bien. La disminución auditiva que produce un tapón de cerumen ronda entre los 40 y 60 dB (decibeles), lo cual equivale a un 30 a 50% de la capacidad auditiva de una persona normal.

La presencia de cerumen seco en el conducto, puede conducir a picazón en los mismos, molestando fuertemente, obligando a maniobras de rascado que en muchas ocasiones lastiman la delicada piel del oído.

En pocos casos puede ocurrir que un tapón de cera produzca un cuadro vertiginoso, que cede cuando se elimina el tapón.[1]

Pocas son las personas que no han sufrido alguna vez en la vida el tener los oídos taponados. Es sobretodo muy frecuente en verano cuando pasamos más tiempo al aire libre y en las playas y piscinas, y los oídos se protegen formando cerumen.[2]



Los cambios en las glándulas de cerumen debidos a la edad, hacen que el cerumen tienda a secarse, por lo que los tapones son más frecuentes en los ancianos.

La formación de un tapón de cerumen es la causa más frecuente de sordera súbita.[3]

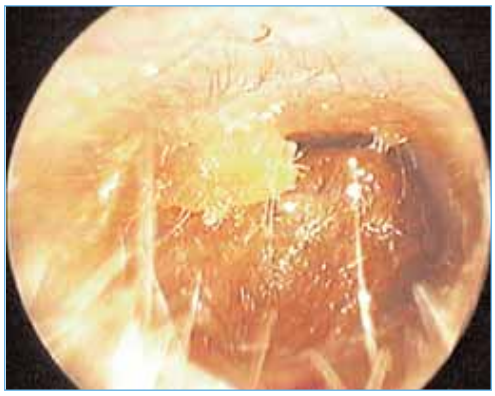
ETIOLOGÍA Y EPIDEMIOLOGÍA

Habitualmente los conductos se autolimpian con el cerumen y éste es eliminado hacia el exterior. Sin embargo hay factores que producen su retención y la formación de tapones de cera:

1. Climas secos, de bajo porcentaje de humedad ambiente, deshidratan el cerumen disminuyendo su capacidad de autoeliminación hacia el exterior.
2. Maniobras de limpieza: el uso de bastoncillos de algodón o la introducción de dedos o de elementos con intención de limpieza, altera la lubricación de la piel, generando áreas secas que impiden que el cerumen corra naturalmente hacia fuera.
3. Depósito de jabón o champú: el depósito de espuma de jabón en el conducto produce formación de tapones de cera.[1]
4. Fabricación excesiva de cera.
5. Conducto auditivo no rectilíneo.[4]
6. También es frecuente en personas que se bañan en piscinas con frecuencia y que acaban padeciendo lo que se conoce como *"oído del nadador"*, caracterizado por un cuadro de picor intenso y una marcada propensión a las otitis infecciosas. Como es obvio, esta alteración es más común en nadadores, buceadores y jugadores de waterpolo, que tienen poco cerumen en los oídos debido al frecuente contacto con el agua.
7. Cambios en las glándulas de cerumen debidos a la edad hacen que el cerumen tienda a secarse más rápidamente de lo normal, por lo que los tapones de cera son más frecuentes.[5]

FACTORES PREDISPONENTES

- Presencia abundante de pelos en el canal auditivo.
- Canal auditivo estrecho.
- Empleo habitual de "cascos" de audición o de dispositivos de amplificación acústica in situ, en especial de aquellos que implican la introducción de parte del dispositivo en el canal auditivo.[5]



SÍNTOMAS

1. Pérdida auditiva parcial, que puede ser progresiva.
2. Ruidos en el oído (tinnitus).
3. Dolor en el oído.
4. Sensación de que el oído está lleno o taponado.
5. Abundante secreción de color amarillo oscuro en el canal auditivo.[6]

DIAGNÓSTICO

Un estudio mediante un *otoscopio* mostrará el tapón de cera que tapona el conducto auditivo externo.

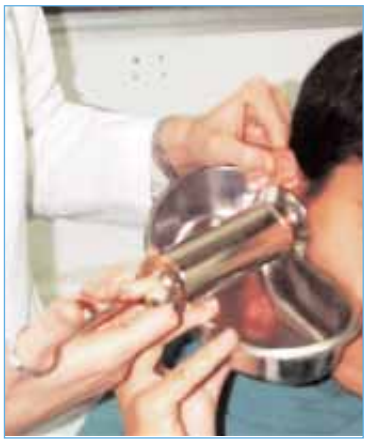
Otoscopia: es la inspección del conducto auditivo externo y del tímpano. Ésta puede realizarse de tres maneras:

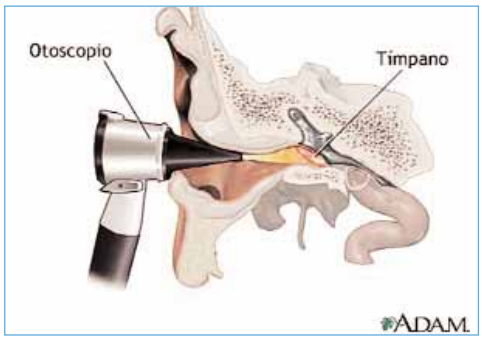
1. Otoscopio: es un instrumento que posee una fuente de luz, una lente con aumento y un dispositivo donde insertar espéculos auditivos (conos) de diferentes tamaños. Para realizar una otoscopia con otoscopio se tracciona el pabellón auricular hacia atrás y hacia arriba en el adulto, y hacia atrás y hacia abajo en el niño. Con la otra mano se toma el otoscopio y se inserta el cono siguiendo bajo visión directa la dirección anatómica del conducto auditivo externo. De esta forma se puede observar este conducto y la membrana timpánica.
2. Espejo frontal y espéculo auditivo (cono): en este caso el espéculo actúa como fuente de luz, reflejándola desde una lámpara. La luz es dirigida por el espejo hacia el cono de examen.
3. Microscopio y espéculo: se realiza para obtener un mayor aumento de las estructuras, aspirar, extraer cuerpos extraños, etc.

Es necesario hacer notar que tanto con la otoscopia con espejo frontal como con microscopio, se obtiene visión tridimensional, ya que se realiza con visión binocular.[7]

Consideraciones al realizar una otoscopia

- Realizar el examen con el cono auditivo más grande que quepa en el conducto, para tener una visión más amplia de él.
- La introducción del cono debe ser siempre bajo visión directa.
- Cuidar de no introducir demasiado el cono ya que puede dañar el tímpano, especialmente en niños pequeños que se mueven.
- En el caso de haber dolor durante el examen debe reevaluarse la maniobra ya que se puede estar causando daño.
- Si existe un tapón de cerumen debe procederse a la extracción de él.[7]





TRATAMIENTO

En muchos casos tan sólo una higiene habitual con ablandadores de cera como el aceite mineral o glicerina en gotas puede ser suficiente. Si no es así habrá que proceder a la extracción del tapón mediante dos técnicas:

1. Irrigación.
2. Remoción a través de visión directa: este método es el indicado si el paciente tiene antecedente de perforación timpánica. El tapón se puede extraer con curetas pinzas, ganchitos adecuados (cucharillas) o aspiración, utilizando un microscopio u otoscopio con canal de trabajo. Esta técnica la realizará el Otorrinolaringólogo.

Será el médico, tras descartar las posibles contraindicaciones, informará al paciente de los efectos negativos sobre la salud de los tapones de cerumen y de los posibles efectos secundarios de esta técnica. También le entregará el Documento del Consentimiento informado firmado por él y le dirá al paciente que lo traiga firmado el día de la extracción. Además informará al paciente que deberá reblandecer el tapón instilando agua oxigenada al 3% (rebajada con agua hervida al 50%), o cualquier preparado disolvente del cerumen en el conducto. Se recomienda la instilación de las gotas de tres a cuatro veces, los tres días anteriores a la extracción.

En Enfermería se reforzará lo dicho anteriormente por el Médico y se le informará de la técnica.

Técnica de Irrigación.

Medios materiales:

- Agua a temperatura corporal.
- Batea arriñonada.
- Jeringa metálica otológica.
- Cánulas otológicas limpias y esterilizadas.
- Otoscopio y espéculos auriculares limpios y esterilizados.
- Pinzas otológicas limpias y esterilizadas.
- Toalla.

Procedimiento:

- Se realizará previa otoscopia.
- Se cargará la jeringa otológica con agua templada.
- El paciente estará sentado con una toalla de papel en el cuello, para evitar en lo posible que se moje con el agua. En el caso de niños pequeños éstos estarán sentados en las piernas de un familiar o ayudante, y si no colabora se le sujetará firmemente el cuerpo, cabeza y brazos. Se coloca la riñonera bajo el oído a irrigar. Se le pide al propio paciente que la sujete.
- Se sujeta el pabellón auricular con los dedos índice y pulgar, y al mismo tiempo se introduce la cánula ligeramente (entre 5 y 7 mm) sosteniendo la parte anterior de la jeringa con el dedo medio que estará perpendicular a la cabeza, de tal manera que la fuerza que mueve el émbolo hacia delante, no pueda transmitirse al cuerpo de la jeringa y por consiguiente, la cánula no se introduzca más hacia el interior del conducto auditivo externo. Esta parte de la técnica es muy importante y su no realización implica casi siempre dolor al paciente y posibles complicaciones.
- Se inyecta el agua con cierta energía, dirigiéndola hacia la zona de contacto entre la pared del conducto y el tapón, buscando aberturas que faciliten el despegamiento. Se le pedirá al paciente que en caso de dolor lo haga notar.
- Si el tapón no sale después de tres emboladas, se observará con el otoscopio, y si sigue fijado al conducto o tímpano se citará al paciente dos días más tarde indicándosele que se instile otra vez gotas solventes (p.e. otocerumen, etc.) en el conducto auditivo externo.
- Una vez se crea haya salido completamente el tapón, mediante otoscopia se verá el conducto y tímpano por si hubiera alguna anomalía, y de existir se derivará al médico.[2,6,7]

Contraindicaciones:

1. Otitis media y externa, hasta que se resuelva.
2. Sospecha de perforación timpánica.
3. Historia de Otitis crónicas y supuradas.
4. Heridas recientes de tímpano y conducto auditivo externo.
5. Presencia de cuerpos extraños.

En todos los casos anteriores se derivará al Otorrinolaringólogo.[7]

Complicaciones:

- Hemorragia traumática, sobretodo si el conducto está muy inflamado.
- Lesiones con el instrumental, si el paciente se mueve durante la irrigación.
- Perforación del tímpano.
- Otitis externa.
- Otitis media aguda.
- Irritación o enrojecimiento del tímpano y del conducto.
- Crisis vertiginosa.

Si no se logra extraer un tapón por la técnica habitual debemos sospechar la existencia de un tapón epidérmico y remitir al paciente al especialista.[2,8]

TAPÓN EPIDÉRMICO

Su color, en lugar de ser marrón oscuro es más blanquecino. Es más duro y se encuentra adherido a la pared del conducto auditivo y suele alcanzar el tímpano.

Al ser extraído, el conducto auditivo presenta un eccema seco. Suele ser bilateral.

La extracción la debe efectuar el especialista y se realiza en seco, con el instrumental adecuado. Posteriormente, tratará el eccema crónico.[2]

PREVENCIÓN

Se debe mantener el oído limpio, para eso una vez verificado que se encuentra limpio, lo mejor es utilizar gotas de carbonato de sodio o similar dos o tres noches a la semana (particularmente en climas secos) para mantener el conducto bien lubricado. De este modo no se formarán tapones de cera. Se debe además, evitar el uso de hisopos u otro elemento que se introduce en el conducto.

Visitar a su Otorrinolaringólogo al menos una vez al año.[1,8]

PRONÓSTICO

El cerumen impactado del oído generalmente responde bien a los intentos para extraerlo, pero puede recurrir. La pérdida auditiva es temporal y por lo general se recupera completamente después de extraer el tapón.[5]

CONCEPTOS ERRÓNEOS

- No causa sordera, aunque puede bloquear temporalmente la audición si no se limpia el canal.
- La acumulación de cerumen no es signo de una higiene deficiente.
- El cerumen no es la causa de la pérdida de agudeza auditiva que sobreviene con la edad.
- Lo más importante: no necesita ser extraída diariamente.[10]

EDUCACIÓN SANITARIA

En esta patología es fundamental la educación. El aseo de los oídos, en general, no es necesario. Sin embargo, en el caso de realizarlo se debe limpiar sólo el pabellón auricular y la porción externa del conducto auditivo externo, usando el dedo índice envuelto en una gasa. Nunca debe usarse bastoncillos, palos de fósforo u otros objetos.

También es importante visitar al Otorrinolaringólogo al menos una vez al año.[10]

CONCLUSIONES

Destacar que las personas con tendencia a la formación de tapones en los oídos requieren la adopción de medidas preventivas, lo que constituye, de lejos, el mejor tratamiento posible.

Son los profesionales Médicos y Enfermeros responsables de transmitir estas medidas preventivas y educar a los pacientes para mantener una buena salud en sus oídos.

BIBLIOGRAFÍA

(1) "Cerumen o cera en los oídos" del Dr. Leandro Loiacono. (Acceso 23/07/07). Disponible en www.alfinal.com/orl/cerumenshtml.

(2) "Protocolo de Enfermería de la extracción de un tapón de cerumen", de la Revista Rol de Enfermería, Nº 191-192. (Acceso 23/07/07). Disponible en www.dip-alicante.es/enfermeria/enfpr008.htm.

(3) "Cómo limpiar un tapón de cera del oído", del Dr. Luís Chinski. (Acceso 27/07/07). Disponible en www.cechin.com.ar/tapon-de-cera.asp

(4) "Consejos" de Tu botica.net. (Acceso 27/07/07). Disponible en www.tubotica.net/seccionconsejos_cat2.php?subcategoria=121

(5) "MedlinePlus Enciclopedia Médica impactación del cerumen", del Dr. Alden J. Pearl. (Acceso 30/07/07). Disponible en www.nlm.nih.gou/medlineplus/spanish/ency/article/000979.htm

(6) "Oído", de Lavado de Oídos. (Acceso 30/07/07). Disponible en http://escuela.med.puc.cel/paginas/publicaciones/ApuntesOtorrino/LavadoOídos.html

(7) "Tapones de cerumen", de Enfermería de Urgencias. (Acceso 03/08/07). Disponible en www.enferurg.com/tecnicas/lavadooidos.htm

(8) "Tapón de cera en el oído", de Tuotromedico.com. (Acceso 03/08/07). Disponible en www.tuotromedico.com/temas/tapon_oido.htm

(9) "Tapones en los oídos", de Educación Médica Continua. (Acceso 10/08/07). Disponible en www.consumer.es/web/salud/problemas_de_salud/2006/07/11/153676.php

(10) "Taller de otoscopia", de Escuela de Medicina Pontificia Universidad católica de Chile. (Acceso 10/08/07). Disponible en http://escuela.med.puc.cl/publ/otoscopia/taponcerumen.html

LA SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: COMPETENCIA ENFERMERA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- **Galindo Sancho, Manuel** [1]
- **Castro Varela, Laura** [2]
- **Zapata Sampedro, Marco Antonio** [3]
- **Galindo Molina, Maria de la O** [4]
- **Verdugo Hidalgo, Juan Antonio** [5]

(1) Diplomado universitario en enfermería. Especialista en cuidados médicos quirúrgicos. Centro de salud Polígono Norte. Sevilla. Distrito sanitario de atención primaria Sevilla.

(2) Diplomada universitaria en enfermería. Centre Hospitalier intercommunal Robert Ballanger, Aulnay sous Bois. París. Francia.

(3) Diplomado universitario en enfermería. Centro de salud Polígono Norte. Sevilla. Distrito sanitario de atención primaria Sevilla.

(4) Licenciada en Psicología. Master en Recursos Humanos por la Universidad de Sevilla.

(5) Licenciado en Psicología.

Resumen

Introducción: El modelo de calidad total recomienda evaluar periódicamente la satisfacción de sus clientes. Este estudio se basó en esta recomendación.

El objetivo de este artículo ha sido determinar la satisfacción de los pacientes con la atención recibida en sus domicilios por las enfermeras de atención primaria pertenecientes al centro de salud Polígono Norte (Sevilla).

Material y método: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se administró el cuestionario SERVQHOS modificado. Cada ítem se puntuó en una escala tipo likert de cinco puntos (de 1 a 5) de acuerdo con el grado de satisfacción. Para el análisis de los datos se usó el programa informático SPSS 15.0.

Resultados: La puntuación media de satisfacción en cada ítem fue superior a 4.30. El alfa de Cronbach se usó para analizar la fiabilidad (0.956).

Conclusiones: Los resultados mostraron un elevado nivel de satisfacción, similar a la encuesta de satisfacción en atención primaria de 2007 realizada por el Servicio andaluz de Salud.

PALABRAS CLAVE:

- Satisfacción,
- Atención primaria,
- Cuestionario SERVQHOS,
- Servicio de cuidados a domicilio,
- Cuidados enfermeros.

KEY WORDS:

- Satisfaction,
- Primary care,
- SERVQHOS questionnaire,
- Home care services,
- Nursing care.

ABSTRACT

Introduction: Total quality management models recommend to evaluate periodically clients' satisfaction. This study was based in this recommendation.

The aim of this article was to determine patients' satisfaction with the attention received in home by nurses of primary care of Poligono Norte Health Center (Sevilla).

Material and methods: An observational, descriptive, cross-sectional study was realised. The modified SERVQHOS questionnaire was administered. Each item was scored on a likert scale (1 to 5) according too the degree of satisfaction. The SPSS 15.0 programme was use for data analysis.

Results: The average score in each item was over 4.30. The Cronbach alpha was used to analyse the reliabilility (0.956).

Conclusions: The outcomes showed a very high level of satisfaction, similar to the satisfaction questionnaire of year 2007 in Primary Care realised by Servicio Andaluz de Salud.

INTRODUCCIÓN

Para cualquier organización resulta un objetivo irrenunciable la satisfacción de sus clientes. [1] De hecho, el modelo europeo de excelencia (EFQM) recoge explícitamente la recomendación a empresas e instituciones de valorar constantemente la percepción que tienen sus clientes. [2]

De igual forma ha sucedido con los servicios sanitarios, en los que la evaluación sistemática de la percepción de los pacientes se ha convertido en un parámetro de uso frecuente, y en los que la satisfacción está considerada como una medida más del resultado de las intervenciones sanitarias. [1-5].

Pero, a la hora de analizar esta cuestión, desde el punto de vista sanitario, se hace preciso indagar en las definiciones de satisfacción, entre las cuales la más aceptada se corresponde con el paradigma de la "desconfirmación de expectativas". Según este modelo, se entiende que la satisfacción del paciente es el resultado de la diferencia entre la percepción que posee el paciente sobre el proceso asistencial y sus expectativas personales. [1,6] Atendiendo a esta definición, podremos entender fácilmente que este concepto, de naturaleza subjetiva, se encuentra sometido a múltiples factores, como pueden ser las experiencias previas, las expectativas futuras, los estilos de vida, el nivel de formación, los valores del individuo, etc. [3]

Por lo tanto, es el resultado de contraponer lo que inicialmente se esperaba (expectativas) a lo que finalmente percibe (calidad percibida), que no es exactamente la calidad que recibe (calidad asistencial). Son percepciones subjetivas de una realidad objetiva. Por este motivo, las expectativas no deben considerarse un límite para un servicio sanitario, sino que deben ser superadas [6], en pos de lograr una adecuada calidad asistencial.

Se ha venido relacionando proporcionalmente la satisfacción del paciente con el cumplimiento del tratamiento y con la adhesión a su proveedor de salud. Además, sirve como instrumento muy útil para evaluar la organización de los servicios de salud. [3,4] De hecho, existen estudios que demuestran la importancia que tiene la opinión del usuario para una mejora constante de la calidad asistencial. [7]

Y es que la satisfacción del paciente con la atención que recibe es un resultado que puede ser medido. Esta evaluación se realiza de diversas maneras, siendo frecuentes las encuestas de satisfacción. Para ello, se han desarrollado escalas que permiten objetivar la satisfacción del paciente, a nivel individual, y con el conjunto de datos obtenidos, a nivel colectivo. [8]

Precisamente, el Servicio andaluz de Salud realiza anualmente una encuesta de satisfacción de atención primaria y especializada, abarcando todo el ámbito territorial de Andalucía, con el fin de escrutar la opinión de los usuarios, considerando la satisfacción como una medida de resultado de la atención sanitaria.

Atendiendo a la encuesta de satisfacción de usuarios de 2007, podemos observar que incluye la satisfacción con las profesionales enfermeras, además de valorar la actividad asistencial y calidad de los distritos de atención primaria. Observando los datos del centro de salud que nos servirá como referencia en este artículo (Centro de Salud Polígono Norte, Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla), es destacable que el porcentaje de personas satisfechas con la atención de los profesionales enfermeros se encuentra situado en un intervalo cuyo margen inferior se sitúa en el 77,6%, y el superior en el 100%, y no es significativamente distinto a la media de Andalucía. [9]

La recogida de datos se realizó en los propios centros, a la salida de las visitas a las consultas, por lo que un grupo de profesionales de este centro estimó que podía perderse una información valiosa de aquellas personas que no acuden al centro de salud, sino que reciben atención domiciliaria.

Esta atención queda definida como la asistencia o cuidados que se prestan en el domicilio a aquellas personas y a sus familias, que debido a su estado de salud, o a otros criterios previamente establecidos no pueden desplazarse al centro de salud, y que forma parte de las actividades diarias que lleva a cabo el profesional enfermero en atención primaria. Esta atención permite el desarrollo de alguna de las buenas prácticas definidas en el apartado de competencias profesionales del enfermero de atención primaria, como pueden ser: "contribuir a la accesibilidad de los usuarios para ser atendidos", "cuidar la relación con los usuarios procurando satisfacer sus necesidades y expectativas" y "facilitar el ejercicio de los derechos de los ciudadanos". [10]

No obstante, aunque los enfermeros ocupen buena parte de su labor diaria a estos pacientes, en las encuestas de las organizaciones sanitarias son poco tenidos en cuenta; sin embargo, una mayor atención ayudaría a modelar las características de los servicios ofertados, pues los condicionantes y necesidades de estas personas son muy diferentes a aquellas otras que acuden al centro de salud.

Nuestra intención ha sido precisamente profundizar en este sentido y captar las opiniones y percepciones de los pacientes atendidos a domicilio, para de ese modo valorar la satisfacción de este grupo de usuarios del sistema sanitario público de salud.

Esto nos permitirá identificar los puntos considerados como más débiles en nuestra actividad asistencial, con la finalidad de llevar a cabo las mejoras que se estimen oportunas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio observacional, descriptivo y transversal, a pacientes incluidos en el programa de atención domiciliaria del centro de Salud Polígono Norte de Sevilla (Distrito Sanitario de A.P. Sevilla), ubicado en medio urbano, de aproximadamente 38000 habitantes, con características de

nivel económico medio bajo, y que incluye dos áreas de transformación social dentro de su zona de influencia.

Un grupo de enfermeros y enfermeras del citado centro de atención primaria colaboraron para distribuir los cuestionarios entre sus pacientes durante los meses de Octubre y Noviembre de 2008, aprovechando las numerosas visitas realizadas durante la campaña de la vacunación antigripal. Estos profesionales se encargaron de informar a los participantes sobre el objetivo del estudio; y, tras solicitar el consentimiento verbal, entregaban el cuestionario, y facilitaban toda la información e instrucciones necesarias para su cumplimentación, ya fuera a cargo del cuidador o del paciente. Y es que, en el caso de pacientes con déficits sensoriales o cognitivos, fueron sus cuidadores los que rellenaron las encuestas.

Los cuestionarios, autoadministrados, se rellenaron de forma anónima, y se recogieron en las siguientes visitas domiciliarias, en torno a los 15 días de la primera.

El cuestionario (anexo 1) se elaboró basándose en la encuesta SERVQHOS, que es una adaptación al medio hospitalario en España de un instrumento para evaluar la calidad percibida en empresas de servicios (encuesta SERVQUAL). El SERVQHOS evalúa la calidad percibida siguiendo la filosofía del paradigma ya comentado de la "desconfirmación de expectativas", por lo que se ha utilizado para estimar la calidad percibida.

El cuestionario resultante consta de dos partes diferenciadas: la primera con 16 ítems relativos a la asistencia prestada, que analizan los diferentes atributos que determinan la satisfacción de la asistencia a domicilio. El paciente o el cuidador puntúa cada uno de estos ítems en una escala tipo likert, que va desde el 1 ("la asistencia ha sido mucho peor de lo que esperaba") al 5 ("mucho mejor de lo que esperaba"). El apartado de satisfacción global se analizó sumando el total de los 16 ítems que componen el cuestionario.

En la segunda parte se recogen características sociodemográficas: edad, sexo (variable dicotómica), tiempo que lleva en atención a domicilio (escala de 3 pasos: menos de 1 año, entre 1 y 3 años, más de 3 años). Además, se incluyeron dos preguntas, sobre si conocen el nombre del profesional enfermero que le atiende (variable dicotómica) y sobre quien rellena la encuesta, si paciente o el cuidador (variable dicotómica).

Previamente se había realizado una pequeña encuesta piloto para confirmar la claridad en la redacción de los ítems, y la facilidad para cumplimentarlo. En ella participaron nueve pacientes de características similares a la población, y que no participaron en el estudio.

Una vez recogidos los cuestionarios, se introdujeron en una base de datos, que fue exportada a su vez al programa estadístico SPSS 15.0. Se calculó el alfa de Cronbach para el análisis de fiablidad.

En análisis previo ha demostrado una consistencia interna (alfa de cronbach) de 0.96 y una correlación ítem-total que oscila entre 0.58 y 0.86. [1]

Se ejecutaron los estudios necesarios para evaluar los resultados y obtener las medidas de satisfacción de los pacientes y los atributos determinantes de la satisfacción global.

También se obtuvieron las frecuencias de respuestas de los principales atributos para determinar el porcentaje de usuarios satisfechos en cada uno de ellos. Posteriormente se calcularon las correlaciones de cada ítem con el test global para identificar las variables que determinan la satisfacción global de los pacientes.

Además, para complementar el artículo se realizó una revisión bibliográfica de artículos de temática similar.

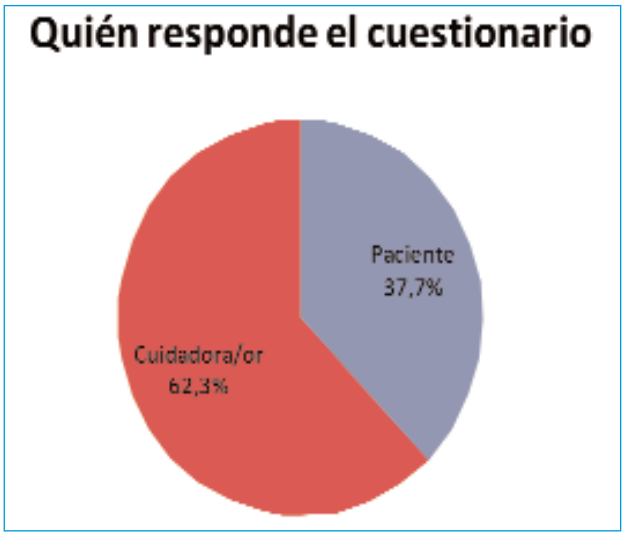
RESULTADOS

Aunque todos los pacientes (o cuidadores, según el caso) aceptaron rellenar los cuestionarios de satisfacción, se obtuvo una tasa de respuesta del 83,56% del total de 73 cuestionarios administrados.

De los pacientes encuestados el 27.9% eran hombres y el 68.9% mujeres, con una edad media de 79.72 ± 10.18 años, presentándose una mayor variabilidad entre la edad de los hombres que la de las mujeres. Los pacientes llevaban en atención domiciliaria aproximadamente dos años (1.97), repartidos en los siguientes valores: El 23 % menos de un año; El 57,4% entre 1 y 3 años y el 19,7 % más de tres años. (Gráfica 1).

Gráfica 1.

El 37.7% de cuestionarios fueron cumplimentados por el propio paciente y el 62,3% por el cuidador, y esto está en relación con la edad media de los pacientes en atención a domicilio casi 80 años (79.72). (Gráfica 2).



Gráfica 2.

En la tabla 1 se representan las puntuaciones de las distintas variables que conforman la satisfacción del paciente. El análisis de las medias de los atributos evaluados evidencia que la mayoría de los pacientes están satisfechos en las dimensiones exploradas con puntuaciones superiores a 4,30 en todas ellas.

El análisis de la frecuencia de respuesta para cada uno de los ítems (Tabla 1), según las puntuaciones obtenidas en la escala tipo likert, indica que los atributos con los que los pacientes están menos satisfechos son:" el tiempo de espera para ser visitado" (4.34), "la facilidad para contactar con el profesional" (4.37), y "el entendimiento con facilidad de la información sobre otros temas" (4.48). Los atributos mejor valorados fueron: "la amabilidad o cortesía en el trato" (4.80), "la confianza o seguridad que el profesional transmite" (4.77), "el trato personalizado que se ofrece en la asistencia" (4.74) y "la comunicación que se mantiene con cuidadores y familiares" (4.74).

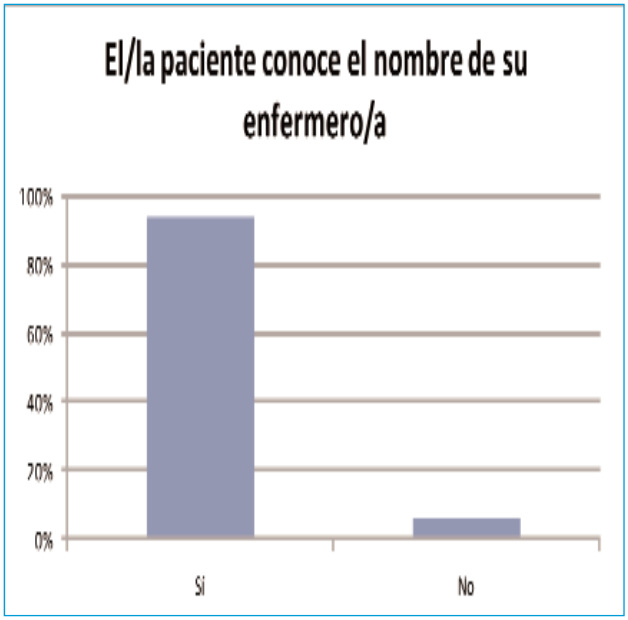
Gráfica 3.

En cuanto a la satisfacción global, el 86.9% de los pacientes se encuentra muy satisfecho y el 13,1% satisfecho. No hay ningún paciente insatisfecho, muy insatisfecho o indiferente ante la atención recibida en domicilio. (Gráfica 3).

Se realizó un análisis de fiabilidad de los datos mediante el Alpha de Cronbach, obteniéndose un valor de 0,956, que al ser superior a 0,9 indica que el instrumento de medición es excelente (*George y Mallery, 1995*).

Según puede observarse en la Tabla 2, todos los ítems guardan una alta correlación con el cuestionario completo. Si calculamos las puntuaciones Z de estas correlaciones, podemos agruparlos según 4 rangos: los ítems cuya Z se encuentra entre 2 y 1, entre 1 y 0, entre 0 y -1, y finalmente los comprendidos entre -1 y -2 (de mayor a menor correlación con el cuestionario total).

El 93,4% conoce el nombre del profesional, frente a un 6.6% que no. (Gráfica 4) Mientras que en los casos de dos profesionales conocen su nombre el 100% de los pacientes, en la zona sometida a cambios hay un 22,2% de pacientes que desconocen el nombre del profesional.



Gráfica 4.

Al analizar la satisfacción global en función de los profesionales es significativamente más baja la de los pacientes de la zona sometida a cambios

No existe relación entre las variables de género y edad, y la satisfacción global de los pacientes tampoco depende de quién contesta la encuesta, o del tiempo de atención en domicilio.

DISCUSIÓN

En primer lugar, se hace necesario reseñar que la disminución de la tasa de participación de los pacientes estuvo motivada por el traslado de centro de una de las enfermeras que colaboraba en el estudio.

También es imprescindible destacar que las enfermeras y los enfermeros que participaron en la distribución de las encuestas se las entregaban a sus propios pacientes, y ellos mismos las recogían por lo que se introduce un sesgo, ya que los pacientes pueden entender que su cuestionario no es anónimo; y que, además, va a ser analizado u observado directamente por el profesional que le atiende.

Además, el profesional solo entregó cuestionario a aquella persona a la que atiende, pero no recoge el sentir o la percepción de aquellas otras personas que estando dentro del programa de atención domiciliaria no hayan recibido la correspondiente visita, por el motivo que fuera; y de aquellas otras que aún no estando incluidas, cumplen con los criterios de inclusión en el programa y que tienen entre sus expectativas el ser atendidos en su domicilio.

Por otra parte, debemos subrayar que el perfil de los pacientes corresponde a personas inmovilizadas, con una edad media cercana a los 80 años y, que en su mayoría, son mujeres.

Asimismo, la cumplimentación de la encuesta ha sido mayoritariamente por los cuidadores, ya que el promedio de edad justifica las limitaciones físicas, sensoriales o cognitivas de los pacientes. En cambio, los pacientes varones fueron los que menos delegaron en sus cuidadores la cumplimentación del cuestionario. Sin embargo, al descartar las edades extremas, y quedando el número de hombres y mujeres más igualados, estas diferencias desparecen, por lo que podríamos concluir que las diferencias en que el paciente responda o no el cuestionario no tiene tanta relación con el género, sino más bien con las limitaciones anteriormente mencionadas, que se acentúan con la edad.

Tras estas precisiones, cabe destacar que el paciente (y, en su defecto, el cuidador) valora muy satisfactoriamente todas las prácticas enfermeras en la competencia de “atención al individuo y la familia”, e identifica como menos satisfactorias las prácticas enfermeras en la competencia de “orientación al ciudadano”.

Ítems	Media	Desv. típ.	Varianza	Mínimo	Máximo
La facilidad para contactar con él o ella	4,37	,869	,755	1	5
El tiempo que espera para ser visitado	4,34	,849	,721	2	5
El cumplimiento de las visitas programadas	4,61	,585	,343	3	5
La disposición para atenderle cuando lo necesita	4,48	,673	,454	3	5
La preparación para realizar su trabajo	4,70	,495	,245	3	5
La enfermera/o cumple lo que dice que a hacer	4,72	,521	,271	3	5
Entiende con facilidad la información sobre los cuidados	4,67	,598	,357	3	5
Entiende con facilidad la información sobre dieta y medicación	4,56	,660	,436	3	5
Entiende con facilidad la información sobre otros temas	4,48	,770	,593	2	5
La rapidez con que resuelve lo que necesita	4,53	,704	,495	2	5
La amabilidad o cortesía en el trato	4,80	,440	,194	3	5
El trato personalizado que le ofrece en la asistencia	4,74	,513	,263	3	5
El interés personal por solucionar problemas del paciente	4,69	,595	,354	3	5
La capacidad para comprender sus necesidades	4,66	,574	,330	3	5
La confianza (seguridad) que le transmite	4,77	,529	,280	3	5
La comunicación que mantiene con cuidadora/or y familiares	4,74	,545	,297	3	5

Tabla 1: Análisis de frecuencias y descriptivos de los ítems de cuestionario.

Límites	Puntuación Z	Correlación	Ítem del cuestionario 2 > Z >1
1,30248	0,84	Entiende con facilidad la	información sobre los cuidados
	1,17531	0,83	La enfermera/o cumple lo que dice que a hacer 1>Z>0
0,93687	0,81	Entiende con facilidad la	información sobre dieta y medicación
	0,92097	0,81	El cumplimiento de las visitas programadas
	0,58716	0,79	La capacidad para comprender sus necesidades
	0,55537	0,79	La comunicación que mantiene con cuidadora/or y familiares 0,49178
	0,78	Entiende con facilidad la	información sobre otros temas
	0,42820	0,78	La disposición para atenderle cuando lo necesita
	0,30103	0,77	La confianza (seguridad) que le transmite 0>Z>-1
-0,14406	0,74	La prepara-ción para	realizar su trabajo
	-0,33481	0,73	La rapidez con que resuelve lo que necesita
	-0,81169	0,70	La amabilidad o cortesía en el trato
	-0,82759	0,70	El trato personalizado que le ofrece en la asistencia
	-0,92296	0,70	El interés personal por solucionar problemas del paciente -1>Z>-2
-1,76545	0,64	La facilidad para contac-	tar con él o ella
	-1,89262	0,63	El tiempo que espera para ser visitado

Tabla 3: Ítems ordenados y agrupados según las puntuaciones Z de sus correlaciones con el cuestionario total.

Por este motivo, reconocemos la necesidad de mejorar la accesibilidad de los pacientes mediante el conocimiento de la oferta de servicios del Servicio Sanitario Público de Andalucía y el conocimiento organizativo de nuestro propio centro, la cartera de servicios y los criterios de derivación y organización.

Se ha cumplido el objetivo de conocer la opinión de nuestros pacientes, y hemos corroborado un alto grado de satisfacción (el 100% de los encuestados se muestra satisfecho o muy satisfecho). Comparando nuestros datos con la encuesta de satisfacción del Servicio Andaluz de Salud en los distritos de Atención Primaria, apreciamos que los índices son similares, aunque las poblaciones estudiadas son diferentes.

Asimismo, este estudio demuestra que el establecimiento de vínculos estables y continuados con los pacientes aumenta su grado de satisfacción, debiendo evitarse las constantes rotaciones de los profesionales asignados a la atención domiciliaria de pacientes.

Y para concluir, destacar que el cuestionario se ha revelado como una herramienta útil para la mejora del desarrollo de la competencia enfermera en atención primaria.

CONCLUSIONES

Por un lado, cabe destacar que el índice de satisfacción de los pacientes que son atendidos por la profesional enfermera en el propio domicilio es elevado. De hecho, el 100 % de los atendidos a domicilio por este personal sanitario se encuentra satisfecho o muy satisfecho.

Se valoran muy satisfactoriamente las prácticas enfermeras de “atención al individuo y la familia”, siendo menos valoradas las de “orientación al ciudadano”.

El establecimiento de vínculos estables y continuados con los pacientes (y no el tiempo de atención en el domicilio) aumenta el índice de satisfacción.

La encuesta de satisfacción de los pacientes atendidos a domicilio por el profesional enfermero es un instrumento útil para la mejora del desarrollo de las competencias de enfermería en atención primaria.

La identificación de puntos débiles de nuestra actividad permite iniciar el camino del desarrollo profesional que nos lleve a la excelencia en la atención de los usuarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mira JJ. Satisfecho, sí gracias… Pero ahora qué…Rev. Calidad Asistencial 2003; 18(7): 567-569. [Consultado el 05 de Enero de 2009]. Disponible en: http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13055737&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=256&fichero=256v18n07a13055737pdf001.pdf&ty=58&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es

2. Mira JJ. Aranza J, Lorenzo S, Rodríguez-Marín J, Moyano S. Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos. Psicothema 2001; 13(4): 581-585. [Consultado el 14 de Abril de 2009]. Disponible en: http://www.psicothema.com/pdf/482.pdf

3. Morales Asencio JM, Bonill de las Nieves C, Celdrán Mañas M, Morilla Herrera JC, Martín Santos FJ, Contreras Fernández E, et al. Diseño y validación de instrumento de evaluación de la satisfacción con los servicios de atención domiciliaria: SATISFAD. Gac Sanit 21(2): 106-113. [Consultado el 05 de Enero de 2009]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112007000200004&lng=es.

4. Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev. Calidad Asistencial 2001; 16(4):276-279. [Consultado el 17 de Abril de 2009]. Disponible en: http://www.secalidad.org/revista/articulos/2001_mayo/r-16-4-008.pdf

5. Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med Clin (Barc) 2000;114(Supl 3):26-33.

6. Díaz R. Satisfacción del paciente: principal motor y centro de los servicios sanitarios. Rev. Calidad Asistencial 2002; 17(1):22-29. [Consultado el 05 de Enero de 2009]. Disponible en: http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7264&articuloid=13027647

7. Capella N, Gali M, Jiménez M, Sans A. Audit de calidad asistencial percibida: ¿Estoy bien atendido? Libro de Comunicaciones XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica. Septiembre 1994: 95-103

8. Hernández Meca ME, Ochando García A, Mora Canales J, Lorenzo Martínez S, López revuelta K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis. Objetivo de calidad asistencial en enfermería. Rev Soc Esp Enferm Nefrol 2005; 8(2).90-96. [Consultado el 10 de Abril de 2009]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v8n2/art01.pdf

9. Instituto de Estudios Sociales de Andalucía. Consejo Superior de Investigaciones científicas. Encuesta de satisfacción a usuarios 2007. Atención Primaria. Servicio Andaluz de Salud. [Consultado el 29 de Marzo de 2009]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../contenidos/general/indicadores/totales/Total2007ap.pdf

10. Servicio Andaluz de Salud. Contrato programa de los Distritos de Atención Primaria del Servicio Andaluz de Salud 2005-2008. [Consultado el 01 de Febrero de 2009]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/294/pdf/Adenda_2008.pdf

ANEXO I
ENCUESTA DE CALIDAD ASISTENCIAL EN ENFERMERÍA

Basándose en su experiencia, señale con una "X" si la asistencia a domicilio que le presta su enfermera/enfermero ha sido mejor o peor de lo que usted esperaba, siguiendo los siguientes valores.

1	Mucho peor
2	Peor
3	Indiferente
4	Mejor
5	Mucho mejor

La facilidad para contactar con él o ella	1	2	3	4	5
El tiempo que espera para ser visitado	1	2	3	4	5
El cumplimiento de las visitas programadas	1	2	3	4	5
La disposición para atenderle cuando lo necesita	1	2	3	4	5
La preparación para realizar su trabajo	1	2	3	4	5
La enfermera/o cumple lo que dice que va a hacer	1	2	3	4	5
Entiende con facilidad la información sobre los cuidados	1	2	3	4	5
Entiende con facilidad la información sobre dieta y medicación	1	2	3	4	5
Entiende con facilidad la información sobre otros temas	1	2	3	4	5
La rapidez con que resuelve lo que necesita	1	2	3	4	5
La amabilidad o cortesía en el trato	1	2	3	4	5
El trato personalizado que le ofrece en la asistencia	1	2	3	4	5
El interés personal por solucionar problemas del paciente	1	2	3	4	5
La capacidad para comprender sus necesidades	1	2	3	4	5
La confianza (seguridad) que le transmite	1	2	3	4	5
La comunicación que mantiene con cuidador/a y familiares	1	2	3	4	5

Somos un grupo de enfermeros y enfermeras del Centro de Salud del Polígono Norte, al cual está inscrito su domicilio. Estamos realizando un estudio para conocer la opinión del paciente acerca de la asistencia que se le presta a domicilio, y así poder mejorar las áreas peor valoradas por los pacientes y potenciar los aspectos que producen mayor satisfacción, por ello necesitamos de su colaboración.

La encuesta es totalmente anónima, por favor rogamos que no pongan datos identificativos (nombre, dirección, etc.) y sólo rellenen la información que se solicita a continuación.

En caso de que el cuidador colabore a la hora de contestar la encuesta, rogamos que los datos se rellenen con la opinión del paciente.

Señale con una "X":

Persona que rellena la encuesta: Paciente ☐ Cuidador ☐

DATOS DEL PACIENTE

Edad: ☐ Sexo: Hombre ☐ Mujer ☐

Señale con una "x" en la casilla que corresponda al tiempo que hace que le atiende la Enfermera a Domicilio:

Menos de 1 año ☐ Entre 1 y 3 años ☐ Más de 3 años ☐

Conoce el nombre de su enfermera/o Sí ☐ No ☐

Groupama *Seguros*

ahora, con el colectivo de enfermería

PREMIOS

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

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

BASES

1º. **DENOMINACIÓN: Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".**

2º. **OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo.
El Certamen se amplía con un Accésit denominado "Enfermería Joven" y dotado con **1.000 Euros.** Se otorgará al estudio monográfico o trabajo de investigación inédito de los presentados al Certamen por profesionales de enfermería colegiados que hubiesen terminado los estudios universitarios hasta cuatro años anteriores a la presente convocatoria, debiendo presentar documento que acredite el año de finalización de los estudios de enfermería. Un mismo trabajo no se podrá presentar, conjuntamente, a los premios y al accésit. Cualquier colegiado que cumpla los requisitos indicados en el párrafo anterior, podrá optar por alguna de las dos modalidades, en el caso de presentarse para el "Accésit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven".

3º. **DOTACIÓN:** La dotación económica será de **3.600 Euros** para el trabajo premiado en primer lugar; **1.800 Euros** para el trabajo premiado en segundo lugar y **1.200 Euros** para el premiado en tercer lugar.

4º. **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.

5º. **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. ó D.E. y que se encuentren colegiados.

6º. **JURADO:** Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales corresponderá: al Colegio de Sevilla; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; tres Vocales del profesorado de las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno de entre los responsables de las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del jurado serán Diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El jurado será nombrado anualmente.

7º. **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.

8º. **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.

9º. **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Ramón y Cajal, nº 20-Acc. (41005-Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXV 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 1er firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere.
Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.

10º. **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXV Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".

11º. **TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien a parezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2009. 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 10 de diciembre de 2009.

PREMIOS 2008

1º: Mª Luz García Muñoz (Barcelona)
2º: Luis M. González Flores (Sevilla)
3º: Arturo Biarge Ruiz (Huesca)

14s Años avanzando con la profesión

Patrocina
Groupama
seguros