Revista Científica

HYGIA de ENFERMERIA

Nº 73, Año XVII - 2010

Colegio de Enfermería de Sevilla

Orientaciones para el manejo de situaciones de intento de autolisis

Atención a los adolescentes desde el programa forma joven

Nuevas tendencias en el abordaje de úlceras venosas sistema de terapia compresiva "vendajes multicapas"

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.**

Fin a la Inseguridad Jurídica de la Enfermería

El Congreso de los Diputados puso el punto y final, brillante para la enfermería, en el transcurso de una sesión plenaria celebrada el pasado 22 de diciembre 2009. Quizá haya que evocar en mas de una ocasión esta fecha en concreto por cuanto los Diputados españoles de todos los grupos parlamentarios, con una sola abstención. Esto es: de 343 diputados presentes en el hemiciclo, el desenlace fue: 342 votos afirmativos, ninguno negativo y la citada abstención. Lo cual supuso un respaldo prácticamente unánime para que enfermería, y también la podología, pueda prescribir un determinado catálogo de medicamentos y productos sanitarios.

A tal efecto, no estará de mas hacer una breve recopilación histórica de tan complicado contexto Todo comenzó en el verano de 2006 cuando el BOE publicaba la Ley 29/2006 de 26 de julio, sobre "garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios", mas comúnmente conocida como Ley del Medicamento. En virtud de esta normativa, de estricto cumplimiento, la única profesión con capacidad y autorización legal para prescribir fármacos eran los médicos además de sus colegas odontólogos. En consecuencia, el resto de las profesiones que configuran el Sistema Nacional Sanitario (SNS) con enfermería a la cabeza por numero y capacitación, quedaban en situación de clara ilegalidad o, lo que es igual, en una inseguridad jurídica.

Desde ese mismo instante, comenzó una larga batalla que ha durado tres años y medio y donde el Consejo General de enfermería ha debido emplearse a fondo de una forma tan tenaz como brillante. Se trataba de propiciar que los poderes públicos entendieran que la profesión de enfermería había quedado literalmente huérfana de protección jurídica a la hora de ejecutar miles de actos clínicos y asistenciales por los efectos de la citada ley del Medicamento. Era, insistimos, el verano de 2006, justo cuando la maquinaria colegial se puso en marcha hasta llegar al día del sorteo de Navidad 2009 en donde las aguas volvieron a su cauce retornando hasta nunca debieron desbordarse para restituir a la enfermería lo que es parte de su patrimonio.

Y en esta hora del éxito indiscutible como producto de esa sostenida batalla legal, la profesión debe mirar, necesaria y obligadamente, hacia el conjunto de la Organización Colegial de enfermería representada en su presidente, Máximo González Jurado. Pocas veces se ha podido certificar un marco de actuación tan generoso y pleno de recursos para trabajar en aras a un horizonte en el que, tanto los grupos parlamentarios presentes en las dos Cámaras como los colectivos mas implicados en esta cuestión (léanse los médicos) acabaran otorgando un triunfo a la razón y en favor de la enfermería. Esta labor de consenso, desplegada a lo largo de mas de 40 meses, se ha visto correspondida con la constatación de que la Ley del Medicamento no va a suponer, a partir de que sea publicada en el BOE su modificación, ningún obstáculo para que las miles de enfermeras y enfermeros españoles puedan actuar bajo una completa cobertura legal.

Desde el Colegio de enfermería de Sevilla queremos saludar como corresponde la aprobación, unánime, de la modificación habida en la Ley del Medicamento de 2006 desde la certeza de que la enfermería vuelve a estar en condiciones de trabajar de un modo autónomo y responsable para "indicar, usar y autorizar" la dispensación de todos aquellos medicamentos no sujetos a prescripción médica así como de una gama de productos sanitarios que serán dispensados a través de la "orden" o receta correspondiente. Ahora, solo queda que el Gobierno de la nación, conforme establece el texto aprobado el 22 /D, proceda a regular esta misma prescripción en el marco de los principios de la atención integral a la salud y para la continuidad asistencial mediante la aplicación de unos Protocolos y Guías de practica clínico-asistencial que serán elaborados conjuntamente con las Organizaciones Colegiales de médicos, Enfermería y validados por la Agencia de Calidad del SNS. Lo dicho: acabó el fin de la inseguridad jurídica y nuestro reconocimiento sincero y expresivo Consejo General de enfermería.

Vicente Villa García-Nobleja
Jefe Gabinete Prensa Colegio de Enfermería de Sevilla

HYGIA

Nº 73

1º Cuatrimestre de 2010

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: Ensoñación
Autor: Isabel Orta Peral
Nº Colegiado: 9.346

Sumario

5 NUEVAS TENDENCIAS EN EL ABORDAJE DE ÚLCERAS VENOSAS SISTEMA DE TERAPIA COMPRESIVA "VENDAJES MULTICAPAS"
Rodríguez Vázquez J., Carrasco Espinar R., López Larrubia F., Conde Crespillo L., Sáez Acosta A.

13 ATENCIÓN A LOS ADOLESCENTES DESDE EL PROGRAMA FORMA JOVEN
Romero Brioso A.M., Zarzoso García M., Romero Brioso Y., Martín Cuenca M.

19 ORIENTACIONES PARA EL MANEJO DE SITUACIONES DE INTENTO DE AUTOLISIS
Rodríguez Saborido J.A., Moreno Martín A.

24 CASO CLÍNICO DE UNA "TRADICIONAL" QUEMADURA POR FRICCIÓN
Sánchez Rivera R.

29 MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA NOSOCOMIAL ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA
Alonso Araújo I., Jiménez Mesa E.

34 EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA
Rivera González de Eiris A.M., Maraví Olivan A.J.

41 VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN URGENCIAS
Muñoz Simarro D., Casal Escudero P., Miguez Muñoz A.

47 SENTIMIENTOS Y EMOCIONES EN CUIDADORES INFORMALES
Hortelano Rodríguez P., Zapata Sampedro M.A.

54 RIESGOS DORSOLUMBARES EN PERSONAL DE ENFERMERÍA. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN
López Suárez R.J.

62 TRASPLANTE CARDÍACO COMPLICADO EN HOMBRE JOVEN: PLAN DE CUIDADOS
Sánchez Payán E., Gil Bellido E.P.

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.

NUEVAS TENDENCIAS EN EL ABORDAJE DE ÚLCERAS VENOSAS SISTEMA DE TERAPIA COMPRESIVA ¨VENDAJES MULTICAPAS¨

- **José Rodríguez Vázquez***
- **Rufina Carrasco Espinar****
- **Francisco López Larrubia***
- **Lutgarda Conde Crespillo***
- **Antonio Sáez Acosta***

* Enfermeros C. de Salud Pino Montano B, Sevilla

** Matrona Centro de Salud San Hilario, Dos Hermanas Sevilla

Resumen

La formación de úlceras venosas en nuestra sociedad representa una prevalencia muy elevada en pacientes diabeticos y mayores de 65 años.

La aparición en el mercado de nuevas tecnologías basadas en la ingeniería de tejidos, como son las vendas multicapas , acortan los tiempos de cicatrización de las úlceras venosas, aumentado con ello la calidad de vida de los pacientes que presentan esta patología.

En nuestras manos está el realizar un uso adecuado y racional de los mismos para lo que será siempre necesario realizar un diagnóstico certero.

La puesta al día y actualización en estas nuevas tendencias hace que los profesionales de la ENFERMERÍA dispongamos de una herramienta óptima para mejorar la curación de este tipo de heridas crónicas.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Patología vascular.
- ✔ Úlceras venosas.
- ✔ Terapia compresiva.
- ✔ Vendajes multicapas.
- ✔ Actuación enfermera.

INTRODUCCIÓN

El motivo que nos ha impulsado a presentar este trabajo es el atractivo en sí de la patología venosa, si se profundiza en ella, así como crear conciencia en nuestro colectivo de la importancia de la misma, ya que supone un problema serio en el paciente que la padece teniendo la capacidad de crear complicaciones serias que pueden afectar a la calidad general de vida y al bienestar del paciente.

Es necesario abordar la atención de este tipo de patología desde una perspectiva integral que contemple la prevención de los factores de riesgo y un tratamiento que tenga en cuenta un plan de cuidados integral para los pacientes y la familia.

El tratamiento y los cuidados asociados que requiere una persona con úlcera vascular son con frecuencia prolongados y no existe un tratamiento único y efectivo para las úlceras venosas.

El desarrollo constante de nuevos productos para mejorar la prevención y el tratamiento de este tipo de patología nos obliga a la puesta al día permanentemente.

Por todo esto, el objetivo principal que nos debemos marcar tiene que ser posibilitar al profesional de la ENFERMERÍA, los conocimientos necesarios para valorar, diagnosticar, tratar y prevenir, con criterios científicos este problema de salud.

EPIDEMIOLOGÍA

Las úlceras vasculares constituyen un gran reto profesional para la enfermería ya que los datos indican una incidencia de 800.000 casos en España, una prevalencia del 2% de la población y un índice elevado de redicivas (alrededor de un 70%).

Las úlceras venosas o de éstasis son las más frecuentes, representan entre 60- 80% del total, un 10-25% son arteriales y aproximadamente un 25% son mixtas. Las úlceras venosas son más frecuentes en las mujeres y suelen aparecer entre los 40 y los 50 años, las arteriales son más frecuentes en hombres, mayores de 60 años Las úlceras venosas suponen un importante problema de salud, presentan una elevada prevalencia que varía entre el 1 y el 3% de la población. Todo ello provoca importantes repercusiones socioeconómicas y sanitarias, alterando la calidad de vida del paciente.

El estudio Detect-IVC, realizado en centros de salud por médicos de AP, ha permitido constatar que el 2,5% de los pacientes que acuden al médico de atención primaria padecen úlceras venosas.

Son más frecuentes en mujeres, con una relación varón-mujer de 1-3. La incidencia es mucho mayor a partir de los 65 años con un porcentaje del 5,6% de la población.

En un estudio desarrollado en España, en relación a la insuficiencia venosa crónica, coordinado por especialistas de Angiología y Cirugía Vascular; incluyendo un total de 21.566 personas de forma aleatoria y consecutiva:

El 68% presentaba algún signo o síntoma compatible con esta patología; en el 18,5% se observaron signos clínicos que situaban a la extremidad como riesgo para el desarrollo de una úlcera, y la prevalencia de ésta fue del 2,6%.

A partir de la extrapolación de sus datos, en España el número de personas con úlcera de etiología venosa no era inferior a las 250.000. (1)

En una población de 1.012.212 personas mayores de 14 años, un 69% de las úlceras detectadas eran de etiología venosa; el 56,5% eran recurrentes, el 47,4% no habían sido diagnosticadas ni tratadas por especialistas. Solo en un tercio se había realizado un estudio hemodinámico de la extremidad y en una de cada cinco no se utilizaba la terapia de compresión. (2)

En un estudio epidemiológico prospectivo realizado en el Reino Unido entre 1993 y 1999, incluyendo una población de 555 con úlceras de EEII, el 72% correspondían a etiología venosa. (3)

BREVE REPASO EPIDEMIOLÓGICO DEL SISTEMA VENOSO DE LOS MIEMBROS INFERIORES

SISTEMA VENOSO

El sistema venoso es el responsable del transporte de la sangre de la periferia al corazón, para que éste, a través de los pulmones la oxigene.

Se pueden distinguir tres subsistemas en los MMII: el profundo, el superficial y el comunicante.

Sistema Profundo

Es responsable del 90% del retorno venoso de las EEII, se encuentra rodeado de masas musculares y es paralelo a la red arterial.

Comienza en el pie con el arco plantar profundo, a continuación y localizándose en la zona posterior de la pierna están las venas tibiales anterior y posterior las cuales desembocan a nivel de la rodilla en la vena poplítea.

Ésta se continúa a nivel del muslo y medialmente con la vena femoral, la cual penetra en la pelvis por la ingle a través del anillo femoral del ligamento inguinal constituyéndose en la vena ilíaca externa.

Sistema Superficial

Es muy amplio, está localizado en el tejido subcutáneo por encima de las aponeurosis musculares. De su aumento de longitud y volumen nace la patología varicosa.

En condiciones fisiológicas drena la sangre del pie, de la piel y del tejido subcutáneo de toda la extremidad.

La red superficial nace en el dorso del pie, de un arco venoso dorsal superficial, continuándose por dos venas marginales interna y externa. De este arco parten los dos grandes troncos que constituyen la red superficial, la vena safena interna y la safena externa.

La safena interna se inicia por delante del maléolo interno y se extiende hacia arriba a lo largo de la cara interna de la tibia, la rodilla y el muslo hasta el triángulo de scarpa donde describe una curva en profundidad para desembocar en la vena femoral.

La safena externa se inicia en la parte posterior del maléolo externo, sigue por el borde externo del tendón de Aquiles entre los dos músculos gemelos y finalmente desemboca en la vena poplítea del sistema profundo.

Entre ambos troncos superficiales hay múltiples anastomosis, que los unen y permiten derivar la sangre por múltiples vías en caso de necesidad.

Sistema Comunicante

El sistema profundo y el superficial están unidos por medio de más de cuarenta venas comunicantes, se denominan también venas perforantes porque atraviesan y perforan las fascias musculares para llegar a las venas profundas.

Aunque las venas de los tres sistemas contienen en su interior "válvulas" que impiden el retorno venoso, es aquí donde adquieren especial importancia.

Las venas comunicantes más importantes están localizadas en la región supramaleolar interna.

Las válvulas venosas: Sistema de retorno

En condiciones normales la sangre circula del sistema venoso superficial al sistema venoso profundo a través de las válvulas perforantes (Figura 1).

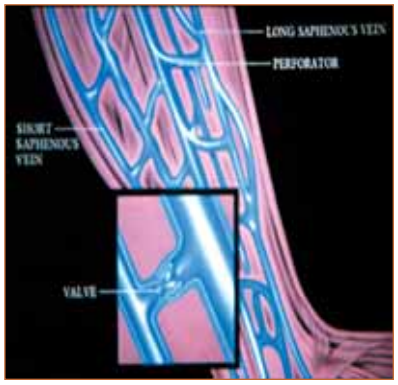


Figura 1. (Gentileza de Joan Enric Torra y Bou)

FISIOPATOLOGÍA

Incompetencia valvular

Una disfunción de las válvulas venosas provoca un reflujo patológico debido a que la sangre circulará bidireccionalmente (Figura 2).

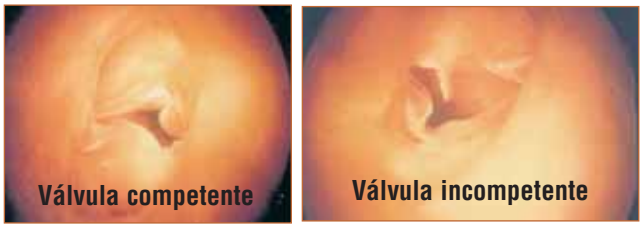


Figura 2.

Cuando se produce un reflujo del sistema venoso profundo hacia el sistema venoso superficial se dañan las válvulas perforantes y como consecuencia de ello, las venas superficiales se dilatan y se vuelven tortuosas a causa de las altas presiones o hipertensión venosa dando lugar a la formación de las venas varicosas.

Figura 3. (Gentileza de Joan Enric Torra y Bou)

Las varices son dilataciones, alargamientos y flesuoxidades de las venas del sistema venoso superficial en las extremidades inferiores, debidas a la pérdida de su elasticidad y a la atrofia o desaparición de sus válvulas (Figura 3).

Como consecuencia de la hipertensión venosa se produce un éstasis venoso dando lugar a una malnutrición de los tejidos (falta de riego) y provocando la salida de los elementos que transporta la sangre: Eritrocitos, Proteínas y Plasma hacia el espacio intersticial donde degeneran. La acumulación de los mismos produce el edema dando como resultado la DESVITALIZACIÓN de los tejidos.

ETIOPATOGENIA

La úlcera de origen venoso es la complicación más importante que puede aparecer en la evolución de la insuficiencia venosa crónica. La úlcera, se origina por un deterioro de la microcirculación cutánea, debido a la hipertensión venosa producida por una incompetencia en el sistema de retorno venoso.

Es preciso realizar siempre una historia clínica al paciente para evaluar distintos aspectos como: molestias venosas típicas, piernas cansadas, pesadas, hinchadas, dolor urente, prurito, calambres nocturnos; factores de riesgo como: bipedestación prolongada, estreñimiento crónico, obesidad, neoplasias, sedentarismo; antecedentes como predisposición familiar (el factor hereditario se descubre en el 50% de los padecimientos venosos), haber padecido alguna trombosis venosa, posparto, cirugía ortopédica, escleroterapia, o estados de malnutricion.

Sea cual sea la etiología, cualquier situación que provoque un incremento de la presión venosa en las EEII va a provocar una serie de alteraciones a nivel de la microcirculación cutánea, (hiperpresión intracapilar, extravasación de suero, hematíes, depósitos de fibrina, microtrombos, reducción de la difusión de nutrientes y de oxigeno en la epidermis, eliminación insuficiente de desechos metabólicos) las cuales se van a manifestar con la denominada dermatitis de éstasis, asiento de la úlcera venosa.

DEFINICION DE ÚLCERA EN PIERNA

"La úlcera de la pierna se puede definir como una pérdida en la integridad de la piel en la región comprendida entre el pie y debajo de la rodilla, con una duración igual o mayor a seis semanas." (Cornwall).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE ÚLCERAS VENOSAS Y ARTERIALES

La úlcera se diagnostica de visu, junto con los antecedentes recogidos en la historia clínica, la exploración física y otras exploraciones complementarias (eco-doppler, pletismografía, angiografía.) Pero en algunas ocasiones no es fácil establecer el origen, y es que un alto porcentaje de úlceras venosas tienen componente arterial. (Cuadro 1).

	VENOSAS	ARTERIALES
ASPECTO	BORDES DELIMITADOS EXCAVADOS	BORDES PLANOS
	FONDO GRANULOMATOSO	FONDO ATRÓFICO
	SANGRANTES	NO SUELEN SANGRAR
LOCALIZACIÓN	REGIÓN LATERAL INTERNA 1/3 INFERIOR DE LA PIERNA	SOBRE PROMINENCIAS ÓSEAS
		CABEZAS METATARSIANOS
		DEDOS
ETIOLOGÍA	INSUFICIENCIA VENOSA PRIMARIA O SECUNDARIA	ARTERIOSCLEROSIS, BUERGER
		HTA, TABAQUISMO, DIABETES
PULSOS DÍSTALES	CONSERVADOS, NORMALES	AUSENTES O DÉBILES
CLÍNICA	MODERADAMENTE DOLOROSAS SE ALIVIAN EN DECÚBITO	DOLOR IMPORTANTE QUE AUMENTA CON EL DECÚBITO
OTROS SIGNOS	EDEMA EN LA PIERNA	PIEL DELGADA SECA ATRÓFICA
	PIEL ENROJECIDA, ECCEMATOSA	BRILLANTE
	DERMATITIS OCRE	BLANQUECINA
	CALOR LOCAL	DESCENSO DE LA TEMPERATURA
	VARICOSIDADES PRURITO	UÑAS ENGROSADAS

Cuadro 1.

SIGNOS CARACTERÍSTICOS DE LAS ÚLCERAS VENOSAS

- Úlceras exudativas, grandes, bordes poco definidos (desiguales)
- Pigmentación en la piel
- Edema
- Presencia de pulsos
- Tejido de granulación
- Hemorrágicas
- Forma de botella de champán invertida (Lipodermatoesclerosis)
- Piel caliente, pruriginosa.
- Frecuentes dermatitis (de estásis, escamosa, alergias de contacto)
- Hiperqueratosis/ atrofia blanca
- Posibilidad de infección
- Área de la polaina (Figura 4)

Figura 4.

- El dolor disminuye al elevar la pierna. Son poco dolorosas o indoloras, excepto si están infectadas. La evolución espontánea de la úlcera no tratada es la sobreinfección.

La úlcera venosa constituye el último grado de una insuficiencia venosa cualquiera que sea la clasificación que de la misma se haga.

Normalmente aparece en la región supramaleolar interna, aunque también puede aparecer en la zona externa o situarse ligeramente hacia arriba a la altura de media pantorrilla.

El fondo tiene distintas características desde átono hasta francamente regenerativo. La piel que rodea la úlcera, normalmente muestra todos los signos de la dermatosis de la insuficiencia venosa , con pigmentación ocre, lipoesclerosis, cianosis, induración, en ocasiones hasta osificación.

Frecuentemente se halla alrededor de la úlcera una vena insuficiente , con marcado reflujo . Existen múltiples teorías sobre su origen aunque posiblemente se deba a distintas causas.

Una vez que se desencadenan, tienden como todas las úlceras crónicas, a tener una evolución insidiosa, con dificultad para cicatrizar, gran afectación de la piel circundante (6), (7), (8)

TRATAMIENTO:

VARICES

Tratamiento médico y quirúrgico

- Tratamiento farmacológico.
- Escleroterapia.
- Safenectomía y ligadura de perforantes.
- Láser.

SÍNDROME POSTROMBÓTICO

Es importante el tratamiento rápido y eficaz con heparina, seguido de anticoagulantes orales.

Las posibilidades terapéuticas son limitadas:

- Contención elástica, es esencial y debe ser de por vida.
- Medicación anticoagulante.
- Mejorar el estilo de vida.
- Adaptación en las actividades del trabajo.

I.V.C.

Medidas higiénicas:

- Reducción de peso en caso de obesidad.
- Evitar periodos prolongados en bipedestación o sedestación.
- Realizar ejercicios que impliquen la flexión de los tobillos, para activar el bombeo muscular.
- Elevar los pies sobre el nivel del corazón durante 15-30 minutos varias veces al día.
- Dormir con los pies de la cama elevados unos 15 cm.
- Evitar el calor.

TERAPIA COMPRESIVA EN LA ULCERA VENOSA O ESTÁSICA

La terapia compresiva –piedra angular del tratamiento de la úlcera venosa– es, probablemente, el tratamiento más antiguo, el más efectivo y no el más frecuentemente utilizado para el control de la hiperpresión y de la insuficiencia venosa. Antes de aplicarlo, siempre hay que descartar que exista un compromiso arterial.

El vendaje compresivo produce un satisfactorio apoyo hemodinámico y comodidad al paciente –que puede continuar su actividad habitual–, favoreciendo la formación del tejido de granulación en las úlceras venosas.

Deberá realizarse el tratamiento cuando el edema sea menor, por la mañana en la cama o, al menos, después de una sesión de elevación de las piernas.

El vendaje en la úlcera venosa tiene como objetivos, reducir el edema (evitando el éstasis y la hiperpresión venosa del miembro) y mejorar el retorno venoso.

El tratamiento principal de la úlcera venosa crónica incluye terapia compresiva, ejercicio y elevación de la pierna en el reposo.

La toma de pulsos dístales ha de ser un acto rutinario antes de efectuar cualquier tipo de vendaje de las extremidades, bien sea vascular o funcional. En el momento de realizar el vendaje compresivo, la presión venosa sobre las paredes de los vasos sanguíneos debe ser la mínima posible. En ortostatismo se calcula que esta presión es >80 mm. Hg. y disminuye a < 10 mm. Hg en posición de Trendelenbourg, por lo que es ésta la posición más adecuada para realizar el vendaje compresivo; no debe hacerse con el paciente sentado ni con la pierna en declive.

En presencia de edema blando importante, algunos autores desaconsejan el vendaje compresivo, ya que puede originar flictenas. En este caso se aconsejará reposo absoluto en postura de Trendelenbourg y se iniciará el vendaje cuando el edema disminuya.

La presión óptima que debe ejercer el vendaje oscila entre 35 y 40 mm. Hg. a nivel del tobillo, debiendo disminuir gradualmente a medida que se asciende por la pierna para favorecer la acción de bombeo que ejercen los músculos de la pantorrilla. (10), (11), (12), (13), (14).

VENDAJES MULTICAPAS

PASOS A SEGUIR ANTE UNA ÚLCERA VENOSA

1º Compresión
2º Preparar el lecho de la úlcera
3º Tratar la piel de la extremidad completa

UN 80% DE LAS ÚLCERAS VENOSAS RECIBE UN TRATAMIENTO INADECUADO YA QUE NO SE COMPRIMEN

EFECTOS DE LA COMPRESIÓN

Ejercer una presión externa gradual y mantenida con el objetivo de:

- Favorecer el retorno venoso.
- Eliminar el liquido intersticial (reducción del edema).
- Disminuir la hipertensión venosa en el sistema superficial y profundo.
- Potenciar la actividad de la musculatura de la pantorrilla.

TIPOS DE COMPRESIÓN

Compresión inelástica (pasiva)

- Sirve de DE SOPORTE O CONTENCIÓN, actúa durante la contracción muscular.
- Sólo es efectivo si el paciente puede moverse pero no en reposo.
- Útil en pacientes con úlceras mixtas con un I.T.B entre (0.6 –0.8)

Compresión elástica (activa)

Ejerce una COMPRESIÓN CONTINUADA (incluso con el paciente en reposo).

Tipos:

- Medias elásticas
- Compresión elástica de una sola capa
- Compresión elástica multicapa: De cuatro capas / De dos capas

SISTEMA DE COMPRESIÓN MULTICAPA:

Características

Con este sistema de compresión se puede conseguir una presión de 40 mm/Hg en el tobillo y 17 bajo la rodilla y mantener la misma durante al menos una semana.

Por las características de la confección de sus tramas se evitan problemas de sobrepresión.

Es relativamente fácil de aplicar.

Muy alta capacidad de absorción dependiendo del apósito que apliquemos en contacto con la úlcera.

INDICACIONES:

Están indicadas en el tratamiento de úlceras venosas y problemas asociados en los que el paciente presente un I. T. B. igual o mayor de 0.8 en los casos de (ÚLCERAS VENOSAS) y entre 0.6 - 0.8 en (ÚLCERAS MIXTAS); se debe tener mucha precaución en este último caso.

Existe en el mercado un sistema de compresión multicapas que presenta cuatro medidas distintas dependiendo de la circunferencia del tobillo así como cuatro capas de vendas de distintas características, composición y funciones.

La primera capa está compuesta por algodón 100% y su función es servir de almohadillado, protección, absorción del exudado y redistribución de la presion.

La segunda capa está compuesta por elastómero de nylon con suaves hilos de algodón y su función es igualar a la anterior capa y ayudar a reabsorber.

La tercera capa presenta una composición del 85,5% de rayón un 6,5% de hilos elásticos y un 5% de nylón siendo su función principal la de ejercer una compresión a nivel del tobillo de 17 mm/ Hg.

En cuanto a la cuarta capa está compuesta por fibras de nylon, hilos elastómeros y látex ejerciendo una presión a nivel de tobillo de 23 mm/ Hg, por lo que entre las dos últimas realizan una presión de 40 mm/Hg

El primer cambio es recomendable realizarlo a los 3 ó 4 días en el que debemosvalorar:

- La reducción del edema.
- La cantidad y tipo de exudado que ha drenado.
- El apósito más adecuado para la próxima cura (manejo del exudado).
- El estado de la piel perilesional (protección).
- Comodidad del paciente.

VENDAJE MULTICAPAS DE DOS CAPAS

Últimamente se ha producido una innovación en los sistemas de compresión para úlceras venosas con la aplicación de nuevas tecnologías denominadas (VARI-STRETCH) y con características que la hacen más idóneas como:

- Aunque variemos la tensión dada al vendaje, seguimos realizando la presión correcta.
- Su aplicación se realiza normalmente al 50% de extensión, pudiendo estirar más o menos.
- Lleva incluida una guía de compresión para que podamos ajustarnos más a la presión adecuada.
- Es un sistema simple de 2 capas;
- En contacto con la úlcera se pueden combinar diversos apósitos dependiendo de las características de la misma
- Existen tres tamaños distintos para conseguir unos niveles correctos de compresión para todos los diámetros de tobillo.
- Se consiguen presiones de 40 mm/Hg a nivel de tobillo en un rango entre el 30% y 70% de extensión de la venda, por tanto podemos incrementar la extensión de la misma con pequeña variación de la presión.
- Evidencias clínicas nos indican una reducción considerable de los tiempos de curación de las úlceras venosas.

El primer cambio es recomendable realizarlo a los 3 ó 4 dias para valorar:

- La reducción del edema
- La cantidad y tipo de exudado que ha drenado
- El apósito más adecuado para la próxima cura (manejo del exudado)
- El estado de la piel perilesional (protección)
- Comodidad del paciente

Los siguientes cambios se realizan de forma semanal

TÉCNICA:

En cuanto a su aplicación es relativamente fácil: Se comienza a nivel de las cabezas de los metatarsianos pasando la segunda vuelta por detrás del talón y cubriendo el mismo en la tercera vuelta. Luego se continúa realizando el vendaje en espiral con una superposición del 50% hasta llegar por debajo de la rodilla y desechando la parte de venda sobrante.

Debemos procurar que el indicador de tensión mantenga la forma circular que indica la tensión idónea.

PREVENCIÓN EN LAS ÚLCERAS VENOSAS

Utilizar una adecuada contención elástica. En la mayoría de los pacientes con insuficiencia venosa crónica y úlceras vasculares recidivantes, se impone el uso de medias elásticas (presión 35-55 mmHg), confeccionadas a medida, deben llevarse durante el día y retirarse por la noche. Es

1ª vuelta

2ª vuelta

3ª vuelta

Vendaje en espiral

Vendaje finalizado

inevitable el tratamiento con medias compresivas de por vida.

El encamamiento, es beneficioso en caso de edema importante. No obstante, en el paciente anciano un período prolongado de inmovilidad puede ser peligroso y se sustituirá por el reposo intermitente con las piernas elevadas.

Conviene activar el drenaje venoso de las piernas mediante el ejercicio físico. Se recomienda realizar ejercicio diario, como puede ser caminar –si es posible por la playa– 4 Km. repartidos en dos veces/día. Efectuar de forma periódica una tabla de ejercicios, en posición de decúbito; ejercicios de tijera y movimientos de pedaleo y giratorios de los dedos del pie en posición sentada.

Evitar permanecer de pie o sentado con los pies en el suelo más de 1 hora. Se debe realizar una elevación de las piernas intermitentemente durante el día. En el caso de tener que permanecer de pie, durante periodos prolongados, efectuar paseos cortos y frecuentes para activar la esponja venosa plantar.

Deberá indicarse una dieta adecuada, intentando mantener al paciente en el peso adecuado. Se debe insistir en el aporte de fibra y líquidos en la dieta para evitar el estreñimiento.

Baños de piernas alternando el agua caliente y fría, terminando siempre con fría.

No usar prendas de vestir ajustadas ni ligas, así como tampoco tacones altos que limiten la función de la bomba muscular de la pantorrilla

Evitar las exposiciones a fuentes directas de calor, como estufas, sol, saunas, etc.

Elevar las patas del pie de la cama de 12 a 15 cm. usando una calza. No usar almohadas para elevar el colchón, ya que durante el sueño, se doblan las piernas para evitar la elevación.

Aplicar diariamente una crema hidratante para impedir la formación de grietas.Tratar el prurito y los eczemas para evitar el rascado. Proteger la zona maleolar contragolpes, rozaduras, etc. (9)

RECOMENDACIONES-CONCLUSIONES

Está contraindicado el tto. compresivo cuando exista una ausencia o disminución de pulsos, si al realizar una oscilometría ésta aparece negativa o disminuida y si la presión arterial sistólica maleolar es inferior a 80 mm.Hg.

Tampoco debe aplicarse vendaje compresivo en aquellos casos en que el paciente presente un I.T.B. inferior a 0,8 ,de ahí la importancia de realizar previamente un diagnostico certero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alam S, Sakurai T, Yano T, Shionoya S, Hirai M. Haemodinamic assessment of chronic venous insufficiency. Jpn J Surg 1991; 21: 154-61.

2. Barr D. The Unna´s boot as a treatment for venous ulcers. Nurse Pract 1996; 21: 71-2.

3. Blair SD, Wright DDI, Backhouse CM, Riddle E, McCollum CN. Sustained compression and healing of chronic venous ulcers. BMJ 1988; 297: 1159-61.

4. Blecken SR, Villavicencio JL, Kao TC. Comparison of elastic versus nonelastic compression in bilateral venous ulcers: A randomized trial. J Vasc Surg 2005; 42: 1150-5.

5. Bullen EC, Longaker MT, Updike DL, et al. Tissue inhibitor of metalloproteinases-1 is decreased and activated gelatinases are increased in chronic wounds. J Invest Dermatol 1995, 104: 236.

6. Burnand KG, O´Donnell TF, Lea MT, Browse NL. The relative importance of incompetent communicating veins in the production of varicose veins and venous ulcers. Surgery 1977; 82: 9-14.

7. Callam MJ, Harper DR, Dale JJ. Lothian and Forth leg ulcer healing trial part one: elastic versus non-elastic bandaging in the treatment of chronic leg ulceration. Phlebology 1992; 7: 136-41.

8. Callam MJ, Ruckley CV, Harper DR, Dale JJ. Chronic ulceration of the leg: extent of the problem and provision of care. Br Med J 1985; 290: 1855.

9. Callam MJ. Epidemiology of varicose veins. Br J Surg 1994; 81: 167.

10. Estudio DETECT (2001).

11. Jiménez Cossio J., Mabel Insua E. , "Conocimientos básicos de las enfermedades arteriales, venosas y linfáticas. Uriach, 1991.

12. Kistner RL, Eklof B, Masuda EM. Diagnosis of chronic venous disease of the lower extremities: The "CEAP" classification. Mayo Clin Proc 1996; 71: 338.

13. López Corral, J.C. Actuación de enfermería ante úlceras y heridas. Madrid 1992.

14. Marinel-lo J, Blanes JI, Escudero JR, Ibáñez V, Rodríguez J; Consenso de la Sociedad Española de Angiología y Cirugía Vascular sobre Pie Diabético (Angiología.1997;XLIX,5:193-230).

15. Marnel.lo, j. ulceras de las extremidades por htv. Revisión de su fisiopatología y terapeútica .1997

16. Nelson EA. Compression bandaging in the treatment of venous leg ulcers. J Wound Care 1996; 5: 415-8.

17. Nicoloff AD, Moneta GL, Porter JM. Compression treatment of chronic venous insufficiency. En: P. Glovicki and J.S. Yao (Eds.). Handbook of venous disorders, 2nd ed. Guidelines of the American Venous Forum. Arnold, 2001. 94-103.

18. Oduncu H, Clark M, Williams RJ. Effect of compression on blood flow in lower limb wounds. Int Wound J 2004; 1: 107-113.

19. Skene AI, Smith JM, Dore CJ, Charlett A, Lewis JD. Venous leg ulcers: a prognostic index to predict time to healing. BMJ 1992; 305: 1119-21.

20. Soldevilla JJ et al. Etiopatogenia de las ulceras vasculares. En: Soldevilla JJ, Torra JE (eds). Atención Integral de las heridas crónicas, 1ª Ed. Madrid: SPA 2004;265-273)

21. Vilalta, A. Úlceras vasculares de las extremidades inferiores. Revista Medicine,1983; 53: 3468 - 3476

22. Welkie JF, Comerota AJ, Kerr RP, Katz ML, Jayheimer EC, Bringham RA. The hemodynamics of venous ulceration. Ann Vasc Surg 1991; 6: 1-4.

ATENCIÓN A LOS ADOLESCENTES DESDE EL PROGRAMA FORMA JOVEN

CARE FOR ADOLESCENTS FROM THE YOUTH PROGRAM FORM

- **Ana Maria Romero Brioso ***
- **Miguel Zarzoso García ****
- **Yolanda Romero Brioso *****
- **Mercedes Martín Cuenca ***

* Enfermera Centro de salud Polígono Norte. Sevilla
** Enfermero Centro de salud Ronda Histórica. Sevilla
*** Enfermera Centro de salud Sierra de Aracena.

Resumen

Los problemas de salud en la adolescencia nos alertan a cerca de la necesidad de atención prioritaria a los jóvenes acercándonos a su medio habitual.

A través del Programa Forma Joven, que va dirigido a la población adolescente nos proponemos mejorar la información, formación y habilidades necesarias para que dispongan de recursos que contribuyan a aumentar las conductas saludables en esta etapa de su vida; y que influirán en su desarrollo personal.

Vamos a describir las actividades individuales y grupales llevadas a cabo por enfermeras, en un instituto de enseñanza secundaria y el centro de salud de la zona.

Sugerimos la importancia de aumentar la participación de los jóvenes en la toma de decisiones potenciando la figura del mediador.

PALABRAS CLAVE:

Adolescentes.
✔ Salud.
✔ Actividades.
✔ Formación.
✔ Programa Forma Joven.

Key words

✔ Adolescents.
✔ Health.
✔ Activities.
✔ Training.
✔ Youth Program Form.

Summary

Health problems in adolescence warn us about the need to focus on young people about their usual means.

Through the Youth Program Form, which is aimed at the adolescent population we intend to improve information, training and skills needed to provide resources to help to increase healthy behaviours in this stage of their lives and that will influence their personal development.

We will describe the individual and group activities carried out by nurses in a high school and health centre in the area.

We suggest the importance of increasing youth participation in decision-making by strengthening the figure of the mediator.

INTRODUCCIÓN

"El objetivo primero y fundamental de la educación es el de proporcionar a los niños y niñas, jóvenes de uno y otro sexo, una formación plena que les permita conformar su propia y esencial identidad, así como construir una concepción de la realidad que integre a la vez el conocimiento y la valoración ética y moral de la misma. Tal formación plena ha de ir dirigida al desarrollo de su capacidad para ejercer de manera crítica y en una sociedad axiológicamente plural, la libertad, la tolerancia y la solidaridad. En la educación se transmiten y ejercitan los valores que hacen posible la vida en sociedad, singularmente el respeto a todos los derechos y libertades fundamentales. Se adquieren los hábitos de convivencia democrática y de respeto mutuo. Se prepara para la participación responsable en las distintas actividades e instancias sociales"(1).

La OMS define la adolescencia temprana como la etapa que transcurre entre los diez a catorce años y adolescencia tardía entre los quince a diecinueve.

Se inicia con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, entrando en un periodo caracterizado por el crecimiento y la inestabilidad y en el que se van sucediendo la búsqueda de sí mismo y de la identidad, la tendencia grupal, la desubicación temporal, la evolución sexual, la separación progresiva de los padres y fluctuaciones del estado de ánimo. Además se produce un aumento del interés por actividades excitantes y peligrosas y les atrae ser foco de atención frente a sus amigos por lo que no perciben el riesgo (2).

En este sentido los programas de intervención se han dirigido más a las carencias que de manera sistemática se atribuyen a la juventud que a potenciar un desarrollo personal positivo. ¿Acaso acertamos al valorar el estado de salud de la juventud en función de conductas como el consumo de alcohol, el fracaso escolar o la presencia de conductas sexuales de riesgo?. Con frecuencia observamos que la ausencia de conflictos no garantiza un paso a la madurez adecuado.

En la vorágine de cambios corporales, afectivos y sociales sería deseable tener en cuenta también el potencial a desarrollar por los jóvenes como factor protector para un desarrollo personal adecuado.

OBJETIVOS

Aumentar el conocimiento entre las enfermeras del programa Forma Joven.

Describir las actividades llevadas a cabo en un Instituto de Enseñanza Secundaria y en el Centro de Salud, relacionadas con el Programa Forma Joven.

MATERIAL Y MÉTODOS

En las últimas décadas se ha producido un enfoque distinto en el abordaje de las conductas de riesgo en que incurren los adolescentes y que pueden suponer un importante problema salud. El Programa Forma Joven es una herramienta muy nueva todavía, pero que nos permite abordar con los adolescentes aspectos muy relevantes para su vida, en un espacio especialmente creado para ello y hacerlo en su medio natural, el centro educativo, de especial significación por ser un medio de socialización que dejará huella en el tiempo.

Este trabajo es el resultado de la experiencia de tres años de trabajo con jóvenes a través del programa Forma Joven.

La población a la que va dirigida es a chicos y chicas de entre doce y dieciséis años cuando la atención se produce en el instituto de enseñanza secundaria, y se amplía hasta la edad de veinte años cuando se realiza en el centro de salud.

En nuestro caso las enfermeras hemos sido formadas para emprender esta tarea mediante la realización de cursos en los que se nos informaba y formaba a cerca de la situación de la población a la que íbamos a atender y dotarnos de herramientas básicas para el desempeño de esta tarea.

El programa Forma Joven (3) inicia su andadura en Andalucía en el año 2001. En él participan la Consejería de Salud, la Consejería de Educación y la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Sus áreas de intervención son:

- Afectivo- sexual, para:
  Promover relaciones satisfactorias.
  Prevención de riesgos de ITS y embarazos no deseados
  Promover comportamientos no sexistas.
  Área de Adicciones.
  Prevención del consumo de alcohol, tabaco y otras.
  Prevención de accidentes de tráfico.
  Área de Salud Mental.
  Fomentar el desarrollo de la autoestima.
  Prevenir y detectar trastornos alimentarios y otros.
  Prevenir la violencia entre iguales y de género.

Al ser un programa que necesita la colaboración de profesionales de la salud, las actividades se desarrollan tanto en el centro educativo, su medio habitual, (asesoría joven), como en el centro de salud de la zona (hora joven) donde aseguraremos accesibilidad y confidencialidad a la población adolescente a la que se atiende. Ofrece información, formación, asesoramiento y coordinación con otros profesionales y dispositivos cuando sea necesario. Se accede en horario de consulta sin cita previa.

El objetivo primordial de Forma Joven es dotar a los chicos y chicas de competencias para que desarrollen capacidades y habilidades de respuestas saludables en esta etapa de su vida. Contribuir a que sepan planificar y tomar decisiones, que muestren empatía, sensibilidad y habilidades para establecer y mantener relaciones de amistad. Que se muestren cómodos con gentes de distintas etnias y culturas. Que puedan resistir la presión negativa de los iguales en situaciones de riesgo y que busquen soluciones pacíficas a los conflictos(4), de forma que su ocio y su salud sean compatibles. Asimismo, se quiere contribuir a fomentar las relaciones de igualdad entre sexos, favoreciendo la convivencia y propiciando un espacio de negociación de conflictos.

Por último, se trabaja para detectar y encauzar trastornos alimentarios, promoviendo los beneficios de una alimentación sana y equilibrada así como otros hábitos saludables.

Asesoría en el centro educativo.

El programa está adscrito al instituto que lo solicita y cuenta con la colaboración de una enfermera que atiende durante una hora a la semana a los chicos y chicas a demanda de éstos, mediante una nota en un buzón colocado para este fin. La atención se realiza de forma individualizada, en un espacio habilitado para ello y para responder a sus preguntas y/o inquietudes que estarán relacionadas con las áreas afectivo-sexual, adicciones y/o salud mental.

Es imprescindible para llevar a cabo ésta labor la colaboración y coordinación con el equipo de orientación del centro, ya que realizan un trabajo de sensibilización entre alumnos y profesado y agilizan nuestro acceso tanto a los chicos como a los recursos del centro.

Durante los dos últimos años, al inicio del curso la enfermera en coordinación con la orientadora y el tutor de cada curso, se desplaza por todas las aulas del centro para presentarse y dar una breve explicación de su cometido, forma de acceder a la asesoría y horario.

En los dos últimos años hemos realizado en el espacio de la asesoría atención individualizada a demanda y talleres con los distintos cursos de enseñanza secundaria. En los talleres siempre estuvieron presentes el tutor del grupo y la orientadora.

Talleres de relajación

El método utilizado es la relajación progresiva de Jacobson (5).

El objetivo es disminuir la tensión o nerviosismo mantenidos, que dificulta la realización de las actividades cotidianas de los chavales.

Para ello primero enseñamos la diferencia entre tensión y relajación. Es importante señalar la importancia de la práctica diaria para conseguir los resultados satisfactorios e incidir en la importancia de realizar una respiración adecuada. Además sugerir el entrenamiento en relajación como una herramienta saludable para mejorar estados físicos y emocionales perjudiciales.

Los talleres tuvieron lugar en el gimnasio del centro al ser este un lugar sin ruidos, donde podemos regular la intensidad de la luz y disponemos de colchonetas y música relajante de fondo.

Talleres sobre hábitos saludables

La detección y sensibilización hacia los trastornos de la alimentación es un objetivo prioritario con la población de jóvenes. En los talleres se abordan tanto la importancia de adquirir hábitos alimenticios saludables como las consecuencias del sobrepeso y del peso insuficiente. El objetivo no es sólo el conocimiento de los grupos alimenticios básicos y la elaboración de una dieta saludable, sino también desarrollar una actitud crítica hacia los mensajes que los adolescentes reciben desde distintos medios y hacia la imposición de modelos que pueden atentar contra su salud física y mental.

No pasamos por alto la diversidad y multiculturalidad como enriquecedora de nuestras costumbres culinarias.

Los beneficios del ejercicio físico también son referidos en éstos talleres. Por su contribución en la disminución de enfermedades cardiocirculatorias, obesidad e hipertensión. Por producir aumento en las capacidades físicas, fortalecimiento de los huesos y aumento de la resistencia muscular. También ayuda a controlar el estrés, mejora el sueño, potencia la autoconfianza y las relaciones del grupo.

Realizamos actividades de asesoramiento para la prevención del tabaquismo.

Muchas falsas creencias surgen en los talleres con relación a la higiene corporal sobre todo de algunas zonas, como el cabello o el cuidado de la piel con acné. En esta etapa el cabello se vuelve más graso y conviene lavarlo con frecuencia y revisar por si aparecen piojos. Si ocurre, transmitir normalidad y dar pautas para su eliminación.

Abordamos la relación que las horas de sueño en la adolescencia tienen en el rendimiento escolar, en el estado de ánimo y en las relaciones con los compañeros, por eso es un hábito saludable a alcanzar en los jóvenes.

El método utilizado en los talleres es la exposición del tema con apoyo PowerPoint, películas y debate en grupo.

Talleres sobre conductas de riesgo

Los adolescentes conforman un grupo sometido a las mismas influencias que el resto de la sociedad y lo que les afecta suele ser un reflejo de lo que pasa en la población en general, pero además existe una desconexión entre las conductas de riesgo realizadas y las percibidas.

La familia es el pilar donde la persona empieza a construirse en referencia a sus valores externos e internos. Un ambiente familiar que propicia el dialogo y la confianza permiten enfrentarse de manera más firme a las presiones grupales. Además una integración adecuada en el medio comunitario favorece respuestas más adecuadas. También las actitudes asertivas desempeñan cada vez un papel más importante en el afrontamiento de situaciones de riesgo.

La prevención primaria tiene como objetivo retrasar la edad de inicio del consumo de drogas y promocionar hábitos de vida saludables (6).

Las estadísticas nos indican que los accidentes de tráfico son la primera causa de mortalidad entre los jóvenes españoles. El objetivo del taller es sensibilizar y profun-

dizar en las consecuencias que conductas de riesgo como el consumo de tóxicos y la conducción con riesgos tienen para los propios protagonistas y para las personas que nada tuvieron que ver con esas conductas. Discutimos algunas medidas que minimizan las repercusiones negativas de las conductas de riesgo como no conducir bajo los efectos de sustancias tóxicas, no mezclar dichas sustancias y hacer una utilización adecuada de los medios de protección como el casco o el cinturón de seguridad.

En definitiva concienciarles hacia que:

El problema de los accidentes de tráfico existe y tiene una gran dimensión.
Es un problema cercano a ellos.
El factor humano es el causante de la mayoría de los accidentes de tráfico (7).
El método utilizado es la exposición del tema con apoyo PowerPoint, video y debate en grupo.

Talleres afectivo- sexuales:

A pesar de los cambios producidos en los modelos de sexualidad y en la mejora de la fluidez en la comunicación entre padres e hijos, se mantienen las dificultades de los jóvenes para plantear estos temas a sus progenitores.

La Educación Afectiva y Sexual representa un aspecto de gran importancia en la formación integral de chicos y chicas porque, más allá del conocimiento puramente biológico, explica procesos trascendentales como la construcción de la identidad de género o las relaciones afectivas en el ámbito de nuestra cultura.

La Educación Sexual es hoy una demanda social, basada en el derecho de los niños, niñas y adolescentes a tener información sobre esta materia. Esta información debe ser rigurosa, objetiva y completa a nivel biológico, sicológico y social, entendiendo la sexualidad como comunicación humana y fuente de salud, placer y afectividad. En este sentido es imposible separar sexualidad y afectividad (8).

Por otra parte, al tratarse de una dimensión humana que toca emociones y sentimientos, y estar íntimamente relacionada con las creencias y los valores de cada persona, hablar de sexualidad y especialmente en la infancia y adolescencia, hace que se enciendan muchas alarmas (9). Pero éstas no impiden que se den las situaciones.

El embarazo en la adolescencia supone riesgos para la salud por la falta de madurez fisiológica. Con frecuencia está asociado con fracaso escolar, aislamiento social y pobreza. No entramos a considerar los riesgos para el niño.

El cuidado de un hijo supone una reducción drástica del tiempo para la formación del adolescente y con frecuencia limitará las actividades de la madre al ámbito del hogar. Propiciamos un debate en torno a estos temas favoreciendo el respeto a todas las opiniones. Informamos en los talleres sobre las infecciones de transmisión sexual sobre las que existe un gran desconocimiento, los mecanismo de contagio y la prevención, ya que algunas de ellas constituyen un importante problema de salud pública.

En esta realidad y teniendo en cuenta que las únicas intervenciones que se han demostrado perjudiciales son aquellas cuyo único objetivo es la promoción de la abstinencia, ya que se asocia a un incremento en el número de embarazos entre parejas adolescentes (10); apostamos por concienciar a los jóvenes en una sexualidad responsable que tiene que ver con el desarrollo de valores como la tolerancia, la igualdad y el respeto frente a las consecuencias de la ignorancia y la negación de la sexualidad que han demostrado ser cuanto menos ineficaces y en muchas ocasiones dañino.

En nuestra experiencia de estos tres años los temas que mayor interés suscitan en las edades de doce a dieciséis años (enseñanza secundaria) recogidos en una encuesta anónima se refieren a la anatomía del aparato reproductor, relaciones sexuales, ciclo reproductivo, primera vez y métodos anticonceptivos.

Hemos desarrollado varios talleres con distinta metodología. En algunos y previo al taller se han recogido las preguntas que de forma anónima cada chico quería que se aclarase en el taller. En otras ocasiones no se ha realizado la recogida de preguntas previamente. En ambas ocasiones se había diseñado un contenido de conocimientos que se exponía con apoyo audiovisual para finalmente debatir en grupo.

Hemos podido confirmar que hacer a los chicos protagonistas del contenido de los talleres proponiendo los temas a tratar, aumenta de manera importante la motivación, les hace ser más participativos y tomar la iniciativa a la hora de resolver dudas de otros compañeros.

La hora joven en el centro de salud

En nuestro caso contamos con una consulta de dos horas a la semana, en horario de tarde para atender a los jóvenes que lo deseen independientemente de que pertenezcan o no al centro de salud. Lo haremos de manera individual y asegurando la confidencialidad. Para acceder no se requiere cita previa.

La tabla nº 1 nos muestra numerosos indicadores de riesgo y de protección que afectan al comportamiento sexual del adolescente.

Los temas que tratamos en ese espacio son mayoritariamente de la esfera afectivo-sexual.

Además podemos identificar e intervenir sobre conductas de riesgo, proporcionar preservativos y potenciar su uso entre los jóvenes que practican sexo. Informar a cerca de métodos anticonceptivos y proporcionar anticoncepción de emergencia por indicación médica.

Comunidad

Desventaja y desorganización

+ Nivel alto de educación
- Elevada tasa de desempleo
+ Alto nivel de renta
- Alta tasa de criminalidad

Familia

Estructura y situación económica

+ Biparental (frente a uniparental)
- Cambios en el estado marital de los padres
+ Nivel alto de educación en padres
- Bajo nivel de ingresos paternos

Dinámica familiar y apego

+ Soporte parental y conexión familiar
+ Supervisión y control familiar suficiente

Actitud familiar y modelo de conducta sexual y de fecundidad

- Precocidad materna en relaciones sexuales y maternidad
- Madre soltera y comportamientos de cohabitación
+ Actitud conservadora de los padres respecto a relaciones sexuales
+ Actitud positiva de los padres respecto a la anticoncepción
- Precocidad hermanos mayores relaciones sexuales y maternidad

Iguales

Actitud y comportamiento

+ Calidad de los amigos/as
- Comportamiento de riesgo respecto a delincuencia y drogas
- Actividad sexual de iguales (real o percibida)
+ Normas positivas de uso de preservativos y anticoncepción

Pareja

+ Soporte en el uso de preservativos y contracepción

+ Factor de protección
- Factor de riesgo

Individuales

Antecedentes biológicos

- Precocidad en maduración física

Apego y éxito escolar

+ Buenos resultados escolares
+ Aspiraciones y planes de futuro en educación

Apego a instituciones religiosas

+ Participación en actividades religiosas

Problemas o comportamientos de riesgo

- Uso de alcohol o drogas
- Problemas de comportamiento o delincuencia
- Otros comportamientos de riesgo

Distrés emocional

- Alto nivel de estrés
- Depresión
- Ideas suicidas

Características de la relación de pareja

- Compromiso precoz y frecuentes
- Mantener una relación muy cerrada
- Mayor número de compañeros románticos
- Compañero 3 ó mas años mayor

Abuso sexual

- Historia previa de abuso o coacción

Deseos, actitudes y habilidades sexuales

+ Actitud conservadora respecto a relaciones prematrimoniales
+ Mayor percepción de susceptibilidad a embarazo o infecciones sexuales
+ Importancia de protegerse de embarazo o infecciones sexuales
+ Mayor conocimiento sobre preservativos y anticonceptivos
+ Actitud positiva sobre preservativos y anticonceptivos
+ Alta percepción de barreras y coste de utilización de preservativos
+ Mayor grado de percepción de auto eficacia en el uso de protección

Tabla 1. Indicadores de riesgo y protección que pueden afectar al comportamiento sexual del adolescente, la utilización de preservativos-contracepción y relacionarse con embarazo e infecciones de transmisión sexual.

Contamos con folletos informativos para distribuir entre los jóvenes sobre las áreas en las que intervenimos y que nos sirven de apoyo al tema que tratamos en la consulta.

RESULTADOS

Durante el primer año de nuestra experiencia la atención a nuestra población fue exclusivamente individualizada tanto en el instituto como en el centro de salud. Hemos observado satisfacción de los chicos que acuden hacia el trato de los profesionales en estos espacios al sentirse los chicos y chicas escuchados, no juzgados y en muchas ocasiones con sus expectativas resueltas.

Señalar que los jóvenes que acuden expresan que hace falta una mayor divulgación sobre la existencia del recurso.

En las actividades grupales, cuando no se produce la participación en la elección de los temas a tratar de los chicos y chicas, se han puesto de manifiesto actitudes negativas como querer marcharse o interrumpir continuamente impidiendo un clima relajado durante el taller.

Cuando se ha preguntado previamente al taller los temas que más interés han producido en los jóvenes eran los referidos a sexualidad, en ellos se mostraron más atentos, participativos y satisfechos y posibilitó un ambiente de mayor tolerancia hacia opiniones contrarias y conocimiento de un vocabulario desconocido hasta entonces para algunos.

Nuestra experiencia nos enseña que actitudes vergonzantes y culpabilizadoras respecto a la sexualidad hacen que se perpetuen modelos de comportamiento que en nada han contribuido al desarrollo de relaciones afectivas y sexuales saludables. Además de impedir un desarrollo personal satisfactorio. El tratamiento de estos temas por parte de los profesionales con normalidad, utilizando un lenguaje sencillo adaptado a cada edad, basado en los conocimientos científicos y con sintonía emocional favorecen el aprendizaje de conocimientos fundamentales para un adolescente competente.

CONCLUSIONES

Está fuera de discusión que los espacios Asesoría Joven y Tarde Joven se han convertido en un lugar para muchos adolescentes en los que ponerse en contacto con temas que les interesan y les afectan tan directamente. Sirven para sensibilizarles en temas cruciales para ellos y son espacios para compartir, pero sería positivo que tuviesen la capacidad de plantear propuestas sobre actividades a desarrollar. Es en este sentido en el que tenemos que continuar trabajando para poner en marcha en nuestro centro educativo la figura de los “mediadores” que en otros centros de tan buenos resultados. Son jóvenes voluntarios, con capacidad de liderazgo, con inquietudes para generar cambios en situaciones conflictivas, conocidos por sus compañeros, con habilidades para la comunicación y accesibles. Son el eslabón entre la formación y la acción.

BIBLIOGRAFIA

1. DECRETO 105/1992, de 9 de junio, por el que se establecen las Enseñanzas correspondientes a la Educación Primaria en Andalucía. BOJA nº 56 de 20/06/1992. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/1992/56/d/1.html
2. ¿Que es la adolescencia? [Sede Web]. Sylvia J. Figueroa, Disponible en: http://www.geocities.com/creanimate123/adolescentes.htm
3. Proyecto Forma Joven. [Sede Web]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/averroes/programasyactuaciones/forma_joven.php3
4. Oliva A. La promoción del desarrollo adolescente. Recursos y estrategias de intervención. Delegado et al. Ed. Consejería de salud 2008.
5. Bernstein, Douglas A; Borkovec, Thomas D. Entrenamiento en relajación progresiva: un manual para terapeutas. Ed. Desclee de Beouwer, 1983 (4ª ed.).
6. Curso básico de formación e información en drogodependencias y adicciones. Ed. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones. 2004
7. Álvarez González Fco Jevier y al. Cuaderno didáctico sobre Educación Vial y Salud. Ministerio de educación y ciencia. Ed. Ministerio de Educación y Ciencia. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2004.
8. Barragán F. Programa de Educación Afectivo Sexual. Educación Secundaria. I. Sexualidad, educación sexual y género. Ed. Junta de Andalucía. Consejería de Educación y Ciencia e Instituto Andaluz de la Mujer. 1999.
9. Colomer J. Prevención de embarazo no deseado e infecciones de transmisión sexual en adolescentes. [Monografía en Internet] 2003; 1-15. Disponible en: http://www.aepap.org/previnfad/pdfs/previnfad_endits.pdf.
10. DiCenso Alba et al. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. BMJ 2002; 324:1426.

ORIENTACIONES PARA EL MANEJO DE SITUACIONES DE INTENTO DE AUTOLISIS

ORIENTATIONS FOR THE MANAGING SITUATION OF ATTEMPT OF SUICIDE

- **José Antonio Rodríguez Saborido.***
- **Alicia Moreno Martín.****

* Psicólogo y Enfermero del Equipo Móvil Los Alcores. C.S. El Viso del Alcor. Sevilla

** Auxiliar de Enfermería

Resumen

En los casos de intento de autolisis, la desorganización y el caos suele ser lo que predomine, siendo la intervención de los equipos sanitarios muy variable en función de la situación. Este artículo propone una línea directriz que nos guíe en nuestra actuación: Evitar ó disminuir el riesgo físico vital, disminuir la ansiedad del paciente con psicofármacos y haciendo uso de técnicas psicoterapéuticas y, por último, mantener un control ambiental para la seguridad del paciente a posteriori. Así mismo se propone el uso de la *escala SADPERSONS*, herramienta ya contrastada y de fácil manejo que indica qué hacer con el paciente en función de los factores de riesgos.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Intento de autolisis.
- ✔ Suicidio.
- ✔ Sadpersons.
- ✔ Psicofármacos.
- ✔ Técnicas psicoterapéuticas.

Key Words

- ✔ Attempt of suicide.
- ✔ Suicide.
- ✔ Sadpersons.
- ✔ Psychoactive drugs.
- ✔ Methods of psychotherapy

Summary

In the cases of attempt of autolisis, the disorganization and the chaos is in the habit of being what prevails, being the very changeable intervention of the sanitary equipments (teams) depending on the situation. This article a line proposes directive that it us guides in our action (performance): To avoid ó to diminish the physical vital risk, to diminish the anxiety of the patient with psychoactive drugs and using methods of psychotherapy and, finally, to support an environmental control for the safety of the patient. Likewise one proposes the use of the scale SADPERSONS, already confirmed (resisted) tool and of easy managing that it indicates what to do with the patient depending on the factors of risks.

En situaciones de intento de autolisis en las que un suicidio se ve frustrado por algún elemento, el caos y la desorganización parecen ser lo que define con mayor frecuencia estos contextos. El escenario suele estar compuesto por la víctima (en las condiciones que se encuentre), familia, pareja/as (todos alterados), vecinos y conocidos, transeúntes y curiosos que se tropiezan la escena, policía local, guardia civil, bomberos… La aproximación sanitaria a este pasaje es difícil, y si definir la situación es complicado su arbitraje es más complejo aún. Las necesidades se van cubriendo sobre la marcha y muchas veces de forma circunstancial en función de variables aleatorias que suelen ser definitorias de la situación. La flexibilidad y la adaptación a las dificultades que surgen en el proceso deben dominar nuestra actuación aunque manteniendo siempre una línea directriz.

Puede resultar interesante agrupar situaciones como homólogas para trabajar de forma diferencial con ellas. Pese a que cada situación es única e irrepetible, el ambiente nos denota y nos hace pensar en narrativas distintas (Fernández Liria, 2002): narrativa de tristeza, narrativa de autodestrucción, narrativa de rabia, narrativa de vergüenza, narrativa de miedo y narrativas desde la posición de víctimas. De esta manera, la aproximación y el trabajo con los pacientes debe variar en su trato. No es lo mismo la

vergüenza que la rabia, o el miedo que la tristeza. Con un paciente con una narrativa desde la posición de víctima posiblemente haya que ser más autoritario que con una narrativa de rabia.

Desde este texto se propone una guía de intervención que nos oriente en la acción y que podríamos desglosar en tres partes, aunque siempre con fines didácticos ya que en la realidad el tratamiento debe ser global, integrado y sincrónico:

1. Evitar ó disminuir el riesgo físico vital
2. Disminución de la ansiedad. Psicofármacos.
3. Control ambiental. Seguridad.

1. EVITAR O DISMINUIR EL RIESGO FÍSICO VITAL

- Priorizar las acciones directas para evitar el suicidio. Evitar activamente la consumación del suicidio y dejar al personal más cualificado (bomberos, guardia civil,…) que haga la primera intervención hasta que la seguridad esté garantizada (Rotger, 1999).
- Optimizar los elementos del entorno habitual que pueden ser estresantes ó ansiolíticos, incluyendo el comportamiento de las personas cercanas con capacidad de influencia: familiares, pareja, amigos, compañeros, etc. (Bueno y Buceta, 2001).
- Es importante conocer a quién ha llamado la víctima antes o durante el intento de autolisis. De esta manera sabremos qué persona de su entorno tiene peso e influencia sobre el paciente, y será con la que trabajemos para acercarnos al paciente (siempre que su influencia sea positiva).

Figura 1. Los equipos móviles suelen ser los primeros intervinientes sanitarios en los intentos de autolisis

- Acercamiento progresivo a la víctima (Muñoz, 1999). Si se realiza autoritariamente puede favorecer su consumación. INVITAR al paciente a que salga de la situación.
- Retirar de su proximidad objetos potencialmente peligrosos: cuchillos, armas, cuerdas, control del gas y electricidad, fármacos en general,..

2. DISMINUCIÓN DE ANSIEDAD. PSICOFÁRMACOS

Habitualmente el paciente se encuentra en plena crisis de ansiedad provocada por múltiples causas: problemas familiares, de pareja, sociales o laborales, tóxicos, delirios, alucinaciones (auditivas las más frecuentes), etc. En este momento es importante centrarse en la disminución de la ansiedad, aunque sin obviar sus causas, es relevante rebajar el nivel de angustia para poder trabajar mejor con el paciente. Es decir tratar la ansiedad dejando, en este momento, las causas en un 2º plano. La situación la vemos globalmente pero en cada momento de la intervención ponemos el foco de atención en uno u otro lugar. Podríamos hablar de un cuadro en el que la figura central sería la ansiedad y el paisaje las causas. Es decir, bajar el nivel de ansiedad.

Debemos recordar que el paciente está en una situación dominado a un nivel EMOCIONAL, por lo que nuestras apelaciones desde un plano a nivel racional-cognitivo no serían todo lo eficaces que nos gustaría, es decir el paciente difícilmente atenderá a razones que le planteamos como lógicas. Su conducta en estos momentos está guiada por un plano más profundo que el plano lógico, el plano emocional.

En este contexto y a este nivel de la intervención para disminuir el nivel de angustia no estaría indicada la psicoterapia verbal exclusivamente, pese a que nos ayuda a conseguir nuestros objetivos, el tratamiento de elección serían los psicofármacos. No pretendamos con una "frase milagro" y en 10 minutos arreglar toda la estructura de personalidad y la historia emocional del paciente (algo que en la filmografía suele ocurrir con frecuencia).

Psicofármacos:

Para disminuir el nivel de ansiedad cualquier ansiolítico nos valdría, pero en el contexto en el que nos movemos se dan algunas peculiaridades. Como la voluntariedad; hay pacientes a los que simplemente ofrecerle medicación que les va ayudar a encontrarse mejor la aceptan de buen grado; en estos pacientes tanto la vía oral, sublingual como la IM estarían indicadas. Otras veces hay que recurrir a la reducción por parte de las fuerzas y seguridad del estado para su administración involuntaria, si así lo indica el facultativo, para lo cual las vías IM ó intranasal (para el midazolam por ejemplo) nos vendrían bien. La vía intravenosa, a pesar de ser muy eficaz por su rapidez de acción, en los

casos que no exista voluntariedad por parte del paciente debe considerarse como la última opción, ya que habría que reducir al paciente y la intervención sería complicada innecesariamente. Si el paciente tiene un grado importante de desconexión de la realidad, tiene delirios o alucinaciones en cualquiera de sus formas, y pensamos que es causa importante de la angustia, al ansiolítico sería conveniente sumarle un neuroléptico (que posiblemente ya esté tomando el paciente), sin olvidarnos de los efectos secundarios que producen como la respuesta extrapiramidales que debemos controlar, con lo que hacemos uso de los conocidos "cócteles" (Tabla 1).

Psicoterapia. Técnicas:

Son muchas, abundantes, extensas y variadas. Podrían ser motivo de otro trabajo, dado que de cada técnica hay cuantiosa literatura y requiere práctica y adiestramiento en cada una de ellas. Cuando hablamos de psicoterapia breve, nos estamos refiriendo a periodos de, a lo más corto, 2 semanas (Fernández Liria, 2002), sin embargo la situación a la que nos enfrentamos nosotros el cronos suele ser de 20 ó 30 minutos!!! Debemos tener presente, también, que como seres humanos cada uno de nosotros dispone de recursos personales que a lo largo de nuestra historia particular hemos ido perfeccionando y en las que somos unos expertos (asertivos, mano izquierda, saber escuchar, ser directivos, trasmitir seguridad…) y que cada uno sabemos qué se nos da bien, estos recursos personales son muy valiosos y que los usaremos antes de intentar cualquier técnica que no conocemos o de la que hemos oído hablar y para la que no estamos entrenados. Pese a que nuestra prioridad son los psicofármacos expondremos brevemente algunas técnicas que nos ayudan a la reducción de la ansiedad/angustia (Vallejo Pareja, 1998).

Estrategias de afrontamiento activas que inhiban o reemplacen las respuestas de estrés incapacitante, como "piensa y recuerda el momento en el que viste por primera vez a tu hijo" "piensa y recuerda el día que aprobaste un examen muy difícil" "recuerda el momento en que te comunicaron una buena noticia", procesos que generen respuestas incompatibles con la ansiedad. Con esto activamos aquellas partes del cerebro que generan estímulos agradables y positivos, y que en cierta medida disminuyen el altísimo nivel de angustia al que se encuentra sometido los procesos cerebrales del individuo.

Debemos recordar que las estrategias de afrontamiento del ser humano según el Modelo Transaccional del Estrés las podemos dividir en tres grandes categorías (Endler y Parker, 1990) en función del problema y los recursos del paciente para resolverlos: 1) Estrategias centradas en el problema: la persona tiene recursos para resolver el conflicto 2) Estrategias centradas en la emoción: cuando la persona cree que no tiene recursos para cambiar la situación (reevaluar la situación, resignarse, buscar apoyo, beber,…). 3) Estrategias de evitación: el sujeto evita la fuente de estrés no dando, por tanto, solución al problema planteado.

Reestructuración cognitiva: cuestionar los pensamientos catastróficos del paciente,¿qué hay de real en sus planteamientos? ¿Todo es una catástrofe?

Figura 2. Cualquier ampulario suele tener psicofármacos útiles

PSICOFÁRMACO	OBSERVACIONES
DIACEPAM	Vo, sl, im ó rectal buenas
ALPRAZOLAM	Vo ó sl
MIDAZOLAM	Sc, im ó intranasal en caso necesario es una buena opción por la rapidez con la que actúa.
CLORAZEPATO DIPOTÁSICO (TRANXILIUM)	La vía im es la más usada La vo suele ser bien tolerada, además es un fármaco conocido y bien aceptado por los pacientes.
HALOPERIDOL	Hay que tener en cuenta los efectos extrapiramidales, sobretodo si está tomando otros neurolépticos, que habría que tratar con akineton. No tiene efecto sobre Sist. Respiratorio.
LARGACTIL	Buena alternativa al haloperidol.
KETAMINA	No afecta al Sist. Respiratorio La vía im es muy rápida. Inconveniente: produce alucinaciones

Tabla 1. Psicofármacos de uso frecuente

Entrenamiento en relajación: técnicas de profundización de la relajación como la respiración lenta, regular y diafragmática.

Habilidades de solución de problemas: a)definición y formulación del problema b)generación de soluciones alternativas c)toma de decisión d)ejecución de la solución y comprobación de su utilidad.

Escuchar a las personas con empatía y "calor humano" (Buceta y Bueno, 2001). Preguntar es una de las estrategias de prevención más importantes (Ayala y cols., 2005). Escuchar sus razones, tolerar sus muestras de dolor y sus ideas de muerte, reflexionar con la persona éstas últimas (Figura 3).

Centramiento atencional: tendencia a fijar la atención en un aspecto, perdiendo flexibilidad y atención a otros factores, habitualmente negativo, ver el mundo fijándose en un solo punto: el problema; ante lo que tendremos que descentrar la atención sobre el evento y abrir su campo de acción. Uso de "distractores del susto", preguntar: *¿cómo te llamas?, ¿Dónde trabajas?...* (Paniagua, G.)

Relativizar, en la medida de lo posible, la trascendencia de las situaciones estresantes.

A la hora de hacer una crítica tendríamos que tener en cuenta las siguientes pautas (Goleman, D.Harry Levinson):

- Sea concreto
- Ofrezca soluciones, la crítica debería acompañar una alternativa para no generar frustración.
- Permanezca presente, cara a cara, y en privado si es posible.
- Permanezca sensible, es decir empáticos.

Preguntar por las ideas de suicidio no incrementa el riesgo de suicidio; no hay evidencia de que preguntar directamente por ideas de suicidio aumente el riesgo en los que ya lo tienen, o dé ideas en los que no las tienen. Lo más probable es que la persona se sienta reconfortada por poder hablar de estos pensamientos (Kübler-Ross, 1998).

Hacer un "pacto de no suicidio" no es ninguna garantía de que el paciente no se vaya a suicidar. En este sentido es importante el control ambiental y de la seguridad que haremos con el paciente.

3. CONTROL AMBIENTAL. SEGURIDAD

Una vez que el paciente ha bajado su nivel de ansiedad es recomendable que sea observado o acompañado hasta que sea valorado por el especialista. No en todos los casos es inexcusable su derivación hospitalaria urgente. En las situaciones que existe un buen soporte sociofamiliar y los consideramos con recursos suficientes como para responsabilizarse del paciente, éste se puede quedar en su domicilio ó a cargo de algún familiar sin necesidad de su ingreso hospitalario. En estos casos acordamos con el entorno sociofamiliar una alianza terapéutica en relación a la realidad del paciente. Para ello instruiremos a la familia para desdramatizar el intento y evitar culpabilizar al paciente por el hecho.

Otras veces no es posible garantizar el control ambiental y la seguridad del paciente y su entorno por parte del contexto sociofamiliar. Así pues, en estos procesos lo recomendable es su derivación hospitalaria.

Criterios de ingreso hospitalario (guías clínicas 2005"el paciente suicida"):

- Presentan intensa ideación suicida
- Es necesario un tratamiento médico de las lesiones producidas
- Precisan tratamiento psiquiátrico intensivo
- Se produce un fracaso en la alianza terapéutica y la persona persiste en su ideación suicida

Existe falta de soporte socio-familiar del paciente

La escala SAD PERSONS (Patterson y cols., 1983) (Tabla 2) es una herramienta útil y sencilla para detectar el riesgo de suicidio y tomar una determinación con respecto a la conducta a seguir ya que contiene la mayoría de los factores importantes a tener en cuenta para evaluar la posibilidad de que un nuevo intento se repita. Se valora simplemente con ausencia/presencia por lo que su uso por personal neófito resulta fácil ya que no requiere de entrenamiento. Su uso está indicado para un proceso agudo y cuando el paciente está en crisis (Díaz-Sastre, C. 2000).

S	Sexo masculino. Los hombres se suicidan y las mujeres hacen más intentos
A	Age. El riesgo aumenta con la edad
D	Depresión
P	Previos. Tentativas previas
E	Etanol. Alcoholismo
R	Raciocinio. Psicosis ó trastornos del pensamiento
S	Social. Carencia de soporte social
O	Organización. Grado de organización de la tentativa.
N	No pareja
S	Somática. Enfermedad somática

Tabla 2. Escala sadpersons

Figura 3. La empatía es muy importante en estos pacientes.

Cada respuesta positiva se puntúa con 1 punto:

- 0-2: alta médica al domicilio con seguimiento ambulatorio
- 3-4: seguimiento ambulatorio. Considerar ingreso
- 5-6: Considerar ingreso, sobretodo si ausencia de soporte social
- 7-10: Ingreso obligado, incluso involuntario.

En cualquier caso, ante una situación de duda es aconsejable una evaluación psiquiátrica centrada en la naturaleza, frecuencia, intensidad, profundidad, duración y persistencia de la ideación suicida. Debemos recordar que la escala es un instrumento más que nos orienta a la acción, y su interpretación se mueve en el ámbito de la orientación y no como una regla inmutable a seguir a rajatabla, ya que en nuestra intervención debe primar la adaptación y la flexibilidad. De hecho hay autores que consideran que la escala infravalora el riesgo real de suicidio.

En unidades de Salud Mental donde se haga el seguimiento a este tipo de pacientes podría ser interesante comprobar el pronóstico y la eficacia de la escala en nuestro medio.

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez A-Paniagua E. Introducción al estudio de las diferencias individuales. Madrid: Editorial Sanz y Torres, S.L.2003.
2. Buceta, J.M. Bueno, A.M. Mas, Blanca. Intervención Psicológica y Salud: Control del estrés y conductas de riesgo. Madrid: Editorial Dykinson, S.L. 2001.
3. Kübler-Ross, Elizabeth. Preguntas y respuestas a la muerte de un ser querido. Barcelona: Ediciones Martínez Roca, S.A.1998
4. Goleman, Daniel. Inteligencia Emocional. Editorial Kairós, S.A. 1997
5. Medicom, S.A. Vademécum Internacional. Ediciones médicas, 2007
6. Vallejo Pareja, Miguel A. Manual de Terapia de Conducta, Volúmenes I y II. Madrid: Editorial Dykinson, S.L.1998.
7. Fernández Liria, Alberto. Rodríguez Vega, Beatriz. Intervención en crisis. Madrid: Editorial Síntesis, S.A. 2002.
8. C. Díaz-SastreValoración del intento de suicidio en urgencias I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000; Conferencia 36-CI-D: [21 pantallas]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa36/conferencias/36_ci_d.htm
9. Paniagua, G. Rodríguez Revuelta, J. Valoración y manejo del paciente suicida. Disponible en : http://www.semesasturias.net/descargas/intoxicaciones/toxicologia%20suicidio.pdf
10. Pascual Pascual, P. Villena Ferrer, A. Morena Rayo, S. Téllez Lapeira, J.M. López García, C. El paciente suicida. Guías clínicas 2005. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias2/PDF/Suicida.pdf.o.

CASO CLÍNICO DE UNA "TRADICIONAL" QUEMADURA POR FRICCIÓN

CLINICAL CASE OF A "TRADITIONAL" BURN FOR FRICTION

Rubén Sánchez Rivera.
Diplomado en Enfermería.
Máster Universitario en Urgencias, Emergencias, Catástrofes y Ayuda Humanitaria.

Resumen

La asistencia a las quemaduras como parte de la actividad que cotidianamente realiza la enfermería no suponen un porcentaje muy elevado (quizás por este motivo no se las trata con el mismo rigor e interés que a otras patologías), las consecuencias de una mala praxis o la aplicación de las nuevas opciones terapéuticas de forma no correcta, provocan un perjuicio en muchos casos irreparable para el paciente.

El caso clínico escogido, hace referencia al correcto tratamiento de una "tradicional" quemadura; es decir, a la quemadura que se producen los costaleros de la Semana Santa, (tradición muy marcada en la capital hispalense) en la región posterior del cuello debido al roce con la trabajadera. Para su curación, se hace hincapié en la Preparación del Lecho de la Herida, (PLH) garantizando de esta manera una óptima evolución de las quemaduras menores que se pueden tratar en una consulta de enfermería o en el domicilio del paciente.

En este caso, se intenta ilustrar de manera gráfica la opción válida para una asistencia continua en todas aquellas quemaduras que no requieran la intervención de servicios específicos (grandes quemados, unidades de cirugía) siguiendo el sistema de tratamiento de Preparación del Lecho de la Herida.

PALABRAS CLAVE:

- Costalero.
- Trabajadera.
- Quemadura .
- Preparación Lecho Herida .
- Desbridamiento .
- Epitelización.

INTRODUCCIÓN

La Semana Santa de nuestra ciudad, Sevilla, no necesita presentación, todo aquel sevillano sea o no cofrade, la conoce y conoce sus principales componentes; nazarenos, paso de cristo, paso de palio, paso de misterio, acólitos, capataces, costaleros, etc.

Desde hace varios años, justo el lunes de Pascua de Resurrección, son múltiples las visitas a mi consulta de enfermería por parte del colectivo más sufrido físicamente de la Semana Santa, los costaleros.

Los costaleros son aquellas personas encargadas de llevar sobre sí, una de las imágenes o pasos que forman parte de los cortejos procesionales durante la Semana Santa.

Los costaleros cargan el peso sobre su cuello y columna vertebral, concretamente sobre la séptima vértebra cervical (la prominente), protegen ésta zona con una tela llamada costal (especie de saco de arpillera con una almohadilla o morcilla, que protege las cervicales donde descansa el peso) (Figura 1). Las zonas adaptadas para que los costaleros carguen el peso son las trabajaderas (varios palos que cruzan transversalmente el paso y que están colocados a diferente distancia, para que en cada una de ellas se coloquen los costaleros. Puede haber debajo del paso varias trabajaderas, en función de la longitud de éste). (Figura 2).

Figura 1. Se aprecia la forma, características y localización del costal

Figura 2. Cuadrilla de costaleros soportando el peso de la trabajadera sobre sus cuellos

Debido al esfuerzo físico que realizan los costaleros, son múltiples las lesiones osteo-musculares, siendo las principales las de espalda, las de cadera y rodillas; ya que son las partes del cuerpo que mayor peso y tensión soportan durante la procesión. No podemos olvidar la lesión por quemadura que se produce con gran frecuencia en la región posterior del cuello por la fricción entre el costal y la trabajadera, siendo este el principal motivo de consulta de enfermería en días posteriores a la Semana Santa o durante la misma, después de su salida procesional.

CONTENIDO

DEFINICIÓN DE QUEMADURAS

Son lesiones producidas en los tejidos vivos por una fuente de calor (agentes químicos, físicos y biológicos) cuando se superan los mecanismos de adaptación y dispersión del mismo, originando alteraciones que varían desde el eritema a la destrucción de las estructuras afectadas, en función de la temperatura y del tiempo de actuación del agente o de la fuente de calor.

SUPERFICIE AFECTADA

La extensión de una quemadura incide fundamentalmente en el estado general del quemado. Para el cálculo de la extensión, un método simple que puede utilizarse es la *" regla de los nueve de Wallace"*, mediante la cual se considera que las distintas regiones anatómicas corporales representan un 9% cada una o un múltiplo de 9% de la superficie corporal total (tabla 1).

Regla de los nueve de Wallace	
Cabeza y cuello	9 %
Tronco anterior	18 %
Tronco posterior	18%
Extremidad superior (9 x 2)	18%
Extremidad inferior (18 x 2)	36 %
Area genital	1%

Tabla 1.

Esta regla de los nueve no es válida en niños por su mayor superficie craneal y extremidades inferiores más cortas, utilizándose la clasificación de *Lund y Browder.*

QUEMADURAS POR FRICCIÓN

Las quemaduras por fricción son causadas por contacto con cualquier superficie dura, como el pavimento ("accidente de moto"), alfombras o pisos de gimnasios. Generalmente son raspones (excoriaciones) y quemaduras. Las quemaduras por fricción en la piel se ven frecuentemente en los atletas cuando caen sobre pisos o el roce con las zapatillas deportivas.

CLASIFICACIÓN DE QUEMADURAS SEGÚN PROFUNDIDAD

La profundidad de la injuria cutánea se clasifica como primero, segundo o tercer grados. La evaluación clínica de la profundidad de las quemaduras en ocasiones puede ser difícil, pero existen algunas guías para evaluar el grado de quemadura (tabla 2)

- **Quemadura de primer grado.** Únicamente afecta a la epidermis. Consiste en un eritema doloroso probablemente subsecuente al edema de la zona. No se forman ampollas. Pocos días después aparece la descamación y es posible que deje zonas hiperpigmentadas. Cura espontáneamente al cabo de 3-4 días, sin cicatriz.
- **Quemadura de segundo grado**. Afectan siempre y parcialmente a la dermis. Pueden ser superficiales o profundas de acuerdo con la profundidad del compro-

Clasificación de quemaduras según profundidad				
		AFECTACIÓN	ASPECTO	CURACIÓN
GRADO 1		Epidermis	Eritema doloroso	Curación espontánea, sin cicatriz
			Edema	
GRADO 2	SUPERFIC.	1/3 Sup dermis.	Piel rosada dolorosa	Curación espontánea con cicatriz.
			Ampollas	
	PROFUNDA	2/3 Prof. dermis	Piel pálida +/- anestesiada.	Curación lenta con cicatriz.
			Escara.	Pérdida de pelo.
GRADO 3		Piel y anejos	Escara seca	Cicatriz +/- retracción articular, +/- necesidad de injerto de piel
			Trombosis venosa, a través de la piel.	

Tabla 2.

miso dérmico. A) Las superficiales: afectan a epidermis y cara superior de la dermis, con formación de ampollas y exudación de suero. La superficie quemada es uniformemente rosada, se blanquea con la presión, es dolorosa y extremadamente sensible a los pinchazos. El daño superficial cura espontáneamente en tres semanas a partir de elementos epidérmicos locales, folículos pilosos y glándulas sebáceas con muy poca, sí alguna cicatriz. B) Las profundas: afectan a los dos tercios más profundos de la dermis. La superficie quemada tiene un aspecto pálido, se palpa indurada o pastosa y no se blanquea con la presión; algunas áreas pueden estar insensibles o anestesiadas al pinchazo. Se forma una escara firme y gruesa y la cicatrización es lenta. Puede demorar más de 35 días en curar completamente. Estas quemaduras curan con cicatrización severa y pueden asociarse con pérdida permanente de pelo y glándulas sebáceas.

- **Quemaduras de tercer grado.** Implican destrucción completa de todo el espesor de la piel, incluyendo todos sus apéndices o anejos cutáneos, y afectando a la sensibilidad. Aparece una escara seca, blanquecina o negra que puede tener un techo como el del cuero seco o ser exudativo. El signo patognomónico es la trombosis venosa visible a través de la piel. Dejan siempre cicatriz en la zona y a veces requieren injertos cutáneos. Al estimar la profundidad de las quemaduras, debe recordarse que la lesión puede evolucionar durante las primeras 24-48 horas y que durante este periodo la presencia de edema hace extremadamente difícil tener la absoluta certeza sobre la profundidad real de la injuria; en estos casos, es útil la exploración al dolor por pinchazo (prueba del pinchazo). Además, la isquemia y la infección pueden transformar una quemadura superficial en una lesión más profunda de todo el espesor. Las cicatrices que dejan son irregulares con partes atróficas y otras hipertróficas o queloideas. Pueden ser origen de contracturas en las articulaciones y, muy ocasionalmente, ser la base de un carcinoma epidermoide muchos años tras su aparición.

Es importante que existan unos criterios de clasificación y orientación sobre las quemaduras. Principalmente éstos atienden a la gravedad, y respecto a ella se establece la pauta a seguir con respecto al tratamiento. Así las quemaduras graves y moderadas requieren ingreso hospitalario y las menores pueden tratarse de forma ambulatoria bajo estricta vigilancia médica. A continuación se exponen dos tablas; en la primera (tabla 3) se presenta de forma esquemática lo que constituye un quemado crítico, y en la segunda (tabla 4), se exponen las quemaduras según el criterio de gravedad.

QUEMADO CRÍTICO
• Menos de 14 años y más de 15% extensión
• Más de 60 años y más de 15% extensión
• Menos de 60 años y más de 25% extensión

Tabla 3.

CASO CLÍNICO

Costalero y capataz de la Semana Santa de Benacazón y Sevilla que presenta quemadura menor de 2º grado profunda por fricción, en fase detersiva con abundante tejido amarillo (esfacelo en placa) y pequeña placa necrótica. Localizada en la región posterior del cuello (4ª vértebra cervical) como consecuencia del rozamiento de su costal con la trabajadera.

CLASIFICACIÓN DE QUEMADURAS SEGÚN GRAVEDAD	
Menores	Todas las quemaduras de primer grado.
	Todas las de segundo grado superficiales con menos del 15% de extensión y menos de 10% en niños.
	Todas las de segundo grado profunda y las de tercer grado con menos del 1% de extensión, dependiendo de su localización.
Moderadas	Todas las de segundo grado superficiales con un 15-30% de extensión.
	Todas las de segundo grado o tercer grado con menos del 10% de extensión.
	Todas las químicas y eléctricas.
Graves	Todas las de segundo grado superficiales con más del 30% de extensión.
	Todas las de 2º grado profunda y las de 3º grado y más del 10% de extensión.
	Todas las que se acompañen de lesiones respiratorias importantes.
	Todas las eléctricas profundas.

Tabla 4.

En la primera visita menciona haber sido tratado anteriormente durante 1 semana con Silvederma ® (sulfadiazina argéntica 1%) cada 24 horas. Tras lavado exhaustivo con suero fisiológico, se pauta un nuevo tratamiento con Iruxol ® mono. Este fármaco es un complejo enzimático proteolítico, que se caracteriza por su capacidad para actuar en todas las fases del proceso de reparación tisular, y su especificidad. Quizás sea la utilización de la colagenasa en la fase detersiva, la más extendida entre los profesionales sanitarios, pero no debemos olvidar su capacidad para promover la creación de nuevo tejido de granulación, así como la organización, orientación, y selección que de ese nuevo tejido realiza en la fase de epitelización, consiguiendo una cicatriz estética, elástica y resistente. Tras la aplicación de este fármaco humedecido con suero fisiológico con cambios cada 48 horas, se pudo apreciar una pronta eliminación del tejido desvitalizado, lo que permite la aparición de nuevo tejido de granulación, que evoluciona favorablemente hasta la epitelización del 60% de la lesión, momento coincidente con la octava cura. *(Remítase a imágenes caso clínico)*

El éxito de la curación de la herida expuesta en el anterior caso clínico radica, en la Preparación del Lecho de la Herida (PLH). Ésta se define como una forma de tratamiento global de heridas que acelera la cicatrización endógena o facilita la eficacia de otras medidas terapéuticas.

Dentro de los objetivos que persigue la PLH en cualquier tipo de heridas estaría conseguir la eliminación del tejido necrótico, controlar la carga bacteriana y controlar el exudado. Para conseguir estos objetivos utilizaremos varios medios (estrategias y productos) que se enumeran a continuación.

- Desbridamiento
- Antimicrobianos
- Apósitos adecuados

La relación entre los objetivos y los medios para conseguirlos no es unívoca como puede parecer a primera vista. Así, utilizando el desbridamiento, no sólo se consigue la eliminación del tejido necrótico sino también un control de la carga bacteriana y, junto con apósitos adecuados, también controlar el exudado.

Este caso clínico pretende facilitar y recordar a los profesionales de la enfermería todos aquellos parámetros que se hacen imprescindibles en el día a día de la asistencia de una patología tan compleja como son las quemaduras.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

- Reducir la fricción frotando la zona expuesta con untura grasa antes de iniciar la procesión y durante la misma.
- Limpiar y refrescar la parte afectada con suero fisiológico.
- Preparación del Lecho de la Herida.
- Lavado y desbridamiento: La práctica de cada cura debe realizarse en condiciones de esterilidad. Igual que en la primera, hay que empezar con el lavado de la lesión para eliminar restos de crema, detritus y tejido no viable.

26-Marzo-2008

29-Marzo-2008

3-Abril-2008

5-Abril-2008

Imágenes de caso clínico

- Aplicación de colagenasa humedecida, como desbridante enzimático en la fase detersiva y posteriormente se aplica la colagenasa seca como generador de tejido de granulación en la fase de epitelización.
- Oclusión/Exposición: Las quemaduras superficiales e intermedias pueden ser ocluidas con un tul graso y un almohadillado generoso para evitar la desecación de las superficies lesionadas.

CONCLUSIÓN

Las quemaduras se deben considerar como heridas agudas. La inmensa mayoría de estas lesiones deberían epitelizar en un periodo no superior a tres semanas. Sin embargo, no es raro encontrar quemaduras con una evolución tórpida que supera con creces estas tres semanas de referencia sino se adecua el tratamiento a sus características. Las causas de esa cronicidad son variadas. Algunas de ellas son inherentes a las características de la propia lesión (gran quemado), otras son atribuibles al estado de salud del propio paciente (inmunodeprimidos, ancianos, pluripatologías), pero otras deben considerarse como evitables y son debidas a un mal diagnóstico inicial, un mal planteamiento terapéutico, como ocurría con el caso clínico descrito hasta la llegada a mi consulta de enfermería, o a ambas cosas.

En este caso clínico, queda evidenciada la importancia de la Preparación del Lecho de la Herida para conseguir un correcto tratamiento, una óptima evolución y una buena cicatrización de una quemadura.

AGRADECIMIENTOS

A los costaleros de la Semana Santa de Sevilla por hacernos disfrutar de esas maravillosas tardes-noches de pasión y en especial a D. Antonio Ortiz Espinosa, capataz y costalero de la Semana Santa de Benacazón y Sevilla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín Zurro, A; Caro Pérez, J.F. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. Tercera edición. 1994
2. Fitzpatrick; Eisen; Wolff; Austen. Dermatología en Medicina General. Tercera edición. Editorial Médica Panamericana. 1988
3. Garrido Calvo AM, Pinos Laborda PJ, Medrano Sanz S, Bruscas Alijalde MJ, Moreno Mirallas MJ, Gil Romea I. Quemaduras. 2001.
4. Granados Gutiérrez M.B, González García F.J. Preparación del Lecho de la Herida. Quemaduras. Smith&nephew. 2004
5. Lorente-JA; Esteban-A. Cuidados intesivos del paciente quemado. Springer-Berlag, 1996.
6. González Cavero-J, Arévalo Velasco-JM, Lorente-JA. Tratamiento prehospitalario del paciente quemado crítico. Emergencias. 1999(11): 295-301.
7. Arguello A.J., Fidel K.S., Petit J., Teixido V. Repercusion psicologica de las cicatrices en el paciente quemado. Rev Enferm. 2006 Mar; 29(3):55-60.
8. www.costalero.com
9. www.galeon.com/juliodominguez/2006/pcostal2.jpg
10. www.medynet.com

MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE LA NEUMONÍA NOSOCOMIAL ASOCIADA A VENTILACIÓN MECÁNICA

MEASURES OF PREVENTION OF THE PNEUMONIA NOSOCOMIAL ASSOCIATED WITH MECHANICAL VENTILATION

Inmaculada Alonso Araújo*
Eusebio Jiménez Mesa*
* Diplomado en Enfermería. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

Resumen

La neumonía asociada a la ventilación mecánica es la primera y principal causa de infección nosocomial en las unidades de cuidados intensivos. Este tipo de infección nosocomial tiene una gran repercusión debido a la morbi-mortalidad que ocasiona, la prolongación de la estancia del enfermo en el hospital y el consiguiente aumento del gasto económico. Por ello nos marcamos como objetivo dar a conocer las principales medidas de prevención, así como el importante papel que juega la enfermería en esta prevención dando cuidados de calidad a estos enfermos con ventilación mecánica. (1)

Para ello en este artículo iremos describiendo las principales medidas de prevención basándonos siempre en la evidencia científica.

PALABRAS CLAVE:

- Ventilación mecánica.
- Tubo orotraqueal.
- Neumonía nosocomial.,
- Medidas de prevención
- Cuidados de Enfermería.

INTRODUCCIÓN

La neumonía nosocomial la podemos definir como una infección del parénquima pulmonar adquirida durante la estancia en el hospital, excluyendo las que se encontraban en el periodo de incubación al ingresar en el hospital. (2)

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es la primera y principal infección nosocomial en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), que se asocia con una mayor morbilidad, mortalidad, prolongación de la estancia hospitalaria y aumento del gasto económico. Desde hace 20 años es un tema de actualidad por su frecuencia, gravedad y por sus implicaciones etiológicas y terapéuticas. Por ello, en los últimos años viene observándose un interés creciente por el conocimiento de su etiopatogenia, el perfeccionamiento de las técnicas diagnósticas, la microbiología y la valoración de la eficacia terapéutica de los nuevos antimicrobianos, así como por los aspectos epidemiológicos y de prevención

Dependiendo del momento en el que se desarrolla la neumonía nosocomial se puede clasificar en:

- Neumonía Nosocomial TEMPRANA: que es aquella que aparece dentro de las primeras 96 horas después del ingreso.
- Neumonía Nosocomial TARDIA: que es aquella que aparece a partir del 5º día de estancia del paciente. (Figura 1)

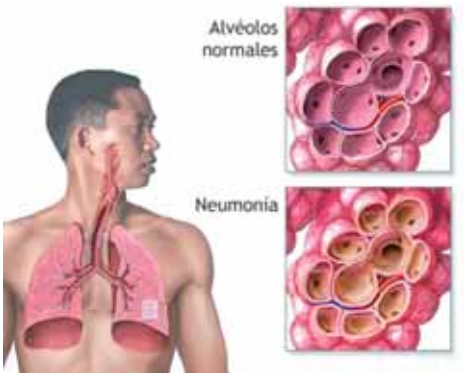


Figura 1.

Dependiendo del tipo de Neumonía Nosocomial asociada a ventilación mecánica (sea temprana o tardía) los gérmenes implicados serán diferentes:

- Las neumonías tempranas están producidas por:
  a) Gram+ como Staphilococo pneumoniae o S. Aureus sensibles a meticilina
  b) Gram- como Haemofilus Influenzae o Enterobacterias no multirresistentes.

- En el caso de las neumonías tardías los gérmenes implicados serán patógenos multiresistentes como: SAMR, pseudomona aeruginosa o Acinetobacter. (3)

Con respecto a la fisiopatología, la NN (incluyendo la NAVM) se produce como consecuencia de la invasión bacteriana del tracto respiratorio inferior a partir de las siguientes vías: aspiración de la flora orofaringea, contaminación por bacterias procedentes del tracto gastrointestinal, inhalación de aerosoles infectados y con menor frecuencia por diseminación hematógena a partir de un foco remoto de infección.

Los pacientes hospitalizados, principalmente los que se encuentran en UCI, presentan con mayor frecuencia una alteración de la flora orofaringea habitual, con colonización con gérmenes multi-resistentes. La principal ruta de adquisición del agente patógeno es por ***microaspiraciones*** de secreciones de la vía aérea superior hacia la inferior, que se produce tanto a pacientes intubados como para aquellos que no lo están. La aspiración ocurre en el 45% de los sanos y en el 100% de las pacientes con alteración del nivel de conciencia. Si el paciente se encuentra intubado, debido a que el tubo endotraqueal reduce el transporte mucociliar y en posición supina, se presenta mayor aspiración.

FACTORES DE RIESGO

Para poder desarrollar las medidas preventivas de la NAVM debemos conocer los factores de riesgo que la favorecen. Estos factores de riesgo los podemos clasificar según su procedencia:

1. Intrínsecos: relacionados con el paciente

- Edad avanzada
- Enfermedad de Base: Epoc, Diabetes, IRC, Inmunosupresión...

2. Extrínsecos: relacionados con la ventilación mecánica y con los cuidados del paciente:

- Con la colocación de equipos invasivos de apoyo ventilatorio (TOT, traqueotomía...) eliminamos el mecanismo de defensa natural de las vías aéreas superiores.
- También es importante reseñar la colocación de otro equipos necesarios que acompañan a la intubación es la VM, SNG, aspiración de secreciones, nebulizadores... (4).

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

Las medidas de prevención de las NAVM están muy relacionadas con el cuidado del paciente por el profesional de enfermería. Estas medidas están clasificadas en base a la existencia de una evidencia científica. Esta evidencia se clasifica en distintas categorías:

Categoría IA: seriamente recomendada para todos los hospitales y con un buen soporte mediante estudios experimentales o epidemiológicos bien diseñados.

Categoría IB: seriamente recomendada para todos los hospitales y clasificada como efectiva por los expertos en el tema o en consenso, basados en evidencias sugerentes y muy racionales, aunque todavía no esté disponible en estudios científicos definitivos.

Categoría II:aconsejable su instauración en muchos hospitales. Estas recomendaciones están sugeridas por estudios clínicos o epidemiológicos, con una base teóricamente razonable, o estudios concretos y aplicables a algunos pero no a todos los hospitales.

Categoría no resuelta: procedimientos con insuficiente evidencia o sin un consenso sobre su eficacia**.** (5)

Entre estas medidas de prevención tendremos:

1. PRESIÓN DEL BALÓN DE NEUMOTAPONAMIENTO

El tubo orotraqueal posee en su extremo distal un balón, cuyo fin es evitar la fuga de aire del respirador hacia el exterior, así como el paso de secreciones de la orofaringe hacia el interior de las vías aéreas inferiores.

Este balón ejerce una presión sobre la tráquea, por lo que el inflado excesivo produciría un riesgo de isquemia de la mucosa de la tráquea, y un inflado insuficiente provocaría el paso de secreciones de la orofaringe a vías aéreas inferiores.

Por todo esto se considera que el nivel adecuado de presión del balón de neumotaponamiento debe de estar entre 20-30 cm H2O.

Esta medida de prevención está clasificada como categoría no resuelta. (Figura 2).

Figura 2

2. POSICIÓN DEL PACIENTE

En pacientes con ventilación mecánica es muy importante la elevación del cabecero a 45º, a excepción de aquellos en los que se indique lo contrario por prescripción médica, ya que al tener una vía aérea artificial el riesgo de aspiración es mayor. (6)

Es necesario tener en cuenta que la elevación del cabecero a 45º debemos de mantenerla durante todas la actividades que se le realicen al paciente (baño, cambio de cama, e incluso durante su transporte, etc.).

Esta medida de prevención está clasificada como categoría IB. (Figura 3).

Figura 3

3. HUMIDIFICADORES

Los pacientes con vía aérea artificial precisan del uso de humidificadores ya que eliminamos el mecanismo de humidificación natural de las vías aéreas superiores. (7).

Existen dos tipos de humidificadores:

- Humidificadores de agua caliente: consisten en hacer pasar el gas por agua caliente.
- Humidificadores intrecambiadores de calor-humedad, también denominados nariz artificial. Este método consiste en hacer pasar el gas por un intercambiador formado por un material poroso que tiene la propiedad de acumular el calor y la humedad del aire espirado del paciente y liberar después calor y humedad al aire inspirado.

No existe evidencia sobre la recomendación del uso de un tipo de humidificador a otro en cuanto a la prevención de NAVM.

Lo que si existe es evidencia en el uso de agua estéril para los humidificadores de agua caliente. Categoría II. (Figura 4).

Figura 4

No cambiar los intrecambiadores calor-humedad de forma rutinaria antes de 48h, a no ser que estén manchados o deteriorados. Categoría II. (Figura 5).

Figura 5

4. CAMBIO DE TUBULADURAS

Los cambios de circuitos del respirador no deben cambiarse de forma rutinaria, solo cuando estén manchados de sangre/secreciones o malfuncionantes.

Aunque es necesario el drenaje de forma periódica del líquido condensado en las tubuladuras.

Esta medida de prevención está clasificada como categoría IB. (8, 9, 10).

5. ASPIRADO DE SECRECIONES

La aspiración de secreciones respiratorias es una técnica necesaria en pacientes con vía aérea artificial, con el fin de mantener la vía aérea permeable.

Existen dos tipos de sistemas de aspiración de secreciones:

- Sistemas de aspiración abierto: en los que es necesario la desconexión del paciente del respirador y el uso de sondas de un solo uso.

- Sistemas de aspiración cerrado: no requieren la desconexión del paciente y se usan sondas de aspiración de múltiples usos. (11,12).

No existen recomendaciones respecto al uso de un sistema u otro de aspiración en cuanto a la prevención de NAVM.

Lo que si existen son recomendaciones respecto al uso de catéteres estériles y técnica de aspiración estéril con guantes estériles.

Esta medida de prevención está clasificada como categoría II. (Figura 6).

Figura 6

6. MEDIDAS GENERALES

- ***Educación o formación continuada del personal sanitario***: El instruir a los trabajadores de la salud sobre el control y prevención de NAVM tiene una evidencia de categoría IA.
- ***Lavado de manos***: el lavado de manos debemos de realizarlo antes y después de estar en contacto con el paciente que tenga colocado un TOT o traqueostomía, y antes y después de contactar con un respirador que haya usado otro paciente, se hayan usado o no guantes. Categoría IA.
- ***Uso de batas***: cuando sea previsible el mancharnos con secreciones respiratorias de un paciente, y cambiarlas antes de prestar cuidados a otro paciente. Categoría IB.
- En el ***momento de la intubación*** es necesario evitar el roce del laringoscopio y TOT con superficie potencialmente contaminada (sabanas del paciente, mesa auxiliar…) para ello haremos uso de un campo estéril. (Figura 7).

Figura 7

- ***Lavado de boca*** con clorexidina en aquellos enfermos con TOT, tres veces al día, extendiendo bien con una turunda por toda la boca, dientes y alrededores del tubo. (Figura 8) (13, 14).

Figura 8

7. PREVENCION DE LA ASPIRACION ASOCIADA A NUTRICION ENTERAL

En pacientes con SNG y nutrición enteral se debe de verificar de forma rutinaria la correcta colocación de la SNG. Categoría IB.

Valorar de forma rutinaria la motilidad intestinal del paciente, auscultando ruidos intestinales y midiendo el volumen gástrico residual para evitar la distensión gástrica. Categoría IB. (Figura 9).

Figura 9.

CONCLUSIÓN

Las medidas más relevantes relacionadas con la prevención de NAVM:

MEDIDAS DE EFICACIA PROBADA

- Posición del paciente con ángulo del cabecero de la cama a 45º excepto en casos de contraindicación médica.
- Técnica aséptica para la manipulación de todos los equipos de terapia respiratoria invasiva.
- Uso de fluidos estériles en los humidificadores.
- Mantener una presión optima en el balón de neumotaponamiento.
- No cambiar de forma rutinaria la tubuladura del respirador.
- Lavado de manos y uso de guantes al estar en contacto con secreciones y equipos respiratorios.
- Aspirado de secreciones con técnica estéril.
- Control de posición de la SNG y verificación del volumen residual.

MEDIDAS DE EFICACIA NO PROBADA

- El uso de humidificadores de agua caliente o de un intercambiador de calor-humedad.
- El uso de un sistema abierto o cerrado de aspiración de secreciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soh KL, Koziol-Mclain J, Wilson J, Soh KG Critical care nurses' knowledge in preventing nosocomial pneumonia. Aust J Adv Nurs. 2007 Mar-May; 24 (3): 19-25. PMID: 17518161 [PubMed - indexed for MEDLINE]
2. Garner JS, Jarvis WR, Emon TG, Horan TC, Huges JM. CDC definitions for nosocomial infections. 1988 Am J Infect control 1988;16:128-140.
3. Martínez, JS. Neumonia intrahospitalaria. Etiopatogenia. Clasificación. Clínica y diagnostico. MP. Vich, Medicine 1998.
4. Santiago Oriente. Guia para la prevención de infecciones asociadas a procedimientos invasivos. Hospital Dr Luis Tisné Brousse 2004.
5. Tablan O, Anderson L, Besser R, et al. Guidelines for preventing health-care–associated pneumonia, 2003: Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Centers for Disease Control and Prevention. MMWR 2004;53(RR03):1-36
6. Drakulovic MB, Torres A, Bauer TT, et al. Supine body position as a risk factor for nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients: a randomised trial. Lancet 1999;354:1851-8.
7. Lorente L, Lecuona M, Jiménez A, et al. Ventilator-associated pneumonia using a heated humidifier or a heat and moisture exchanger - a randomized controlled trial. Crit Care 2006;10:R116.
8. Ayuso Murillo, D Parra Moreno, ML Robles Rangil, P y Cal López, Miguel Ángel de la. Incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica en relación al cambio de circuitos externos del respirador. Enferm Intensiva. 1996 jul-sep. 7(3):111-115. Original, artículo.
9. Harrison L. A survey of ventilator circuitry changing practices in the UK. Nurs Crit Care 1997;2:267-71-
10. Hess DR, Kallstrom TJ, Mottram CD, Myers TR, Sorenson HM, Vines DL. Care of the ventilator circuit and its relation to ventilator-associated pneumonia.; American Association for Respiratory Care. Respir Care. 2003 Sep;48(9):869-79. PMID: 14513820 [PubMed - indexed for MEDLINE]
11. Subirana M, Solà I, Benito S. Sistemas de aspiración traqueal cerrados versus sistemas de aspiración traqueal abiertos para pacientes adultos con ventilación mecánica. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: http://www.update-software.com. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
12. Lorente L, Lecuona M, Martin MM, et al. Ventilator-associated pneumonia using a closed versus an open tracheal suction system. Crit Care Med 2005;33:115-9.
13. Koeman M, van der Ven AJ, Hak E, et al. Oral decontamination with chlorhexidine reduces the incidence of ventilator-associated pneumonia. Am J Respir Crit Care Med 2006;173:1348-55
14. Binkley C, Furr LA, Carrico R, McCurren C. Survey of oral care practices in US intensive care units. Am J Infect Control. 2004 May;32(3):161-9. PMID: 15153928 [PubMed - indexed for MEDLINE]

EL MANEJO DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

- **Ana Mª Rivera González de Eiris***
- **Aparicio José Maraví Olivan****

* Enfermera. Experto Universitario en Urgencias y Emergencias. Centro de Salud de Mairena del Aljarafe. Sevilla

** Licenciado en Medicina, Especialista de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Mairena del Aljarafe. Sevilla

Resumen

En el medio extrahospitalario no es posible desarrollar el mismo procedimiento de asistencia al politraumatizado que en el ambiente hospitalario, donde existe un entorno sanitario puro.

La secuencia extrahospitalaria, sin duda es más compleja. Incluye la dotación adecuada del equipo, la activación y la aproximación del mismo al lugar del accidente, una valoración inicial del paciente, el rescate y movilización del traumatizado.

Tras una primera evaluación se decidirá la evacuación y tratamiento inmediato. Se continúa con una segunda evaluación, más detallada, realizando una clasificación de los accidentados, agilizando su traslado de forma asistida hacia un hospital apropiado. Terminaremos esta fase con la transferencia del traumatizado hacia las urgencias del hospital, para el tratamiento definitivo de las lesiones. El factor tiempo es clave en los acontecimientos.

En todo momento, la asistencia debe ser de similar y adecuado nivel de calidad.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Politraumatizado.
- ✔ Valoración primaria.
- ✔ Valoración secundaria.
- ✔ Vía aérea.
- ✔ Valoración de la circulación.
- ✔ Valoración neurológica.
- ✔ Movilización e inmovilización.

INTRODUCCIÓN:

La enfermedad traumática y más concretamente los accidentes de tráfico, ocupan el tercer lugar en cuanto a causa de mortalidad en la población adulta después de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, pero también constituye la primera causa de muerte en el grupo de población comprendido entre los 15 y los 30 años.

La primera preocupación será incidir sobre todos aquellos factores que favorecen los accidentes. En general son factores difíciles de controlar, si bien en determinados accidentes, una política de prevención podría reducir las consecuencias.

Estrategia a largo plazo sería la toma de medidas como la mejora de la red viaria, la seguridad de los vehículos, el mantenimiento adecuado de éstos…

Las campañas educativas tienen un impacto más inmediato en la población general y en la sanitaria. La aplicación de la legislación europea en la prevención de accidentes ha reducido las muertes y secuelas severas más del 20%, sin embargo, todavía hoy, los pacientes traumatizados fallecen innecesariamente por causas potencialmente evitables.

La prevención terciaria, comprende todos los componentes necesarios de la organización una vez producido el incidente, orientados a mejorar el pronóstico vital y a reducir las secuelas e invalidez del accidentado.

POLITRAUMATIZADO

Es todo sujeto que presente dos o más lesiones traumáticas graves, periféricas, viscerales o mixtas que tengan una repercusión circulatoria.

Se clasificarán de acuerdo a las heridas sufridas por el accidentado en tres categorías:

- Leve: paciente cuyas heridas y/o lesiones no representan un riesgo importante para su salud.
- Moderado: paciente que presenta lesiones y/o heridas que deben ser tratadas en el transcurso de la actuación.
- Grave: paciente que presenta lesiones traumáticas graves que deben ser tratadas inmediatamente pues conllevan alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles.

DECÁLOGO DE ASISTENCIA PREHOSPITALARIA

1. Alerta o preparación.
2. Alarma o activación.
3. Aproximación.
4. Aislamiento y control.
5. Clasificación y triage.
6. Soporte vital básico y avanzado.
7. Estabilización.
8. Transporte.
9. Transferencia.
10. Reactivación.

ASISTENCIA PREHOSPITALARIA. FASE DE APROXIMACIÓN

En el decálogo existente en la asistencia prehospitalaria, la tercera fase o fase de aproximación consiste en:

- La aproximación a la escena del suceso con el consiguiente acceso y desplazamiento hasta el lugar y medidas de seguridad adecuadas tanto para el vehículo como para el equipo (Figura 1).
- Valoración y control de la escena que nos encontramos en cuanto a recursos disponibles y recursos necesarios, nuevamente tendremos que establecer medidas de seguridad. Sin vida del rescatador no hay vida para el paciente.
- Apartaremos curiosos y sabios.
- La aproximación al paciente, observando si está atrapado o encarcelado, y algo fundamental "mirándole a la cara".

Un óptimo resultado en el rescate se consigue si los distintos equipos actúan coordinadamente (Figura 2).

Figura 1: Aproximación al lugar

Figura 2: Equipos de rescate

INDICIOS DE TRAUMA GRAVE

- Caída de más de 5 metros.
- Onda expansiva.
- Atropamiento o aplastamiento.
- Atropello.
- Eyección.
- Alta velocidad.
- Si hubiera víctimas mortales.
- Semiahogados.

VALORACIÓN PRIMARIA. REANIMACIÓN

Se establecen 5 pasos a seguir:

A. Vía aérea permeable con control cervical.
B. Ventilación y respiración.
C. Circulación y control de hemorragias.
D. Déficit neurológico.
E. Exposición y control ambiental.

Se hace imprescindible la **reevaluación continua**.

La reanimación es simultánea a la valoración inicial. Se basa fundamentalmente en el despistaje y tratamiento de:

- Insuficiencia respiratoria.
- Shock.
- Parada cardiorrespiratoria.

Figura 3. Manejo de vía aérea

En los casos de sospecha de lesión de columna cervical se debe prestar especial atención a los movimientos de la columna, ya que éstos pueden transformar una fractura luxación sin daño neurológico en otra con daño neurológico por lo tanto nunca se deben realizar hiperflexiones o hiperextensiones. A priori "todo paciente con lesiones por encina de la clavícula tiene una lesión de columna cervical". Una exploración neurológica normal no descarta lesión en la columna, sólo se podrá descartar con una radiografía de columna cervical lateral visualizando las siete primeras vértebras. Hasta no haber comprobado la ausencia de lesión de la columna cervical, todas las maniobras se realizarán manteniendo la columna inmovilizada.

Todo se realiza mediante control cervical estricto.

Figura 4. Control cervical estricto

CAUSAS DE MUERTE EVITABLE

- Incapacidad de reconocer la necesidad de tener la vía aérea permeable o una
- ventilación asistida.
- Incapacidad de establecer vía aérea.
- Incapacidad de identificar alteraciones de ventilación potencialmente evitables.
- Incapacidad de reconocer una mala colocación del tubo endotraqueal.
- Descolocación de tubo endotraqueal.
- Aspiración de contenido gástrico.

Figura 5. Lesión cervical

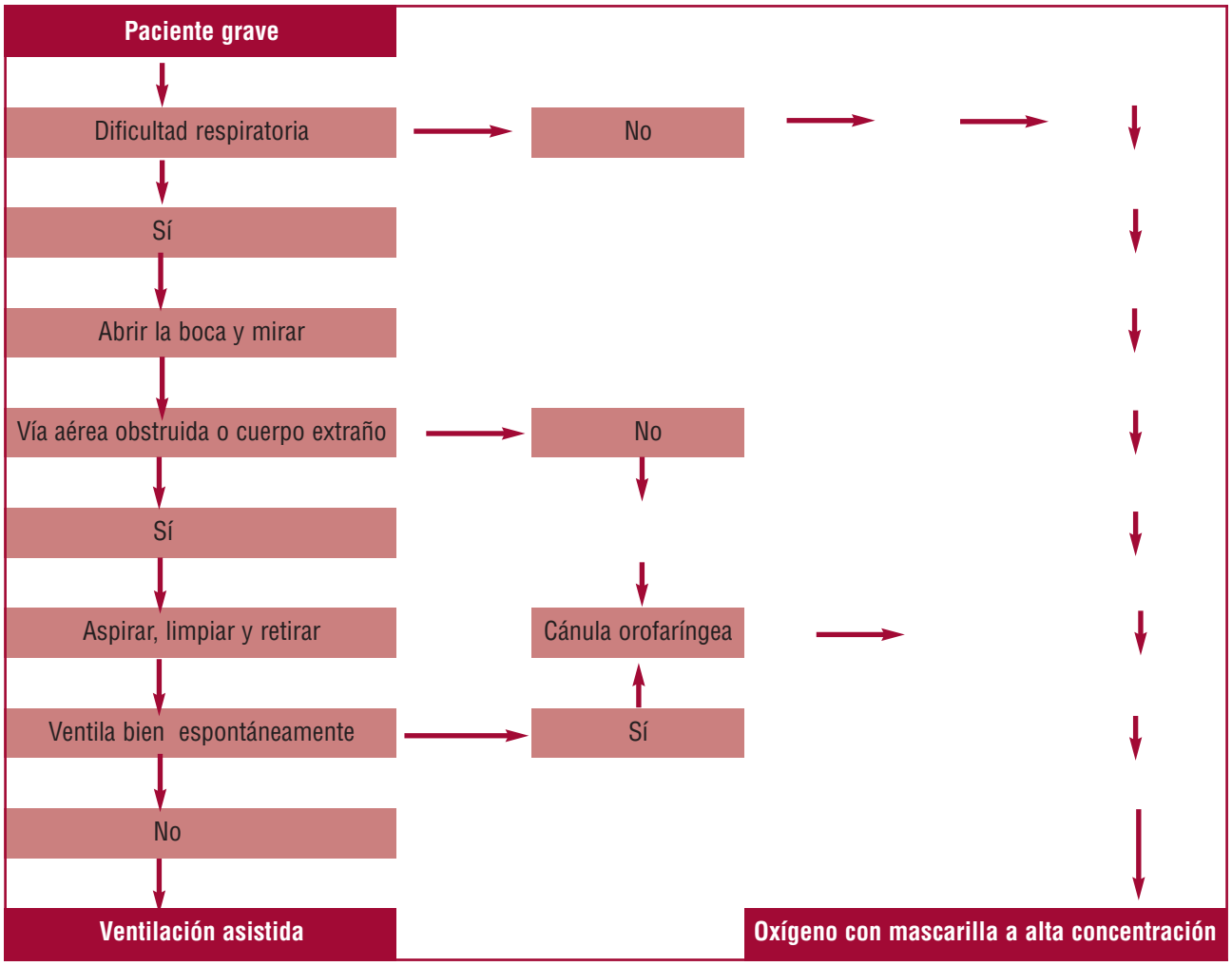
MANTENIMIENTO DE VIA AEREA Y CONTROL DE COLUMNA CERVICAL

- Apertura mediante elevación mandibular. No estaría indicado la hiperextensión cervical y sí la triple maniobra modificada.
- Limpieza, mediante la aspiración.
- Desobstrucción, realizando un barrido digital **sólo** en aquellos casos en que observemos la existencia de cuerpos extraños.
- Permeabilización mediante cánulas faríngeas (guedels).
- Vía aérea definitiva.

CRITERIOS DE AISLAMIENTO DE VÍA AÉREA

- Glasgow < 8.
- Trauma maxilofacial.
- Riesgo de broncoaspiración.
- Riesgo de obstrucción de vía aérea.
- Apnea.
- Aumento del trabajo respiratorio.
- Frecuencia respiratoria < 9 rpm o > 30 rpm.

APROXIMACIÓN INICIAL. MANEJO DE LA VÍA AÉREA



VALORACIÓN DE LA CIRCULACIÓN

La circulación se valorará en función de dos parámetros importantes:

- Volumen sanguíneo.
- Gasto cardiaco:
  - Frecuencia cardiaca.
  - Estado de la conciencia.
  - Color y temperatura de la piel.
  - Humedad.
  - Relleno capilar.
  - Pulso periférico.
  - Sangrado.

Algo importante a tener en cuenta es que debido a la premura de tiempo no se permite la medición de la TA (tensión arterial) en la valoración inicial. Se puede obtener suficiente información de la perfusión tisular y la oxigenación a través del pulso, el color de la piel y el relleno capilar.

El pulso nos informa de la frecuencia, amplitud y regularidad del latido cardiaco; junto a esto se debe tener en

Figura 6. Hemorragia grave

cuenta que cuando palpamos pulso radial la TA está por encima de 80 mm Hg. Si de palpa en la femoral está por encima de 70 mm Hg y si se palpa en la carótida, será superior a 60 mm Hg.

Un método para determinar la perfusión tisular es la valoración del relleno capilar en el pulgar o en el dedo gordo del pie. En situaciones normales, el color tras la presión debe reaparecer tras 2 segundos. Cuanto más lejos de 2 segundos, más grave estará el enfermo aunque la TA sea normal.

En cuanto el estado de conciencia, se sabe que si el volumen sanguíneo se reduce a la mitad o más, la perfusión cerebral empeora críticamente sobreviniendo el estado de inconciencia.

En cuanto al sangrado, la hemorragia masiva debe ser controlada en la valoración inicial. El control de la hemorragia externa se realiza por presión del lugar del sangrado. Los torniquetes no deben ser utilizados por el riesgo de metabolismo anaerobio, se utilizarán sólo excepcionalmente, en caso de amputación, o bien si existen muchas zonas de hemorragia imposibles de comprimir o cuando no podamos utilizar el método anterior. De colocarse, se haría en lugar bien visible, dónde y a qué hora se puso y se aflojará periódicamente.

El sangrado oculto en tórax, abdomen o masas musculares, puede producir una importante pérdida de sangre.

ESTIMACIÓN DE PÉRDIDA SANGUÍNEA

	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV
Pérdida en ml	< 750	750/1500	500/2000	> 2000
Pérdida % vol.	< 15%	15/30 %	30/40 %	>40 %
FC	< 100	> 100	> 120	> 140
PA	Normal	Normal	Baja	Baja
Presión de pulso	Normal	Baja	Baja	Baja
FR	14/20	20/30	30/40	> 40
SNC- mental	Ansiedad	Ansiedad	Ansioso/ Confuso	Confuso/ Letárgico
Reposición líquidos	Cristaloide	Cristaloide	Cristaloide + Sangre	

BREVE VALORACIÓN NEUROLÓGICA

Al finalizar la valoración inicial se realizará una evaluación del nivel de conciencia y del estado de las pupilas, tamaño, reacción a la luz y relación entre ellas, y de la función motora.

Para realizar esta valoración nos basaremos en el logotipo AVDN:

- Alerta.
- Responde a estímulo verbal.
- Responde a estímulo doloroso.
- No responde.

La función motora se evalúa comprobando la mejor respuesta motora a la voz, en el paciente consciente, o al estímulo doloroso, en caso de coma. Los movimientos se catalogan como normales, anormales o ausentes y se valorarán también las asimetrías.

Si la exploración neurológica varía de la inicial a la secundaria, se debe pensar en cambios en el estado neurológico o bien en una disminución del nivel de conciencia por disminución en la perfusión u oxigenación cerebral. Este cambio exige la reevaluación de la respiración y circulación.

Un examen neurológico más detallado se realizaría con la Escala de Coma de Glasgow, utilizada internacionalmente,

Apertura de ojos	Respuesta verbal	Respuesta motora
Espontánea: 4	Orientado: 5	Obedece: 6
A la orden: 3	Confuso: 4	Localiza: 5
Al dolor. 2	Inapropiada: 3	Retira: 4
Sin respuesta: 1	Incomprensible: 2	Flexión: 3
	Sin respuesta: 1	Extensión: 2
		Sin respuesta: 1

La puntuación máxima es de 15 y el mínimo es de 3 que indica muerte cerebral y por lo tanto se consideraría como posible donante. El Glasgow 4 indica descerebrado y el 5 decorticado.

En el caso de los niños, la Escala de Glasgow sufre modificaciones:

- Palabras apropiadas o sonrisas, fija la mirada, sigue objetos: 5
- Tiene llanto pero es consolable: 4
- Persistentemente irritable: 3
- Agitado: 2
- Sin respuesta: 1

La respuesta ocular y motora se puntúa igual que en el adulto.

EXPOSICIÓN Y CONTROL AMBIENTAL

El paciente debe ser desvestido totalmente, sin movilizar la columna pero siempre teniendo en cuenta que debemos prevenir la hipotermia por ser ésta nefasta para el politraumatizado.

MOVILIZACIÓN E INMOVILIZACIÓN DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Objetivo principal:

"No aumentar la lesión inicial y no ocasionar nuevas lesiones".

- Resucitación ante movilización, en caso de encontrarnos un paciente en parada cardiorrespiratoria recuperable priorizaremos la premura de tiempo para iniciar la Resucitación Cardiopulmonar ante la inmovilización.
- Extracción utilizando los medios disponibles y solicitando la presencia de servicios especiales.
- Disponer del equipo de inmovilización adecuado, útil y de fácil aplicación, como son:
  - Collarines cervicales. Colocarlo siempre antes de movilizar al paciente, simultáneamente con la evaluación de la vía aérea. Para su correcta colocación son necesarias más de una persona; uno de los integrantes del equipo estabiliza manualmente la columna cervical, mientras la otra adapta y fija.
  - Camilla de cuchara. También llamada de tijera, es el método de elección para víctimas que se encuentran tumbadas sobre una superficie más o menos regular. Para su colocación son necesarias más de una persona, pues mientras uno se coloca al lado del accidentado para traccionar levemente el tronco, otro arrastra la mitad correspondiente por debajo del paciente, haciendo lo mismo con el otro lado.
  - La tabla espinal. Se utiliza para la retirada y transporte de víctimas en las que se sospecha que presentan lesiones de la columna vertebral. Supone un plano rígido debajo del paciente que facilita posibles maniobras de reanimación.
  - Dispositivo de salvamento de Kendrick. Semirrígido reforzado en su interior con bandas metálicas, colocándose a modo de chaleco entre la espalda de la víctima y el respaldo del asiento del vehículo, ajustándose posteriormente mediante correas al tronco, cabeza e ingles.
  - Colchón de vacío. Es el sistema de inmovilización más completo. Es una envoltura neumática, herméticamente cerrada rellena de partículas muy pequeñas, con una válvula que permite hacer el vacío. Una vez colocado el paciente, el colchón se adapta a la curva de su cuerpo adquiriendo gran rigidez al realizar el vacío.
  - Férulas de inmovilización de miembros. Es necesario palpar pulsos antes y después de su colocación y vigilar la temperatura y coloración de los miembros.
  - Manta de supervivencia. Es de material plástico muy fino, ligero y resistente e impermeable al agua y al viento, revestida de aluminio. (Figura 7).

Figura 7

VALORACIÓN SECUNDARIA

La valoración secundaria debe realizarse en:

- Un lugar favorable.
- No debe retrasar el transporte de críticos.
- No debe hacerse nunca antes de la evaluación primaria y/o resucitación.
- El paciente debe estar estabilizado.

La valoración secundaria pasa por fases y etapas:

- Reevaluar ABCD.
- Historia clínica.
- Examen físico.
- Exploración neurológica.

LA HISTORIA CLÍNICA SE RESUME EN LAS SIGUIENTES CUESTIONES:

- **A**lergias.
- **M**edicación.
- **P**atología previa.
- **L**ibaciones y últimos alimentos.
- **A**mbiente y eventos relacionados con el trauma.

EL EXAMEN FÍSICO:

- Cabeza:
  - Heridas, contusiones, fracturas.
  - Fracturas de base de cráneo: ojos de mapache, signo de Battle (hematoma retroauricular), epistaxis u otorragia, rinorrea u otorrea.
  - Exploración ocular.
- Cara:
  - Lesiones sin compromiso de vía aérea.
  - Fracturas nasales, de la órbita…
  - Columna cervical y cuello:
  - Posición de la tráquea.
  - Venas del cuello.
  - Heridas o hematomas.
  - Pulso carotídeo.
  - Crepitación.
  - Apófisis espinosas.
- Tórax:
  - Cara anterior y posterior.
  - Heridas, contusiones y hematomas.
  - Movimientos torácicos.
  - Enfisema subcutáneo.
  - Palpación del esternón, costillas, clavícula.
  - Auscultación cardiaca y pulmonar.
- Abdomen y pelvis:
  - Inspección.
  - Palpación.
  - Percusión.
  - Auscultación.
  - Periné, recto, vagina:
  - Equimosis.
  - Desgarros.
  - Contusiones.
  - Sangrado uretral.
  - Tacto rectal.
  - Tacto vaginal.
- Músculo esquelético:
  - Heridas.
  - Deformidades.
  - Pulsos proximales y distales.
  - Crepitación.
  - Impotencia funcional.
  - Color y temperatura.
  - Sensibilidad.

LA EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA:

- Fuerza muscular:
  - Activa.
  - Pasiva.
  - Contra resistencia.
  - Movimientos involuntarios.
- Tono muscular:
  - Flaccidez.
  - Hipertonía.
- Sensibilidad:
  - Tacto.
  - Dolor.
  - Temperatura.
  - Vibración.
  - Propiocepción.

Figura 8. Scalp

Figura 9. Herida incisocontusa

BIBLIOGRAFÍA

1. "Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias para Residentes". Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.
2. "El manejo Prehospitalario del paciente politraumatizado". Revista Emergencias y Catástrofes. Nº 1, Año 1999, 29-37. España.
3. "Manejo Prehospitalario de la vía aérea en el paciente politraumatizado". Revista de la Sociedad Española de Medicina de Emergencias. Vol. 999, Nº 11. Pág. 47-53. España.
4. www.semes.org
5. www.e-mergencias.com
6. "Manual de Enfermería en Emergencia Prehospitalaria y Rescate". Ediciones Arán. Fernández D., Aparicio J., Pérez J.L,. Serrano A.
7. "Procedimientos técnicos en Urgencias y Emergencias". Pfizer. Quesada A., Rabanal J.M.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS EN URGENCIAS

ROUTES OF ADMINISTRATION OF DRUGS IN EMERGENCIES

- **Damián Muñoz Simarro**[1]
- **Patricia Casal Escudero**[2]
- **Agustín Miguez Muñoz**[2]

[1] Diplomado en Enfermería. D.C.C.U. Móvil Distrito Sevilla.

[2] Diplomado en Enfermería. FREMAP Ciudad Jardín. Sevilla

Resumen

Este trabajo ha pretendido ser una pequeña guía recordatorio de las vías de administración de fármacos.

Comenzamos hablando brevemente de la farmacocinética, las rutas que el fármaco debe seguir dentro del cuerpo desde su administración; describiendo los procesos de absorción, biodisponibilidad, distribución, biotransformación, redistribución hasta que el fármaco se excreta.

El conocimiento de estos procesos en los diferentes fármacos nos puede indicar la idoneidad de elegir una u otra vía en relación con los resultados que pretendemos obtener y el tiempo en que necesitamos obtener dichos resultados, así como, la intención de eludir el paso del fármaco por algún lugar atendiendo a la patología previa del paciente.

Describimos brevemente las diferentes vías de administración (oral, rectal, sublingual, inhalatoria, tópica y parenteral), hablando de sus principales indicaciones, las presentaciones farmacológicas, efectos,… y nos centramos en la vía parenteral como la principal en el trabajo que nos ocupa y que realizamos hoy en día, la urgencia extrahospitalaria.

Subdividimos esta vía parenteral en otras cinco vías (intradérmica, subcutánea, intraosea, intramuscular, intravenosa), localizando los principales lugares de administración de estas vías, sus indicaciones, la idoneidad de elegir una u otra, las formas y cantidades de administrar el fármaco y algunas peculiaridades de cada una de ellas.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Vías de administración.
- ✔ Urgencias.
- ✔ Administración parenteral.
- ✔ Intramuscular.
- ✔ Intravenosa.
- ✔ Intradérmica.
- ✔ Intraósea.
- ✔ Subcutánea.

Key words

- ✔ Routes of administration.
- ✔ Emergencies.
- ✔ Parenteral administration.
- ✔ Intramuscular.
- ✔ Intravenous.
- ✔ Intradermal.
- ✔ Intraoseous.
- ✔ Subcutaneous.

Summary

This work was intended to be a small reminder of the guide route of administration of drugs.

We started talking briefly on the pharmacokinetics, drug routes that should remain within the body from its administration, describing the processes of absorption, bioavailability, distribution, biotransformation, redistribution until the drug is excreted.

Knowledge of these processes in the different drugs we can indicate the suitability of choosing one way or another on the results we seek and obtain the time they need to get those results, and the intention to avoid the passage of drug any place within the patient's previous symptoms.

Briefly describe the different routes of administration (oral, rectal, sublingual, inhalation, topical and parenteral), discussing their main indications, presentations pharmacological effects, and ... looking at the injectors as the primary work at hand and we made today, the urgency extrahospital.

Is subdivided in five IDUs routes (intradermal, subcutaneous, intraosseous, intramuscular, intravenous), identifying the main points of administration of these pathways, their indications, the appropriateness of choosing one or the other, forms and quantities of the drug and administer some peculiarities of each.

INTRODUCCIÓN

El siguiente trabajo, pretende ser una guía de las principales vías de administración que se usan en los diferentes servicios de urgencias y emergencias.

Para poder entender y realizar un buen uso de las diferentes vías de administración de fármacos, nos parece indispensable hacer un breve resumen que nos sirva de recordatorio de diferentes aspectos de la farmacología.

Los conocimientos en farmacología y especialmente en el comportamiento que los fármacos tienen en nuestro cuerpo (farmacocinética), son parte fundamental a la hora de elegir la vía de administración correcta para cada individuo, en cada momento y para cada fármaco.

Hacemos mención a todas las vías de administración pero centrándonos como vía principal de urgencia en la vía parenteral. El hecho de centrarnos en la vía parenteral no es más que el intento de recopilar un amplio campo como la farmacología, en una guía que sea de utilidad para los profesionales que nos dedicamos al sector de las urgencias. Con la clara visión de que en urgencias suele ser la vía más utilizada y de elección en la mayoría de los procesos.

Comenzaremos con un breve resumen que nos sirva de recordatorio de diferentes aspectos de la farmacología, así como, de las vías de administración de fármacos.

FARMACOCINÉTICA

Un fármaco para producir sus efectos característicos, debe alcanzar concentraciones adecuadas en los sitios en donde actúa. Las concentraciones logradas a pesar de que están en función de la dosis del producto administrado, dependen de otras variables como; la magnitud y la tasa de absorción, distribución, unión o localización de tejido, biotransformación y excreción.

- **Absorción**, hace referencia a la rapidez con que el fármaco sale del lugar donde es administrado y el grado en que lo hace.

En la absorción de los fármacos influyen muchas variables además de factores fisicoquímicos que modifican el transporte transmembrana. Los fármacos en solución acuosa se absorben con mayor rapidez que los que se presentan en soluciones oleosas, suspensiones o en forma sólida por que se mezclan con mayor facilidad con la fase acuosa en el sitio de absorción.

La concentración de un medicamento influye en su velocidad de absorción. Los productos que se introducen en el sitio de administración en soluciones fuertemente concentradas se absorben con mayor rapidez que los que están en baja concentración. La circulación en el sitio de absorción también es un factor que influye en el proceso de absorción, un aumento en el flujo de sangre producido por masaje o aplicación local de calor acelera la absorción del fármaco. En cambio la disminución del flujo como la causada por vasoconstrictores, el choque u otros factores patológicos retada la absorción. Otro factor de la velocidad de absorción es el área de la superficie absorbente en la cual entra en contacto, los productos medicamentosos no absorben con gran rapidez en áreas grandes, como el epitelio alveolar pulmonar, la mucosa intestinal o en algunos casos después de la aplicación extensa en la piel.

- **Biodisponibilidad**, Que es el grado en que un fármaco llega a su sitio de acción, o un liquido biológico desde el cual tiene acceso a dicho sitio. Para entenderlo, un ejemplo seria, “si un fármaco que se absorbe en el estomago o intestino debe pasar en primer termino por el hígado antes de llegar la circulación sistémica”. Si el fármaco es sintetizado en el hígado o excretado en la bilis, parte del fármaco activo será desactivado antes de que llegue a la circulación sistémica y se distribuya a sus sitios de acción”. Este término pasa a ser de gran interés para nosotros en el uso clínico y debemos tenerlo en cuenta en todo momento.
- **Distribución**, una vez que un fármaco es absorbido o pasa a torrente sanguíneo directamente, puede ser distribuido en los líquidos intersticial y celular

Se distingue una fase inicial de distribución, que refleja la intervención del gasto cardiaco y el flujo sanguíneo regional. El corazón, el hígado, los riñones, el encéfalo y otros órganos con riego abundante reciben gran parte del fármaco en los primeros minutos de haberse absorbido. La llegada de fármaco a los músculos, casi todas las vísceras, piel y grasa es más lenta, por lo que se necesita el transcurso de minutos para alcanzar el equilibrio dinámico en dichos tejidos.

Una vez logrado este equilibrio se puede distinguir una segunda fase de distribución, también limitada por el flujo sanguíneo, el cual incluye una fracción mucho mayor de masa corporal que la primera fase.

La difusión en el compartimento intersticial se produce con rapidez, por la naturaleza fuertemente permeable de las membranas endoteliales capilares(excepto en el encéfalo). Los fármacos liposolubles que penetran poco en las membranas muestran restricción en su distribución y en consecuencia llegan en volumen de insuficiencia a su sitio de acción. La distribución también puede resentir limitaciones por la unión de fármacos a proteínas plasmáticas.

Los fármacos pueden acumularse en los tejidos como resultado de gradiente de pH, unión a constituyentes intracelulares o reparto de lípidos. El fármaco acumulado en un lugar puede constituir un deposito reservorio que prolongue su acción en ese tejido o en un sitio distante, llevado por la circulación.

- **Biotransformacion**, la biotransformación de fármacos y otros productos xenobioticos en metabolitos más hidrófilos resulta más esencial para que cese su actividad bioló-

gica y sean eliminados del cuerpo. En términos generales las reacciones de biotransformación generan metabolitos más polares que se excretan fácilmente al exterior.

Con la biotransformación tenemos que tener en cuenta que existen factores que pueden alterarla como las enfermedades previas, la edad, el estado general, el empleo concomitante de otros fármacos, … provocando menor o mayor duración de los efectos farmacológicos y la toxicidad de estos.

- **Redistribución**, normalmente el efecto de un fármaco termina por la intervención de fenómenos como la biotransformación y la excreción, pero también puede ser consecuencia de la redistribución de aquel desde el sitio de acción hacia otros tejidos o lugares.

Cuando un fármaco fuertemente liposoluble, con acción en el encéfalo o el aparato cardiovascular se administran en forma rápida mediante inyección intravenosa o inhalación, la redistribución es un factor que contribuye a la terminación del efecto medicamentoso.

- **Excrección**, los fármacos se eliminan en gran medida dependiendo de su liposolubilidad, es decir, los más liposolubles, se eliminan más lentamente hasta transformarse en compuestos más polares.

El principal órgano de eliminación de fármacos son los riñones, por heces (incluimos excreción por bilis) se excretan fundamentalmente, los fármacos que utilizaron la vía gastrointestinal, por último también mencionamos a los pulmones como otra de las fuentes de eliminación.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS

Las diferentes vías de administración, bien nos merecen todo un trabajo aparte, aquí realizaremos un resumen en el que nos centraremos principalmente en la vía parenteral, como tema que nos ocupa.

- **Vía oral:** es la vía de administración más usada, utiliza la absorción gastrointestinal y se ve modificada por diferentes factores como el flujo de sangre en el lugar; el estado físico-químico del fármaco; la superficie de absorción; la concentración; la liposolubilidad; ….. Existen fármacos que para su administración vía oral se presenta con recubrimiento para impedir la irritación del estómago o para que no sean inactivados por el jugo gástrico.

Las formas de presentación son en pastillas o tabletas, cápsulas, grageas o líquidos.

- **Vía rectal:** Suele tener un gran efecto local, es una vía que resulta útil en determinadas ocasiones y que en urgencias es empleada en algunas patologías. Se emplea en caso de vómito, inconsciencia del enfermo y en edades infantiles menos colaboradoras.

Debemos conocer que la absorción en esta vía puede ser algo errática y evita el hígado en gran porcentaje.

Las formas de presentación son supositorios, pomadas y enemas.

- **Vía sublingual:** Tiene una superficie de absorción pequeña, pero una actuación rápida, es una vía que tiene cierta importancia en la administración de diversos fármacos y determinadas patologías de urgencias.
- **Vía inhalatoria:** Tiene un área de superficie muy grande y de rápida actuación (de utilidad en urgencias), la absorción puede ser algo errática. Para su administración necesitan ser pulverizaciones, inhalaciones, nebulizaciones, …
- **Vía tópica:** por lo general con efectos locales, pero tenemos que tener en cuenta la absorción por mucosas que puede tener efectos tóxicos a nivel sitémico, como puede ocurrir con los anestésicos locales. Las formas de presentación pueden ser pomadas, polvos, pasta, loción, cremas y líquidos.
- **Vía Parenteral:** La vía parenteral hace referencia a la administración del fármaco atravesando una o más capas de la piel o de las membranas mucosas mediante una inyección. Es una vía que resulta indispensable para que algunos tipos de fármacos se absorban de forma activa. En este tipo de vía la dosis eficaz es más exacta y menos errática a diferencia de otras vías.

Es una vía de administración con rapidez de acción y aunque no es de uso exclusivo de urgencias, si es la vía fundamental en este servicio.

La forma de presentación del fármaco suelen ser ampollas y viales. (Figura 1).

Podemos decir que existen varios subtipos de administración parenteral; la intradérmica, la intramuscular, la intraosea, la subcutánea y la intravenosa.

Figura 1.

VÍA PARENTERAL

- **Vía intradérmica:** Es la inyección del líquido en la epidermis, justamente por debajo del estrato córneo. La absorción por esta vía es baja. Generalmente se administran anestésicos locales o determinadas pruebas cutáneas como las pruebas de la alergia o el mantoux.
- **Vía Subcutánea:** Debemos valorar en la administración por esta vía el uso de fármacos que no irriten los tejidos, para evitar el dolor y la necrosis, así como, la aplicación de vasoconstrictores que retarda la absorción. Clásicamente, esta vía se reservaba para el uso de la insulina, heparina y vacunas, pero con la aparición de los cuidados paliativos en terminales, las utilidades del acceso subcutáneo se han ampliado. En este tejido se administra el medicamento mediante inyección de soluciones o suspensiones medicamentosas de pequeño volumen. Se suele perseguir esta vía cuando se quiere una absorción lenta y duradera.
- **Vía intraosea:** Es un acceso vascular de urgencia para la infusión de fármacos y líquidos.

Su utilización se basa en el hecho de que la cavidad medular de los huesos largos está ocupado por una rica red de capilares sinusoides que drenan a un gran seno venoso central, que no se colapsa ni siquiera en situación de PCR, pasando los fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por cualquier otra vena periférica. Esta indicado fundamentalmente en niños de 6 años o menos de edad en situaciones de urgencia vital con necesidad de fármacos y /o líquidos, en los que no se ha podido canalizar vía venosa en 90 segundos o después de tres intentos.

Constituye una medida temporal mientras no se obtiene otro acceso venoso.

Es excepcional su utilización en adultos donde en caso de no ser posible la canalización de una vía venosa central o periférica, será preferible la instilación de fármacos por vía endotraqueal.

Los lugares de acceso recomendados para esta vía son; la extremidad proximal de la tibia es el lugar recomendado en los menores de 6 años, a partir de esa edad, debe utilizarse el maléolo tibial interno que conserva médula roja en su cavidad durante toda la vida. Otras alternativas son: la cara posterior de la metáfisis del radio, cara anterior de la cabeza humeral, cóndilo humeral, esternón y crestas ilíacas.

En el adulto los únicos sitios accesibles son la cresta ilíaca, el esternón y la tibia distal.

Por esta vía podemos administrar cualquier medicamento o líquido necesarios durante el proceso de resucitación.

Cuando se requiera infusión de líquidos en grandes volúmenes debe aplicarse presión para vencer la resistencia de las venas emisarias.

La administración de medicamentos debe ser seguido de un bolo a presión de por lo menos 5 ml de solución salina para asegurar su llegada a la circulación sistémica.

- **Vía intramuscular:** Tejido muy vascularizado, cuando se inyectan fármacos el líquido se difunde entre las fibras musculares, con lo cual la absorción es rápida. Es una vía de acceso muy común en urgencias, los fármacos se absorben con gran rapidez, sobretodo aquellos que están en solución acuosa, los que están en solución oleosa tienen una absorción más lenta.

Los lugares de acceso recomendados para esta vía son; la zona dorsoglútea, la zona deltoidea, la zona ventroglútea y la cara externa del muslo. A la hora de elegir el lugar de punción tendremos en cuenta la edad del paciente, la masa muscular, la cantidad de fármaco a administrar y si es una sustancia más o menos oleosa.

- Zona dorsoglútea. Se localiza en el cuadrante superoexterno de la nalga, pues así es como se evita lesionar el nervio ciático. Es el lugar que más fármaco admite: hasta 7 ml. El paciente puede estar en decúbito lateral, en decúbito prono o en bipedestación. Debe de evitarse su uso en los menores de tres años. (Ver figura 2. Vía Intramuscular. Zona dorsoglútea)

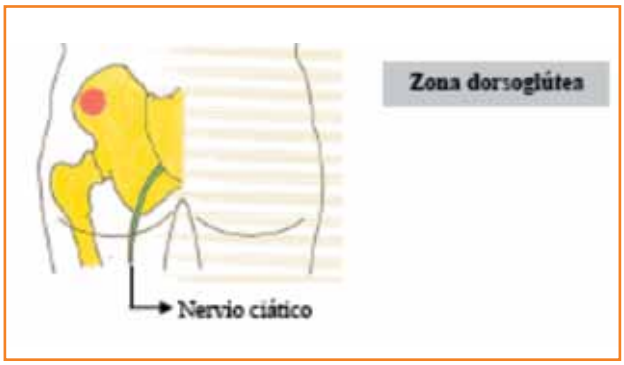


Figura 2.

- Zona deltoidea. Ubicada en la cara externa del deltoides, a tres traversas de dedo por debajo del acromion. Se debe de tener en cuenta que el nervio radial pasa cerca de ahí. Admite hasta 2 ml de volumen. El paciente puede estar prácticamente en todas las posiciones: sedestación, decúbito supino, decúbito lateral o bipedestación. (Ver figura 3. Vía intramuscular. Zona deltoidea)
- Zona ventroglútea. Es una de las más seguras, ya que no tiene cerca ningún punto conflictivo. Con el enfermo en decúbito lateral o en decúbito supino, colocaremos nuestra mano en la base del trocánter mayor del fémur del lado elegido. A continuación abriremos los dedos de la mano y pincharemos en el espacio que quede entre

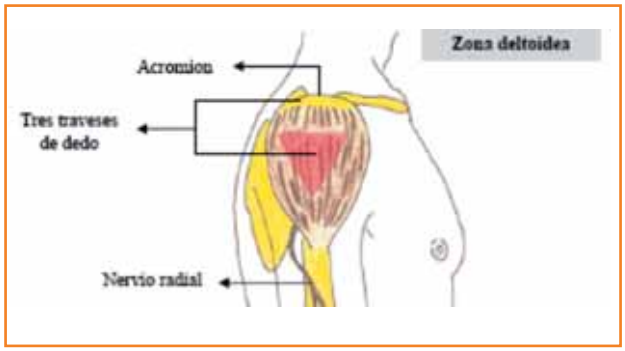


Figura 3.

los dedos índice y medio. Admite hasta 5 ml. de volumen. Junto con la dorsoglútea es la de elección para los niños mayores de tres años. (Ver figura 4. Vía intramuscular. Zona ventroglútea)

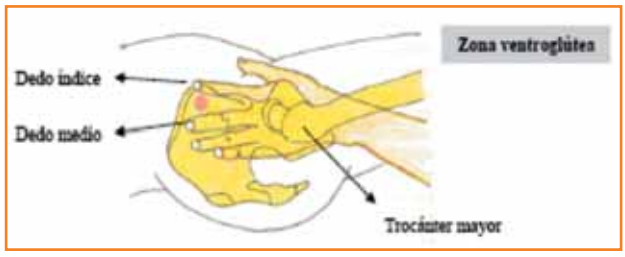


Figura 4.

- Cara externa del muslo. Admite hasta 5 ml de volumen. Con el paciente en decúbito supino o en sedestación, delimitaremos una banda imaginaria que vaya, por la cara externa del muslo elegido, desde el trocánter mayor hasta la rótula. La zona óptima de inyección está localizada en esta banda, 5 cm por arriba y 5 cm por debajo de su punto medio. Es la zona de elección para los niños menores de tres años. (Ver figura 5. Vía intramuscular. Cara externa del muslo)

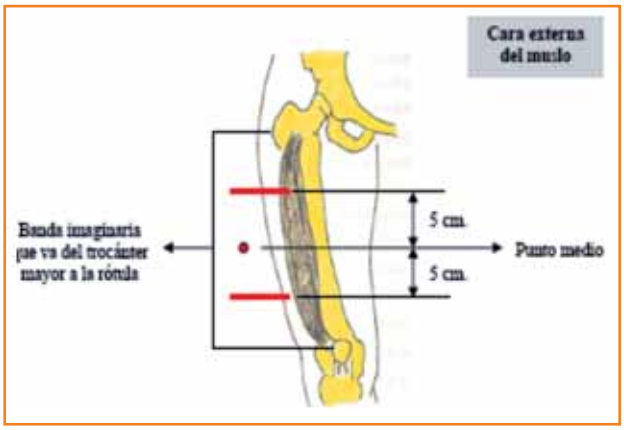


Figura 5.

- **Vía intravenosa:** Permiten esquivar al fármaco los factores que intervienen en otras vías y obtener de forma rápida la concentración deseada del medicamento en sangre. Es una vía reservada prácticamente para la urgencia. Necesita de gran asepsia, puesto que aumentan los riesgos de ocasionar enfermedades que pasen a vía sistémica de forma inmediata.

En esta vía se debe mantener un control exhaustivo del paciente, de sus constantes y reacciones. Podemos distinguir dos formas fundamentales de administración intravenosa, que sería; intravenosa directa y por goteo.

- **Directa**. Es la administración del medicamento en forma de bolo, ya sea solo o diluido (normalmente en una jeringuilla de 10 ml, la cual contendría la sustancia a inyectar junto con suero fisiológico hasta completar los 10 ml). Se usa pocas veces por las complicaciones a que puede dar lugar, ya que en general los medicamentos necesitan un tiempo de infusión más amplio que el que se obtiene con este procedimiento. Pero en determinadas circunstancias, el bolo intravenoso pasa a ser parte fundamental del tratamiento.
- **Por goteo intravenoso**, canalizando una vía venosa. Es la forma de tratamiento empleada ante determinadas situaciones clínicas o bien para permitir la derivación hospitalaria en unas condiciones adecuadas.

En la aplicación de medicación por goteo intravenoso, además de preparar la sustancia a administrar, hay que calcular la velocidad de perfusión. Para ello se debe de tener en cuenta que:

1 ml = 1 cc = 20 gotas = 60 microgotas

A partir de aquí podemos hacer el cálculo de la velocidad de perfusión mediante reglas de tres o aplicando directamente la siguiente fórmula:

- Número de gotas por minuto = volumen a administrar en cc x 20 gotas / tiempo en el que tiene que pasar la perfusión expresado en minutos.
- Número de microgotas por minuto = volumen a administrar en cc x 60 microgotas / tiempo en el que tiene que pasar la perfusión expresado en minutos.

Para elegir la zona de punción tendremos que tener en cuenta diferentes factores:

- La duración del tratamiento. Si se prevé que va a ser menor de 6 horas, se escogerá el dorso de la mano. Si se estima que la duración va a ser mayor, se preferirá el antebrazo.
- El tipo de solución. Si es fleboirritante (soluciones ácidas, alcalinas o hipertónicas), se aconsejan las venas gruesas.
- El tamaño de la aguja**.** Para venas de pequeño calibre, agujas de pequeño calibre y para venas de mayor calibre, agujas de mayor diámetro. En los adultos los calibres que más se emplean son los de 18G (color del cono verde). En los niños y en los adultos en los que hay que elegir una vena de pequeño calibre, se utiliza el catéter de 20G (color rosa). (Ver figura 6. Distintos materiales para la administración parenteral.)

Figura 6.

- El tipo de vena. Son de preferencia las venas que sean flexibles y rectas. Está contraindicado pinchar cualquier trayecto venoso que esté inflamado.
- La edad del individuo. En los recién nacidos y los lactantes hasta el año de edad se escogen las venas epicraneales. En los adolescentes y los adultos, las de la mano y el antebrazo. En los ancianos se prefieren las venas del antebrazo ya que las de la mano, además de tener un trayecto bastante tortuoso, son difíciles de fijar a la hora de pincharlas.

Las zonas donde se pueden administrar los medicamentos se localizan en las extremidades, prefiriéndose siempre la extremidad superior a la inferior.

Como norma general, podemos decir que debemos intentar acceder desde las zonas más distales a las más proximales, sobretodo cuando se prevea un largo tratamiento intravenoso. Debemos recordar que cuando exista una vía venosa periférica de largo tratamiento pasa a ser muy importante la retirada de esta vía según pautas de temporalidad y en relación a la agresividad del fármaco utilizado, canalizando otra vía siempre en el miembro contrario, evitando así, las flebitis y otro tipos de infecciones nosocomiales.

Las diferentes zonas serian:

- Red venosa dorsal de la mano: venas cefálica y basílica. (Ver figura 7. Red venosa dorsal de la mano).

- Antebrazo: venas cefálica y antebraquiales.

- Fosa antecubital: vena basílica (la de elección), vena cubital (es la de elección para las extracciones de sangre periférica, pero no para canalizar una vena, ya que su trayecto es corto) y vena cefálica (es difícil de canalizar porque no es recta y la fijación es más dificultosa).
  - Brazo: venas basílica y cefálica. (Ver figura 8. Venas basílica y cefálica del brazo.)
  - Red venosa dorsal del pie.
  - Zona inguinal: venas safena interna y femoral.

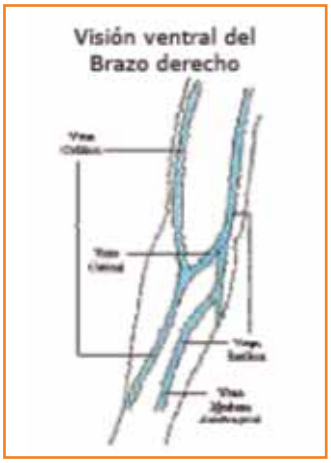


Figura 7.

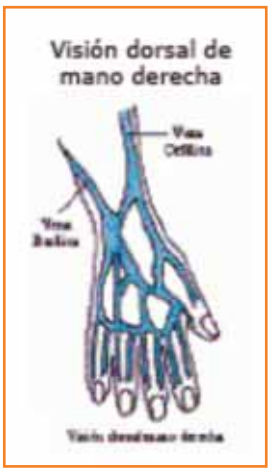


Figura 8.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tarazona Santabalbina F, Gil Ibáñez MP, Barbado Cano A, Julián Jiménez A. Técnicas invasivas en urgencias. En: Julián Jiménez A, editor. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 2ªed. Toledo: Complejo Hospitalario de Toledo; 2004. p. 59-86.

2. Ayuso Baptista F, Calderón de la Barca Gázquez JM, Jiménez Murillo L, Salcedo Leal I, Montero Pérez FJ. Soporte vital pediátrico. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación. (Tercera edición) Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba: Elselvier 2004 p. 14-22.

3. Carrillo Alvarez A, Delgado Domínguez MA, López-Herce Cid J y Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal Recomendaciones de reanimación cardiopulmonar básica, avanzada y neonatal (III) Reanimación cardiopulmonar avanzada en pediatría An Esp Pediatr 1999; 51:551-564.

4. Villa LF. MEDIMECUM. Barcelona: Adis; 2002.

5. Botella M, Hernández OM, López ML. Rodríguez A. Cuidados auxiliares de enfermería. Técnicas básicas de enfermería. Administración de medicamentos. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias, Consejería de Educación, Cultura y Deportes; 2002; p. 435-60.

6. Bordallo JR, Baos V. Tratamientos parenterales en APS. Bomba de infusión portátil. En: Espinas J et al. Guía de Actuación en Atención Primaria (Primera edición). Barcelona: semFYC, 1998; 869-71.

7. Esteve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraww-Hill Interamericana, 2002.

SENTIMIENTOS Y EMOCIONES EN CUIDADORES INFORMALES

- **Pastora Hortelano Rodríguez**(1)
- **Marco Antonio Zapata Sampedro**(2)
- **Encarnación Fernández Zamudio**(3)

(1) Diplomada en Enfermería. Enfermera Gestora de Casos. Centro de salud Polígono Norte. Sevilla.
(2) Diplomado en Enfermería. Centro de salud Polígono Norte. Sevilla. Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla.
(3) Matrona C.S. Polígono Norte. Sevilla

Resumen

Un cuidador informal es la persona que proporciona asistencia sin remuneración alguna a otra persona, frecuentemente a otro miembro de su familia, con las actividades de la vida diaria, los cuidados de la salud, los asuntos económicos, la compañía y la interacción social.

Este manuscrito se basa en la revisión de las emociones y los sentimientos de los cuidadores que formaron parte de un programa educativo para cuidadores en atención primaria.

El conocimiento por parte de las profesionales enfermeras de las experiencias vividas por los cuidadores informales contribuye, sin duda alguna, a una mayor comprensión de su proceso de salud, lo que permite fundamentar mejor todas las intervenciones enfermeras. El objetivo de este estudio fue describir la experiencia vivida por los cuidadores.

Los diarios personales presentaron el aspecto humano de estas personas, y sirvieron a los cuidadores para identificar y explorar sus propias emociones.

Los cuidadores informales que han participado en el estudio han sentido, entre otros, tristeza, culpa, rabia y miedo en diferentes momentos de su labor como cuidadores.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Cuidadores informales.
- ✔ Experiencia vital.
- ✔ Sentimientos.
- ✔ Emociones.
- ✔ Atención primaria.
- ✔ Familia.

Key words

- ✔ Informal caregivers.
- ✔ Life experience.
- ✔ Personal feelings.
- ✔ Emotions.
- ✔ Primary care.
- ✔ Family.

Abstract

An informal caregiver is the person who provides unpaid assistance to another person, most often to a family member, with the activities of daily living, health care, financial matters, companionship and social interaction.

This article is based on the revision of emotions and personal feelings of informal caregivers who were part of an educational program for caregivers in primary care.

Nurses' knowledge of informal caregivers' experiences undoubtedly contributes to a greater understanding of the health process and provides a better basis for nursing acts. The aim of this study was to describe the experiences of caregivers.

The personal diaries presented the human aspect of these persons and served the caregivers to identify and explore their own emotions.

Informal caregivers who took part in the study have felt, among others, sadness, guilt, rage and fear at different times of the caring process.

INTRODUCCIÓN

Se define la discapacidad como la limitación funcional y/o cognitiva que presenta una persona para realizar actividades socialmente aceptadas.[1] Estas personas discapacitadas se caracterizan por requerir cuidados, más o menos

permanentes o sostenidos en el tiempo, en función al grado de dependencia que presentan, pudiendo llegar a necesitar suplencia para las actividades básicas de la vida diaria (higiene, alimentación, eliminación, etc.).

En la mayoría de los casos, es la familia la que absorbe la carga principal de los cuidados de estas personas dependientes; aunque, dentro de ella, la distribución de los cuidados no se reparte de forma equitativa entre sus miembros, sino que suele recaer buena parte de esta tarea en la figura de un "cuidador principal".

Se considera al cuidador principal como aquella persona que proporciona asistencia a otra persona con las actividades de la vida diaria, los cuidados de la salud y el apoyo económico, así como ofreciendo compañía e interacción social a la persona que cuida.

Esta figura central del cuidado familiar recae en una mujer (82,9%), en edad adulta (45-64 años),[2,3] que generalmente cuida de un familiar directo (progenitor, cónyuge o, incluso, hijos), por lo que también resulta frecuente hablar de "cuidadoras". Otra característica común de estas personas que se dedican a cuidar de un familiar es que no reciben remuneración alguna por esta actividad, por lo que se describen como "cuidadores informales".[3]

En cambio, estos cuidadores están sometidos a un trabajo no regulado, para el cual no han recibido formación alguna y por el que ofrecen cuidados que son en muchos casos permanentes; en ocasiones, con escasas ayudas del entorno, y con una marcada tendencia, en muchos casos, a la falta de tiempo para el descanso, el ocio o los propios autocuidados.

Por este motivo, podemos afirmar que el desempeño de esta actividad produce un impacto negativo sobre la salud del cuidador, que resulta mucho más evidente en la dimensión psicológica que en la física.

De hecho, numerosas investigaciones han dejado patente el agotamiento emocional que sufren estos cuidadores informales, relacionado fundamentalmente con la cronicidad de la situación, la intensidad de los síntomas y la complejidad de los cuidados que requiere el enfermo.

Esta circunstancia es agravada por el hecho de que el cuidador informal no dispone de ningún tipo de formación para realizar esta dura tarea que consiste en cuidar de un ser querido.

Advirtiendo tal circunstancia, el Distrito Sanitario de Atención Primaria Sevilla viene impartiendo, en los últimos años, talleres para mejorar la calidad de vida de los cuidadores, en su mayoría mujeres, que existen en el ámbito geográfico del distrito, que se corresponde aproximadamente con el de la ciudad de Sevilla.

Estos talleres están organizados y dirigidos por Enfermeras Gestoras de Casos, realizándose una sesión semanal de dos horas de duración durante dos meses.

No sólo tienen como objetivo principal mejorar los conocimientos y habilidades de los cuidadores informales en materias como la higiene, la alimentación o la movilización, sino que sirven para sensibilizar a los mismos sobre la necesidad de mantener y preservar su salud física y psíquica, desarrollando habilidades para organizar su tiempo, para ofrecerles información de interés sobre materias relacionadas con sus derechos (por ejemplo, sobre la ley de dependencia), así como los recursos sanitarios y sociales de apoyo.

De igual forma, se persigue que el cuidador consiga reducir su ansiedad, aumentar su autoestima, y crear un espacio común donde estas personas puedan compartir experiencias, dudas y problemas, donde exterioricen sus sentimientos y emociones, y aprendan a manejarlos adecuadamente.

Aprovechando el desarrollo de estos talleres, se procede a realizar este artículo, siendo el propósito esencial del mismo explorar los sentimientos y emociones de los cuidadores informales relacionados con la tarea que realizan como cuidadores, descritas en sus propios términos, para mejorar la comprensión de las profesionales enfermeras acerca de sus duras experiencias.

MATERIAL Y MÉTODO

Para lograr el objetivo marcado, se ha desarrollado este estudio de investigación cualitativa desde una perspectiva fenomenológica, comprendiendo este enfoque como el estudio de las vivencias; es decir, el análisis del modo de cómo la persona percibe y comprende sus experiencias, a las cuales atribuye significados que, con una mayor o menor intensidad, siempre se acompañan de algún sentimiento.

A través de estos sentimientos y emociones, nos aproximamos a las vivencias de un grupo de cuidadores informales, con el ánimo de mostrar o enseñar el fenómeno, no tanto de demostrar.

Como criterios de inclusión en este estudio sólo se requería que las personas fueran cuidadores informales, con un tiempo de dedicación superior al año, sin consideración de la complejidad de los cuidados o del estado del paciente que recibe los cuidados.

La captación se realizó en los talleres de formación al cuidador celebrados a lo largo del segundo semestre del año 2007 y del primer semestre de 2008 en el Centro de Salud Polígono Norte, perteneciente al Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla.

La muestra se configuró con un total de 16 personas, de las cuales la mayoría fueron mujeres (81,25 %).

A los participantes se les facilitó un diario personal en blanco para que pudieran expresar, en su propio lenguaje, las vivencias relacionadas con la tarea de cuidar y con sus vidas desde que asumieron estos cuidados. Para ello se les animó a que describieran sus impresiones, sentimientos, emociones y pensamientos, de forma libre, no estructurada, sin limitación en la extensión y con carácter anónimo.

Se redactaron en la penúltima sesión de los talleres, y también se les solicitaba en último lugar una opinión sobre los talleres para cuidadores.

Con posterioridad, los investigadores procedieron a repetidas lecturas de los citados cuadernos, con la finalidad de comprender la experiencia vivida por la persona y extraerlas con sus propias palabras, para luego explicarlas en clave enfermera, agrupándolas por categorías.

Sin lugar a dudas, el interés fundamental se ha centrado en recoger las percepciones, experiencias e interpretaciones de cuidadores familiares. Por tanto, se ha dado importancia al dato descriptivo, mostrando especial atención a las palabras de estos cuidadores

El trabajo de campo se ha enriquecido y complementado con información obtenida de varias fuentes documentales.

RESULTADOS

Se encuentra documentado en diversos trabajos que el uso de diarios personales escritos por participantes en el estudio es un buen método de recolección de información cualitativa, debido a la riqueza, profundidad y extensión de los datos que aportan.[4]

Los investigadores se centraron en aquellos sentimientos y emociones que aparecen y se repiten en los diversos manuscritos analizados, considerando sentimiento -según Kant- como "*una impresión consciente y subjetiva que no implica conocimiento o representación de un objeto, sino que revelan un estado o condición de sujeto*".[5] Otros autores añaden que el sentimiento es el componente cognitivo o subjetivo de la emoción; es decir, la experiencia subjetiva de las emociones. En otras palabras, la etiqueta que la persona pone a la emoción.

Por tanto, queda descrita la emoción como un estado afectivo de mayor o menor intensidad y de corta duración, mientras que se considera que el sentimiento es un estado afectivo de baja intensidad pero de larga duración.[6]

En cualquier caso, los sentimientos y las emociones que cada persona experimenta frente a determinadas situaciones de la vida están influenciados indudablemente por las experiencias previas, las motivaciones, los estímulos, la cultura, el grado de inteligencia o los intereses personales, entre otros.[5]

Una vez introducido estos conceptos, se procede a exponer por categorías las emociones y los sentimientos que se identificaron entre los cuidadores que participaron en el estudio relacionados con el rol de cuidador. Para ello, previamente, fueron analizadas y categorizadas las expresiones en distintos apartados, que se presentan con una codificación numérica para corresponderse con el carácter anónimo de la investigación.

ESTAR AHÍ

La decisión de estar ahí, al lado del paciente, la toman los propios cuidadores, sustentada fundamentalmente por su relación familiar con la persona que necesita sus cuidados, dándole prioridad por encima de otras decisiones y acciones.[7]

Algunos cuidadores ya presentaban las condiciones para estar al lado de su familiar, ya que siempre han permanecido cerca o junto a él:

(E.1). "*…no quiero que a mi padre le falte de nada mientras esté con nosotros*".

(E.2). "*…todos tenemos una gran responsabilidad de cuidar de nuestra propia sangre…"*.

Y otros se acercan, o lo llevan a su lado para responder por la obligación de cuidarlos:

(E.3). "*…los tengo en mi casa porque vivían lejos y estaban solos…*".

Esta situación se encuentra motivada por la tradición cultural, por la que la familia inculca la responsabilidad y obligación de cuidar de su familiar, como un deber natural, con amor.

(E.4). "*No es un sacrificio sino una demostración de amor a nuestros seres queridos*".

También simboliza un reconocimiento de gratitud del cuidador hacia la persona que es cuidada. El cuidador no puede rehusar la asistencia a quien siempre le sirvió de forma incondicional y cuyo acompañamiento fue indispensable para desarrollar su vida.

(E.6). "*…siempre estaré con ella, a ser posible con una sonrisa*".

(E.3). "*… mamá, no sufras más porque estaré siempre a tu lado, haciéndote a ser posible, la ancianita más feliz…*".

Asimismo, las creencias religiosas también influyen en los cuidadores, ya que algunos piensan que su destino estaba marcado; su fe en Dios les permite aceptar esa cruz:

(E.3). "*…me siento muy dichosa al darme Dios esta virtud de poder luchar por lo que quiero*". (E.3). "*Estaré con vosotros hasta que Dios me lo permita*".

SOLEDAD

Esta persona que decide cuidar a otra, ya sea como un "deber", o como un "querer", recibe voluntariamente o sin oposición tal circunstancia, y la acepta, asumiendo resignadamente los sacrificios y las molestias que pudiera comportar la actividad como cuidador. Entre ellas destaca el aislamiento social, generalmente en aquellos casos que el paciente dependiente requiere de unos cuidados permanentes y sostenidos, a causa de una limitación importante para las actividades de la vida diaria; y también en aquellos casos en los que el cuidador no recibe apoyos o sufre la falta de compañía. Todas estas razones pueden predisponer un sentimiento de soledad.

(E.1). "*… yo soy la que se queda todo el día en casa. […] pero a veces me hace falta salir un poco y despejarme, y cada vez lo hago menos*".

(E.5). "*Ahora no salgo casi nada*".

Es posible también que el cuidador se sienta abocado a prestar atención y cuidados permanentes, por la demanda constante del paciente discapacitado, "asfixiando" tanto al cuidador como a la posibilidad de este que se relacione con otras personas.

(E.12). "*Por otro lado, no soporta que lo deje solo ni unos minutos, ni para ir a la plaza de abastos*".

A veces, es el propio cuidador quien, por la obligación autoimpuesta de "no fallar", se convierte en "esclavo" de los cuidados.

(E.16). "*…y es que aunque ella quiera, no puedo dejarla sola, no puede andar sin mi…*".

CULPA

Precisamente cuando uno es tan exigente consigo mismo, es frecuente llegar a pensar que no se ha hecho todo lo que debiera, apareciendo en ese instante demasiados "debería" acompañados de objetivos demasiado difíciles de cumplir. Por este motivo, puede aparecer el sentimiento de culpa al no poder abastecer, ni lograr cubrir, todos los deseos o necesidades de su familiar.

(E.12). "*Debo estar a todo momento a su lado, y a veces, cuando tengo que salir para lo más mínimo, me siento mal y procuro estar el menor tiempo posible*".

Incluso cuando gracias a un apoyo se encuentra un momento de respiro, de descanso o de ocio, es frecuente que aparezca el sentimiento de culpa, como si se equiparara esos momentos con cierto egoísmo o falta de lealtad.

(E.15). "*...si saliera no podría disfrutar, sólo pensaría en si está bien o no. No puedo dejarlo solo, es demasiado egoísta*".

Es más; atendiendo a esta razón, la posible institucionalización de un paciente suele generar rechazo:

(E.14). "*Si lo llevara a una residencia y yo mientras en mi casa, me sentiría muy mal*".

Por esta razón, y llegado el caso, se le ofrece a los cuidadores la posibilidad de participar en los cuidados de su familiar una vez este es institucionalizado.

Otras fuentes de culpa suelen estar relacionadas con hechos pasados de sus vidas, apareciendo en forma de remordimiento:

(E.5). "*Antes […] yo era más libre, salía mucho, iba siempre a lo mío y no me preocupaba mucho y eso me hace sentir mal*".

O por otro lado, también genera sentimientos de culpa el no aceptar los pensamientos y sentimientos negativos que la situación o su propio familiar produce en ellos:

(E.16). "*Pero no sé como puedo hablar o pensar así de él*".

TRISTEZA

La manifestación de este sentimiento de tristeza es común, y se relaciona con el dolor y sufrimiento que genera la situación:

(E.7). "*…y ver como cada día que pasa la situación empeora .Son años de mucho sufrimiento*". (E.6). "*Es mi sentir interior, si el presente es doloroso el futuro se alinea en la misma dirección*".

O respecto al sentimiento de pérdida, al sentir que el familiar ya no volverá a ser como era, o que irá perdiendo todas sus facultades, percibiéndolo como algo irreparable:

(E.6). "….*se que mi mujer irá empeorando…*".

De igual manera, puede aparecer tristeza cuando el cuidador siente que él tampoco será como antes:

(E.5). "*La enfermedad de mi madre ha cambiado mi vida*".

Esta situación queda patente cuando un cuidador deja su actividad laboral ante la imposibilidad de compaginar ambas tareas:

(E.12). "*Me vi obligada a dejar mi trabajo*".

O también cuando él mismo debe dejar de satisfacer necesidades o actividades que antes se llevaban a cabo:

(E.6). "*Hasta hace siete años, algunas noches de cielo estrellado varios compañeros salíamos al campo con telescopios para hacer observaciones al firmamento, hasta que [mi mujer] empezó a tener miedo de quedarse sola en casa. Nunca más volví a las observaciones nocturnas, ninguna noche más se quedará sola*".

Ahora bien, cuando este sentimiento es de tristeza profunda, el cuidador se aproxima a la depresión:

(E.4). "*Decepcionada, desilusionada, asqueada, deprimida, mal. Respiro porque es automático*".

(E.6). "*Pero ahora la vida ya no es bonita…*". (E.6). "…ahora (la vida) es una carga a la que cada día se le añaden algunos granos más".

(E.5). "*…aunque mi vida es una rutina"*.

ENFADO

En ocasiones, el hecho de cuidar de otra persona también puede provocar sentimientos de ira o de enfado en el cuidador principal, ya sea contra uno mismo, contra la persona que es cuidada, contra la situación que vivencia o, incluso, contra otras personas. Puede suceder hasta en los cuidadores más pacientes.

Este enfado puede suceder por la forma de actuar o de comportarse de la persona a la que cuida, como ocurre cuando esta se comporta de manera agresiva:

(E.2). "*…siempre intento estar bien, aunque por dentro esté hecho una furia […] porque me dice cosas […]. Esas palabras me hacen mucho daño*".

Sucede, asimismo, por la falta de colaboración de otros familiares en las tareas de cuidado, o cuando existen diferencias respecto de los cuidados del paciente:

(E.14). "*…no tiro la toalla por rencillas de hermanos o de algún familiar, no me importa [...] aunque me enfade y no sea agradable*".

(E.8). "*Estoy sola, sin ninguna ayuda*".

Otro motivo de enfado es la falta de reconocimiento o valoración del esfuerzo del cuidador:

(E.15). "*Mi trabajo parece invisible; no se ve.*"

Y también, la sensación de injusticia de la vida que les ha tocado vivir:

(E.15). "*Lloro por lo injusta que es la vida*"; *"…y lo desequilibrada que es la balanza de la vida que nos ha tocado vivir*".

Es motivo de enfado, a su vez, la percepción de "asfixia" que comentábamos hablando del aislamiento, de estar "atado" al cuidado:

(E.1). "…*Aunque mi hermana me echa una mano, la verdad es que ella hace su vida más o menos como antes, pues va a trabajar y sale con su hija, y yo soy la que se queda todo el día en casa. […] A veces me resulta difícil sobrellevar tanta responsabilidad a mis espaldas. A veces me enfado y me cabreo, pero como veo que no me sirve de nada, procuro que se me pase rápido y cada vez es menos frecuente*".

RABIA

El enfado puede también manifestarse en forma de rabia, cuando no salen las cosas como el cuidador espera:

(E.7). "*Quería luchar contra todo y contra todos, no quería que esto ocurriera…*".

AUTOCOMPASIÓN

Significa sentir pena o lástima por uno mismo. Aunque puede entenderse este sentimiento en primera instancia, ya que el cuidador no ha causado la situación por la que se convirtió en tal; y, en cambio, ha puesto su vida a disposición de esta situación, independientemente de las limitaciones o cargas que le pueda suponer. Es entonces cuando siente la pérdida del control de su propia vida, percibiendo menor control aún de lo que realmente tiene; y siente pena de si mismo, casi como si lo hiciera de una persona ajena.

(E.2). "*No sé qué decir ni cómo describir el estado en que me encuentro, algunos días como una rosa y otros doy pena*".

(E.4). "*Siento pena de la situación en la que estoy*".

PREOCUPACIÓN/MIEDO

Una de las principales fuentes de preocupación o de miedo del cuidador es su capacidad de prolongar en el tiempo los cuidados y la continuidad de los mismos si no puede desarrollarlos o si fallece algún día.

Particularmente intenso es este sentimiento entre cuidadores de edad avanzada o en aquellos que cuidan de personas de la misma generación o posteriores (como las madres que cuidan a un hijo dependiente), a los cuales les produce una incertidumbre seria el pensar en quién dispensara los cuidados:

(E.2). "*… uno también se puede poner malo y quién cuida a tu familiar como tú lo haces si no hay nadie…*";

O, ante una posible institucionalización:

(E.15). "*¿Le cuidarán bien en la residencia? ¿Estará bien?*".

También provoca miedo el ser testigo del sufrimiento y dolor de un ser querido:

(E.14). "*No soportaría que tuviera dolor o sufrimiento*".

Por otro lado, preocupa al cuidador fracasar o no dispensar adecuadamente los cuidados o no manejar correctamente la situación y los problemas:

(E.1). "*A veces me resulta difícil sobrellevar tanta responsabilidad a mis espaldas*".

ANGUSTIA

Es otro sentimiento que aparece de manera frecuente, y se interrelaciona con la preocupación y la responsabilidad de querer suministrar acertadamente los cuidados a un ser querido:

(E.5). "*…tengo dos personas a mi cargo y es una responsabilidad muy grande*"; (E.3). "*…a veces lo paso mal, pero […] sigo adelante*".

También aparece en otras situaciones ya comentadas, como cuando la demanda de cuidados se vivencia como asfixiante o esclavizante:

(E.12). "*Por otro lado, no soporta que lo deje solo ni unos minutos, ni para ir a la plaza de abastos*".

(E.2). "*… no es fácil vivir de esta forma…*".

AGOTAMIENTO

Se relaciona indudablemente con la sobrecarga en el desempeño del rol, motivado por la necesidad de ofrecer unos cuidados complejos, permanentes y sostenidos durante un tiempo prolongado, con escasas ayudas, y sin poder disfrutar de periodos habituales de descanso:

(E.10). "*Lo que peor llevo es no poder descansar…*".

(E.7). "*Lo peor es que no se tienen fuerzas para llevar el día a día*".

Asimismo, la lucha diaria contra algo que se sabe irremediable puede terminar minando la moral del cuidador:

(E.7). "*…no se puede nadar contra la corriente, ya que te agotas y ves que no consigues avanzar…*".

Contribuyen al agotamiento la falta de ayudas y el aislamiento:

(E.8). "*Estoy sola, sin ninguna ayuda*".

Y también la falta de tiempo para sí mismos, para sus propios cuidados:

(E.2). "*…tengo muy poco tiempo para mi […].Tengo que reconocer que no me cuido como necesito*".

(E.1). "*…pero a veces me hace falta salir un poco y despejarme, y cada vez lo hago menos.*"

Satisfacción

En cualquier caso, siempre es posible encontrar algunos sentimientos positivos entre tanto sentimiento negativo. Destaca, entre ellos, la satisfacción, que se describe como el cumplimiento de un deseo; siendo la razón con que se sosiega y responde, en cierta medida, a todo este cúmulo de sentimientos adversos.

Es más que reseñable que muchos de los momentos de estos cuidadores están impregnados de satisfacciones y de logros por la labor que realizan, y que se refleja en sus sentimientos.

(E.5). "*…ahora estoy más relajado. Creo que lo estoy haciendo bien. […]Estoy muy satisfecho con lo que estoy haciendo*".

(E.7). "*…no necesita mucho para ser feliz y yo me contento con verla así, como me sonríe o me mira, es mi mejor recompensa*".

(E.3). "*… la labor que hacemos es muy gratificante si la hacemos de verdad y con amor*".

(E.2). "*… si ella está bien es lo más importante…*".

Una vez repasados los sentimientos más frecuentes que relatan los cuidadores referidos a la labor que desempeñan al cuidado de un familiar, hemos querido transcribir sus sensaciones sobre el taller para cuidadores, que ha servido como un punto de encuentro para formarse, pero también para conocer experiencias, compartir sentimientos y aplacar su soledad.

(E.2). "*…estoy aprendiendo mucho en estos talleres…*".

(E.2). "*Lo mejor ha sido el taller donde me metí por probar y me ha enganchado. He conocido a personas maravillosas, con los mismos problemas o más que yo, pero que lo llevan todo con entereza*".

(E.9). "*Es una apoyo que nos damos unos a otros…*".

(E.4). "*El taller me ha servido de mucho, entre otras cosas porque ha atenuado mi soledad*".

(E.5). "Q*uiero dar las gracias a los compañeros, […] pues de estas personas he aprendido mucho*".

(E.13). "*Me siento mejor persona. Mejor conmigo misma*".

(E.6). "*[Ante mis compañeros] me quito el sombrero y aprendo*".

(E.7). "*He aprendido muchísimo […] con todas las personas que vienen al curso, cada uno nos da una lección de vida…*".

CONCLUSIONES

En primer lugar, debemos reconocer la extraordinaria aportación que realizan a la sociedad los cuidadores informales al asumir los cuidados de un familiar. Sin lugar a dudas, estas personas vertebran toda la atención domiciliaria de los pacientes dependientes, a cambio de un gran esfuerzo a nivel físico, social y emocional, afrontando estos cuidados en numerosas ocasiones con ayudas exiguas.

Se hace preciso remarcar que el cuidado diario y sostenido de una persona dependiente conlleva un gran esfuerzo, siendo un aspecto que sufre notablemente el emocional. Aparejados a la dispensación de estos cuidados aparecen sentimientos negativos como la tristeza, la culpabilidad, la soledad, la angustia o el enfado, que en muchos casos aparecen interrelacionados entre sí.

Incluso pueden encontrarse una ambivalencia en los sentimientos del cuidador, ya que por un lado desean prestar esos cuidados; y, por otro, ya no pueden más, y se sienten agotados.

Pero también es factible encontrar sentimientos positivos, como la satisfacción por expresar, a través de los cuidados, el cariño por alguien, buscando su bienestar, ya sea por estar a su lado, o como una forma de agradecimiento, o como un deber moral, lo que parece compensarles los momentos más adversos. Implica también superar situaciones difíciles a base de fuerza, constancia y dedicación, e incluso lleva a la persona que vivencia esta experiencia a descubrir nuevas cualidades de si misma. De hecho, muchos cuidadores manifiestan haber evolucionado a través de esta situación.

Por este motivo, resulta útil que el profesional enfermero, en su atención al cuidador principal, identifique estos sentimientos y ofrezca los recursos a su disposición, con el fin de conseguir el mayor bienestar para el mismo. Los profesionales deben reconocer los sentimientos de los cuidadores, favorecer su expresión y trabajar con ellos.

Para ello, debemos destacar como una excelente medida la labor enfermera en los talleres para cuidadores, que propicia que el cuidador pueda salir de su entorno habitual, pueda tomarse un respiro y le permita encontrarse con personas que viven una situación similar. En el seno de este grupo es factible aprender, compartir experiencias, e incluso poder sentir la suficiente confianza y apoyo como para expresar y compartir sentimientos, dudas, miedos y emociones; donde aprender a reconocerlos y manejarlos.

Por tanto, unos cuidados enfermeros acertados al cuidador principal, con medidas como esta, favorecerá un bienestar del mismo; y que por ello, pueda seguir desempeñando su labor con mayor calidad tanto para su familiar como para el mismo, y por más tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Abellán García A, Puga González MD. Una estimación de la dependencia en España. Rev Mult Gerontol; 14(5):301-303; 2004 [Acceso: 24 Mar 2009]. Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2004_5/g-14-5-009.pdf

2. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Portal Mayores: Cuidados y cuidadores informales. [Acceso: 12 Nov 2008]. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/estadisticas/informe-mayores/2000/capitulos/8-2texto.rtf

3. Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Portal Mayores: Cuidadores. [Acceso: 14 Ene 2009]. Disponible en: http://www.imsersomayores.csic.es/salud/cuidadores/pyr/quiencuida.html#c1

4. Mayorga CF, Friedeman ML, Jiménez LD, Chaparro Díaz L. Diarios personales del investigador como herramienta de investigación. Av. Enferm. XXVI (2):15-26; 2008. [Acceso: 17 Mar 2009]. Disponible en: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvi2_2.pdf

5. Giraldo Molina CI, Franco Agudelo GM. Calidad de vida de los cuidadores familiares. Rev. Aquichán. 6(1):38-53; Chía, Colombia; Oct. 2006. [Acceso: 03 Mar 2009]. Disponible en: http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/download/880/1659

6. Palmero F. Emoción. Breve reseña del papel de la cognición y el estado afectivo. Revista electrónica de motivación y emoción. 2(2-3). [Acceso: 12 Mar 2009]. Disponible en: http://reme.uji.es/articulos/apalmf245161299/texto.html

7. Gómez Gómez MM. Being there, ever caring for a patient with dementia. *Invest. educ. enferm.* 25(2):60-71; Jul/Dic. 2007. [Acceso: 20 Feb 2009]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072007000200006&lng=en&nrm=iso

RIESGOS DORSOLUMBARES EN PERSONAL DE ENFERMERÍA. PROTOCOLO DE PREVENCIÓN

■ **Rafael Jesús López Suárez.**
Diplomado en Enfermería.
Diplomado en Enfermería de Empresa
Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales
Urgencias Hospital Universitario Valme Sevilla.

Resumen

Los problemas de tipo dorsolumbar se producen actualmente con bastante frecuencia dentro del colectivo de la enfermería.

Conocer todos los aspectos preventivos sobre esta patología laboral desde el punto de vista normativo, formativo y procedimental respecto de la movilización de los pacientes, supone una herramienta fundamental para minimizar las consecuencias de este riesgo laboral que ocasiona un importante número de bajas en el trabajo con la consiguiente repercusión en la calidad asistencial y en la continuidad de los cuidados enfermeros.

Las lumbalgias en el trabajo (problemas de espalda) se constituyen como uno de los problemas laborales más frecuentes en el personal de enfermería.

De hecho esta circunstancia se pone de manifiesto a la hora de realizarse en los centros de trabajo las auditorías de prevención, que con mucha frecuencia ponen de manifiesto en sus correspondientes informes, la "no conformidad" respecto a la adopción por parte de la empresa, de mecanismos preventivos adecuados para evitar los problemas lumbares y disminuir las bajas laborales por este motivo.

La movilización de enfermos, aun no siendo función específica de la enfermería (y sí de los celadores) precisa para su realización de la participación activa de estos profesionales, que a diferencia del celador no están ni adiestrados ni acostumbrados a movilizar adecuadamente a los pacientes, sufriendo con mayor frecuencia accidentes de trabajo por este motivo.

Para prevenir estos accidentes, contamos con tres principios esenciales que debemos poner en práctica en nuestra actividad asistencial diaria, que son:

a) Conocimiento de los aspectos normativo-legales básicos que amparan y protegen laboralmente a los trabajadores, para poder exigir nuestros derechos en materia de seguridad y salud en el trabajo por riesgos de tipo dorsolumbar. Si conocemos la normativa en este sentido, defenderemos mejor nuestros intereses.
b) Formación y adiestramiento en técnicas de movilización segura de los pacientes.
c) Establecimiento de protocolos ó procedimientos normalizados en nuestros centros de trabajo unificando criterios para la movilización de enfermos, de forma que por un lado se realicen estas maniobras con el menor riesgo laboral posible, y por otro lado se facilite el cumplimiento de la normativa en prevención de riesgos laborales respecto a estas actuaciones (a la hora de las auditorías legales que verifican el cumplimiento de la Ley de Prevención de Riesgos laborales respecto a estos riesgos detectados).

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Ley 31/1995 de Prevención de riesgos laborales.
- ✔ Auditorías.
- ✔ Protocolos. RD 487/1997 sobre manipulación manual de cargas.
- ✔ Vigilancia de la salud.

INTRODUCCIÓN

La ley 31/1995 de Prevención de Riesgos laborales determina el cuerpo básico de garantías para una protección adecuada de la seguridad y salud de los trabajadores frente a los riesgos derivados de las condiciones de trabajo (1).

Entre las normas reglamentarias de desarrollo de la citada Ley, encontramos el RD 487/1997 sobre

Disposiciones mínimas de seguridad y salud frente a la manipulación manual de cargas que entrañen riesgo dorsolumbar (2) ya se trate de carga material o de movilización de personas.

Este RD establece las obligaciones de las empresas en materia de protección de los trabajadores respecto a estos riesgos.

En éste sentido el empresario deberá adoptar las medidas técnicas y organizativas necesarias para que en el caso de las enfermeras, la movilización de los pacientes suponga el menor riesgo posible, y para ello realizará una evaluación de los riesgos dorsolumbares en los puestos de trabajo afectados, teniendo en cuenta los siguientes factores:

a) Las características de la carga.
b) El esfuerzo físico necesario.
c) Las características del medio de trabajo.
d) Exigencias de la actividad.
e) Factores individuales de riesgo.

Igualmente la empresa tiene la obligación de llevar a cabo actividades formativas respecto a la prevención de accidentes laborales de tipo dorsolumbar, así como sobre las medidas de prevención y protección que deban adoptarse en aplicación de lo dispuesto en este RD.

Particularmente proporcionará a las enfermeras, una formación e información adecuada sobre la forma correcta de movilización de los pacientes evitando así posturas forzadas, y sobre los riesgos que corren de no hacerlo de dicha forma.

La información suministrada deberá incluir indicaciones generales y las precisiones de carácter técnico que sean posibles.

Y finalmente comentar que para articular todos los elementos normativos y preventivos que integran la Ley de Prevención de riesgos laborales y su RD de desarrollo reglamentario sobre riesgos de tipo dorsolumbar, se ha creado el Protocolo de Vigilancia de la salud de los trabajadores respecto a los riesgos dorsolumbares.

Protocolo genérico, creado en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud por su Comisión de Salud Pública (3) fruto del consenso entre las diferentes Comunidades autónomas y el Ministerio de Sanidad con la pretensión última de proporcionar coherencia y homogeneidad en la aplicación práctica de los procedimientos y protocolos que los diferentes centros de trabajo lleven a cabo, respecto a la prevención de este tipo de riesgo laboral.

Se convierte así en “el Protocolo de los protocolos”, cuyos elementos que lo integran son de obligado cumplimiento y consideración dentro de los diferentes protocolos sobre riesgo dorsolumbar que elaboren las diferentes empresas.

En definitiva cualquier protocolo sobre riesgos de tipo dorsolumbar que se precie, debe adaptar sus apartados respecto a la seguridad y salud del trabajador a lo dispuesto en este protocolo de vigilancia de la salud del Ministerio de Sanidad.

Por lo tanto, en base a criterios normativos (Ley 31/1995 PRL)), formativos (RD 487/1997) y procedimentales (Protocolo del Ministerio de Sanidad), justificamos la necesidad de articular un adecuado plan de prevención de problemas de espalda en nuestro ámbito laboral.

OBJETIVOS

Con la realización de este protocolo normalizado de prevención de problemas de tipo dorsolumbar en el trabajo de las enfermeras, pretendo fundamentalmente tres objetivos interrelacionados que son:

1. Divulgar entre el colectivo de enfermería los aspectos normativos elementales de seguridad en el trabajo respecto a los problemas de espalda.

2. Formar a las enfermeras en las principales técnicas de movilización de los enfermos.

3. Fomentar la elaboración de Protocolos estandarizados en aquellos puestos de trabajo de las enfermeras, en los que es necesario movilizar a enfermos en la actividad asistencial diaria.

PREVALENCIA DE LA PATOLOGÍA DORSOLUMBAR EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA

Los trastornos dorsolumbares de origen laboral, en los que se incluyen el dolor y las lesiones lumbares constituyen un problema creciente en toda Europa.

1. Informe de la Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo

En el análisis sobre la prevalencia de esta patología, (4) se manifiesta que entre el 60% y el 90% de las personas padecerán trastornos dorsolumbares en algún momento de su vida.

Los datos sobre la encuesta Europea de condiciones de trabajo revelan que el 30% de los trabajadores europeos padecen dolor lumbar, y que constituye el primero de los trastornos de origen laboral de que se informa.

Aunque en la mayoría de los casos los pacientes se recuperan plenamente de los episodios de dolor lumbar, a este problema se le añade una gran cantidad de tiempo de trabajo efectivo perdido. Además la tasa de recurrencia de

estos trastornos es muy elevada entre el 20 y el 44% en un año, y en toda una vida se señalan hasta un 85% de recurrencias.

Una vez lesionada, la espalda resulta vulnerable y las recaídas son mas probables si en el lugar de trabajo hay factores de riesgo que no se corrigen.

Según este informe encontramos índices de prevalencia especialmente elevados entre los profesionales enfermeros (concretamente enfermeras y auxiliares de enfermería), que se sitúan en el quinto puesto por orden de afectación entre muchísimas categorías profesionales (por delante sólo se sitúan trabajadores agrícolas, empleados de la construcción, carpinteros y profesionales del transporte).

No obstante la prevalencia en la Unión Europea de estos trastornos dorsolumbares, es similar entre hombres y mujeres.

Las estimaciones de los Estados miembros acerca del coste económico de todos los aspectos relacionados con esta patología, oscilan entre el 2,6% y el 3,8% del producto nacional bruto.

2. Datos específicos de prevalencia en algunos centros sanitarios

En el IV Congreso de la Sociedad del Dolor (Málaga 1999) se presentó el resultado sobre la prevalencia del dolor de espalda en los trabajadores del Hospital "Puerta del Mar" de Cádiz.

Se estudiaron a todos los trabajadores que voluntariamente accedieron a participar, un total de 1104 personas.

La edad media 36 años y el 66.2% son mujeres.

La prevalencia del dolor de espalda fue del 37% (tasa de participación del 42,1%).

El porcentaje de trabajadores con dolor entre los encuestados fue del 88,4%.

El riesgo bruto de padecer dolor fue mas alto para las mujeres (RR= 2,3); los trabajadores fijos e interinos (RR=2,6); los que tenían peor salud mental (RR=2,7); y el personal de enfermería y celadores (RR=3,2).

En conclusión la prevalencia de dolor de espalda era alta en el personal de dicho hospital, existiendo variables tanto demográficas como ligadas al trabajo que pueden condicionar su aparición.

Por otra parte, en el V Congreso de la Sociedad del dolor (Salamanca 2002), se presentaron los resultados sobre el dolor de espalda en el personal de enfermería de un centro de atención primaria.

Se trata de un estudio descriptivo en el verano del año 2000.

La muestra seleccionada fue el personal de enfermería del turno de tarde de un centro de salud, un total de 15 enfermeras.

La edad media es de 43 años.

Atribuían el dolor de espalda a malas posturas el 86,67% de ellas, por patología propia el 42,67%, por sobreesfuerzos o sobrecarga el 33,33%, y además por otras enfermedades el 16,67%.

El 33,33% no padecían dolor de espalda, el 66,67% padecía de dolor lumbar y un 26,67% además presentaba dolor cervical.

Efectuaban medidas preventivas para no tener dolor de espalda sólo el 33,33% de ellas y practicaban ejercicio físico regularmente sólo el 33,33%.

Un 66,67% del personal se consideraba sobrecargado de trabajo.

En conclusión, el personal de enfermería que tiene mas conocimiento de la patología de espalda que el resto de la gente, efectúa del mismo modo que la población general, en poca proporción medidas preventivas para no tener dolor de espalda, a pesar de que lo padecen en muy alta proporción y pocas de ellas efectúan ejercicio físico habitualmente.

TÉCNICAS DE MOVILIZACIÓN DE ENFERMOS Y PREVENCIÓN DE POSTURAS FORZADAS

1. Principios elementales en la movilización de enfermos

Los trabajadores sanitarios sufren con mucha frecuencia lesiones y enfermedades relacionadas con la movilización de enfermos que en numerosas ocasiones llevan implícito grandes periodos de baja laboral para su recuperación.

En la manipulación manual de enfermos, interviene el esfuerzo humano tanto de forma directa (levantamiento, colocación) como indirecta (empuje, tracción, desplazamiento).

Entre las lesiones más frecuentes, encontramos sobre todo Cervico-lumbares y lumbares.

Entre los aspectos físicos influyentes tenemos, los esfuerzos físicos frecuentes o prolongados en los que interviene la columna vertebral, periodos insuficientes de

reposo fisiológico, posturas forzadas, y la carga no es estática.

Pero además encontramos aspectos psicosociales influyentes como, el descontento en el trabajo, trabajo monótono, un control del trabajo limitado, así como la alta exigencia mental en muchas ocasiones.

Una vez comentada esa introducción pasamos a explicar el método general de movilización de enfermos.

Existen unos principios básicos que el cuidador debe conocer y aplicar en las movilizaciones: De organización y posturales.

a) De organización:

- Conocer la enfermedad ó lesión que padece el enfermo valorando espacio y útiles disponibles.
- Utilizar una vestimenta adecuada y cómoda, no llevando objetos punzantes ni adornos en los bolsillos.
- Explicar al paciente los movimientos que vamos a realizar y pedir su colaboración.
- Y dar una orden única, clara y precisa para el movimiento.

b) Posturales:

- La espalda recta y ligeramente inclinada hacia delante.
- Piernas flexionadas y caderas basculantes (Figura 1).
- Contraer músculos abdominales y glúteos, para estabilizar la pelvis.
- Siempre que se pueda, trabajar a la altura adecuada.
- La carga cerca del cuerpo (aprovechar el peso del cuerpo, sosteniendo los objetos cerca del centro de gravedad).
- Pies separados y uno ligeramente delante del otro.
- Emplear el contrapeso del propio cuerpo, para aumentar la fuerza aplicada al movimiento y la inercia del cuerpo del enfermo.
- Siempre es mejor empujar que tirar, reduciendo el roce entre el cuerpo del enfermo y la superficie donde se mueve.
- Aprovechar la gravedad y no trabajar contra ella.
- Utilizar puntos de apoyo (mesas, camillas, sillas,..)
- Y por supuesto siempre que sea posible, utilizar ayudas mecánicas o la ayuda de un compañero.

Y a continuación veamos las técnicas de movilización de enfermos.

2. Técnicas de movilización de enfermos

Existen varias técnicas fundamentales:

2.1. Vueltas:

Se realizan cuando es necesario cambiar la posición del enfermo.

Es necesario aprender a utilizar los puntos de apoyo y puntos de contacto con el cuerpo humano (Figura 2).

Figura 1.

"NUNCA" se debe intentar levantar al enfermo, si no que se le hará rodar sobre la camilla o la mesa en la que se encuentre.

Figura 2. Vuelta espalda-vientre asistida.

2.2. Bajadas:

- Se requiere que el paciente deje la posición de sentado para acostarlo, o la de pie para sentarlo (Figura 3).
- Se utiliza el peso de cuerpo como contrapeso.
- Se utilizan cinchas o agarres en la ropa.
- Se pivota al enfermo controlando la bajada.

Figura 3.

2.3. 2.3. Levantamientos:

Consiste en pasar al enfermo de la posición de tumbado a la posición de sentado en el borde de la cama (Figura 4).

Se aprende a utilizar los puntos de pivote y cinchas.

Esta maniobra puede ejecutarla un solo cuidador.

Figura 4. Levantamiento tumbado-sentado controlado.

2.4. En decúbito lateral (con dispositivo grúa):

Girar al enfermo en decúbito Lateral, (en enfermos con fractura de cadera, colocar una almohada doblada entre las piernas, para evitar que las junte), colocar el arnés y una entremetida si el enfermo no la tuviese hacia la mitad, luego hacerlo girar hacia el decúbito contrario y acabar de estirar el arnés y entremetida (Figura 5).

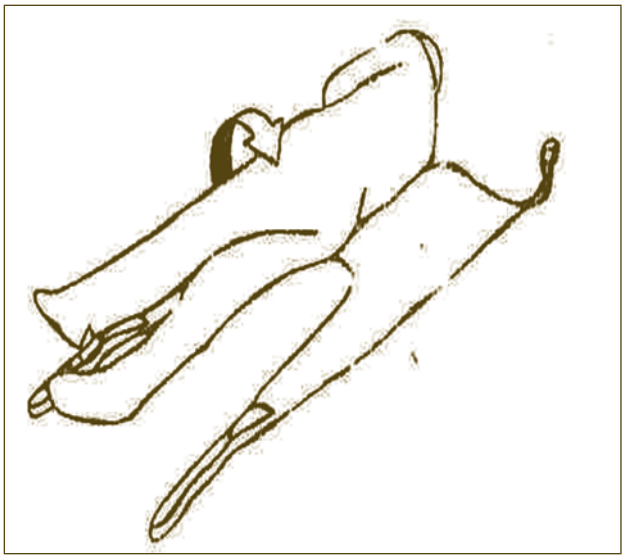


Figura 5.

Luego las bandas de las piernas, se pasan por debajo de ambas piernas y se entrecruzan, la de la pierna derecha para colgar en el gancho izquierdo y la de la pierna izquierda en el gancho derecho.

2.5. Desde la posición de sentado (con dispositivo grúa):

Incorporar al enfermo hasta la posición de sentado, colocar el arnés de arriba-abajo, por debajo de una sábana entremetida, del mimo modo que se hace si el enfermo está sentado en una silla, hasta la altura de la cintura (Figura 6).

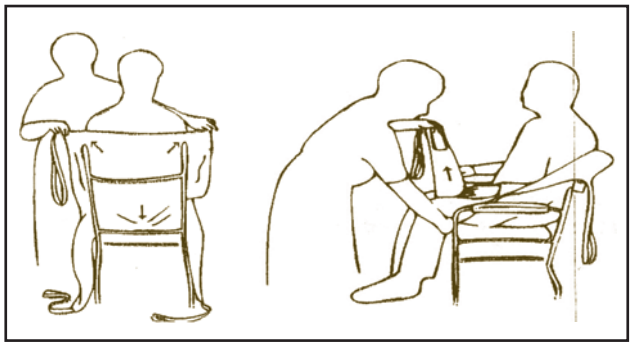


Figura 6.

Acostar de nuevo al enfermo y hacer pasar la bandas de las piernas, justo por debajo de los muslos y cruzarlas como se explicó arriba en el método de Decúbito Lateral.

Una vez colocado el arnés al enfermo por uno u otro método, elevar un poco el brazo de la grúa, y acercar a la cama o silla desde donde se desee movilizar al enfermo y colocar las bandas más cortas (hombros) en los enganches del lado correspondiente o en la percha supletoria si se dispone de ella, en la posición más corta, es decir más cercana al cuerpo del arnés. Y a continuación las bandas más largas (piernas) en la posición más alejada, o sea, la de la punta de la banda y entrecruzarlas de modo que la derecha se coloque en el enganche izquierdo y la izquierda en el derecho; así irá más sentado al elevarlo. (Figura 7).

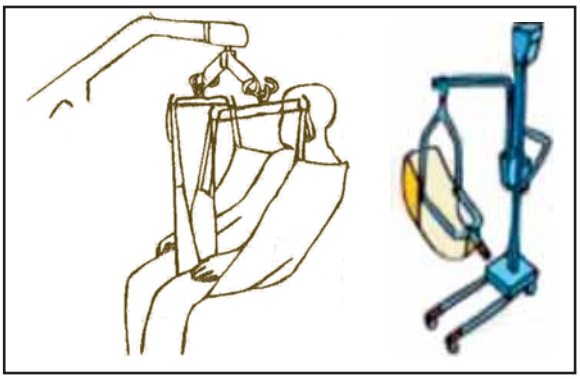


Figura 7.

2.6. Enderezamientos:

- Son necesarios cuando el enfermo está mal colocado en la cama, camilla o silla por haber resbalado hacia abajo.
- En estos casos se sustituye el levantamiento por el deslizamiento.
- Deben realizarlos dos cuidadores (Figura 8).

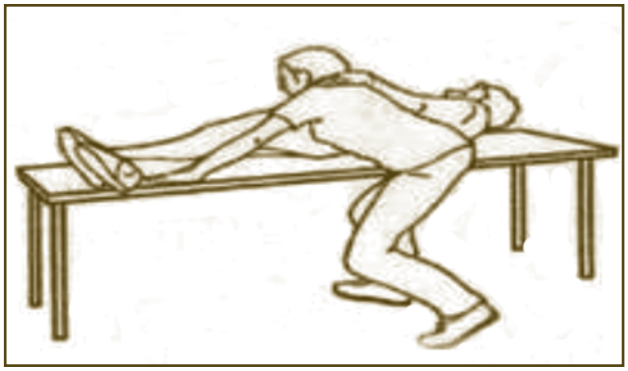


Figura 8.

DISEÑO DE UN PLAN EFICAZ DE VIGILANCIA DE LA SALUD DEL TRABAJADOR FRENTE A LOS TRASTORNOS MUSCULO-ESQUELÉTICOS.

La vigilancia de la salud adecuada (es decir, no limitada exclusivamente a los reconocimientos médicos) deberá basarse en dos aspectos fundamentales:

La identificación y evaluación de los riesgos de tipo dorsolumbar de forma conveniente y las propias características generales de los trastornos musculo-esqueléticos (TME) como un hecho esperado dentro de la propia exposición a estos riesgos.

1. Evaluación de riesgos.

1.1. Aspectos generales:

a) No usar el nombre del puesto o la profesión como sinónimo de exposición a determinados riesgos o daños.

b) Evitar los tópicos y las ideas preconcebidas.

c) Tomar en consideración a toda la mano de obra, sin olvidar colectivos como limpieza, recepción, trabajadores/as de ETT contratas, tiempo parcial, los que están de baja en el momento de la intervención, etc.

d) Favorecer la participación los trabajadores/as en todas las etapas preventivas.

e) Proporcionar formación/información a los distintos agentes implicados en la empresa para evitar prácticas sexistas, sesgos sistemáticos de género, y establecer los objetivos y procedimientos pertinentes.

1.2. Identificación y evaluación de riesgos:

a) Abordar todos los riesgos para la salud, no sólo los de seguridad.

b) En los riesgos ergonómicos, incluir no solo el sobreesfuerzo y manipulación, sino también las posturas y los movimientos repetitivos.

c) No dar por supuesto que los trabajos de las mujeres son ligeros, evitar las ideas preconcebidas sobre lo que puede ser trivial.

d) Identificar y evaluar las exigencias físicas de los riesgos de los empleos tradicionalmente ocupados por mujeres.

e) Analizar la situación real de trabajo: lo que el trabajador/a hace y cómo lo hace.

f) Utilizar dinámicas grupales y técnicas cualitativas: observar y preguntar de forma estructurada a trabajadores y trabajadoras sobre los problemas en su trabajo.

g) Analizar muestras representativas de ambos géneros si desarrollan las mismas tareas.

1.3. Introducción de indicadores de salud:

a) Definir y justificar los objetivos y metodología de la vigilancia de la salud en riesgo de TME; incluirla en los planes de prevención.

b) Incluir un registro del estado de salud de los trabajadores/as en la evaluación inicial de riesgos.

c) Utilizar protocolos médicos que partan del conocimiento de las circunstancias de la exposición.

d) Registro exhaustivo de las molestias y daños ocasionados por movimientos repetitivos y posturas forzadas, que facilite el reconocimiento legal del daño cuando se produzca; introducir cuestionarios de sintomatología.

e) Asegurar que los reconocimientos médicos contemplan las especiales características individuales de cada trabajador/a.

f) Recoger y analizar por separado datos de hombres y mujeres.

g) Hacer tratamiento epidemiológico de los datos: evaluar los resultados colectivos.

1.4. Aplicación de medidas preventivas:

a) Hacer adaptaciones ergonómicas del puesto pasando por la fase de validación de los cambios.

b) Adaptar los elementos del diseño del puesto, equipos y tareas que perjudiquen especialmente a las mujeres debido a las diferencias biológicas.

c) Garantizar el mantenimiento periódico de los equipos de trabajo.

d) Asegurarse que las mujeres también son incluidas en las actividades formativas y de sensibilización.

e) Seleccionar los EPI's (equipos de protección personal) teniendo en cuenta las necesidades individuales que incluyan mujeres y hombres fuera de la "media".

f) Incluir en las sesiones formativas problemas específicos de género cuando sea el caso.

g) Realizar la adaptación del puesto después de una lesión, teniendo en cuenta si el trabajador/a será especialmente sensible.

h) Proporcionar rehabilitación cuando sea necesaria.

i) Examinar las normas internas de prevención para comprobar si suponen discriminación para las mujeres.

j) Asegurarse que las medidas implementadas se aplican a todos los colectivos.

k) Establecer programas de prevención específicos para los riesgos que afecten a mayor nº de mujeres, por ej, los movimientos repetitivos.

Es esencial, hacer una buena evaluación de riesgos en la que se incluya un estudio inicial del estado de salud musculo-esquelético de los trabajadores/as: indicadores sanitarios con variada utilidad preventiva.

Seleccionar los procedimientos diagnósticos y de seguimiento.

Pueden ser de utilidad los protocolos de vigilancia sanitaria específica editados por el Ministerio de Sanidad sobre posturas forzadas, movimientos repetidos de miembro superior, neuropatías por presión, pantallas de visualización de datos y manipulación manual de cargas. En cualquier caso, los profesionales sanitarios deben usar protocolos que partan del conocimiento de las circunstancias de la exposición.

2. Características de los trastornos musculo-esqueléticos de miembro superior

Para el diseño de una adecuada y eficaz vigilancia de la salud ocupacional de los trabajadores respecto a este tipo de trastornos, es fundamental conocer algunas características de los mismos como son:

- Evolución lenta
- Origen multicausal
- Aparición de patologías asociadas
- El trabajador/a no las asocia con el trabajo
- Dificultad de diagnóstico y reconocimiento como patología laboral
- Tratamiento largo, seguido de rehabilitación
- Frecuente continuidad de la exposición
- Pueden generar incapacidad, pérdidas funcionales

Establecer indicadores de salud relacionados con las condiciones de exposición a los riesgos, y que contemplen las peculiaridades de los TME; algunos ejemplos:

Registrar sólo los accidentes de trabajo supondrá prestar atención preventiva sólo, o mayoritariamente, a los riesgos de los trabajadores de género masculino.

Actuar sólo en los casos con diagnóstico médico implicará perder un tiempo muy valioso desde el punto de vista preventivo. Durante los meses o incluso años que la evolución del trastorno puede durar, no se estaría recogiendo información sobre las condiciones de exposición, y por tanto no se estarían detectando precozmente posibles riesgos ni sus efectos en la salud, con lo que se desaprovecharían oportunidades para realizar prevención secundaria.

Muchos TME no suelen manifestarse de manera inmediata ni contundente, por tanto habrá que establecer registros periódicos de sintomatología, quejas o molestias, y pensar bien el cuándo y cada cuánto se registra la información.

3. Medidas preventivas generales

Con carácter general, las medidas preventivas a tener en cuenta para disminuir el riesgo de aparición de trastornos músculo-esqueléticos son las detalladas a continuación

- Diseñar correctamente las tareas y actividades, adaptando previamente el puesto de trabajo a la función a desarrollar (mobiliario, distancias de alcance a los materiales, iluminación...) favoreciendo una posterior ejecución cómoda y exenta de sobreesfuerzos.

- En la medida de lo posible, realizar las tareas evitando posturas incómodas, procurando mantener las manos alineadas con los antebrazos (sin desviaciones de muñeca), la espalda recta (sin flexionar el tronco ni inclinar la cabeza) y los hombros en posición de reposo.

- Evitar los esfuerzos prolongados y la aplicación de una fuerza manual excesiva, sobre todo en movimientos de presa, flexo-extensión y rotación.
- Cambiar de postura a lo largo de la jornada laboral y favorecer la alternancia o el cambio de tareas para conseguir que se utilicen diferentes grupos musculares y, al mismo tiempo, se disminuya la monotonía en el trabajo.

- Alternar el trabajo sentado-de pié, haciendo uso de un soporte para mantener un pie más elevado que el otro (alternativamente) siempre que sea necesario permanecer en bipedestación largos periodos de tiempo.

- Intercalar pausas, acompañando éstas de ejercicios de estiramientos opuestos al movimiento ejecutado o la postura mantenida para permitir la relajación de los grupos musculares implicados.

- Evitar restricciones de espacio, manteniendo el orden del puesto y asegurando un alcance fácil y rápido acceso a los mandos y herramientas utilizados. Deberá evitarse especialmente la colocación de estos elementos por encima de los hombros o detrás del tronco.

- Emplear los equipos y herramientas adecuados para cada tipo de trabajo, conservándolas en buen estado, de modo que no sea necesario un esfuerzo adicional o una mala postura para compensar el deficiente servicio de la herramienta.

- Cuando sea necesario utilizar equipos de protección individual, asegurar que estos no obliguen a mantener posturas inadecuadas. En particular, hacer uso de guantes de protección que se ajusten bien a las manos y que no disminuyan su sensibilidad, para evitar la aplicación de una fuerza superior a la necesaria.

- Evitar las tareas repetitivas programando ciclos de trabajo con una duración superior a 30 segundos y establecer pausas periódicas que permitan recuperar las tensiones y descansar.

- Si las cargas que se van a manipular se encuentran en el suelo o cerca del mismo, hacer uso de las técnicas de manejo de cargas para utilizar los músculos de las piernas más que los de la espalda, tratando de disminuir la tensión en la zona lumbar.

- Cuando las dimensiones o el peso de la carga así lo aconsejen, deberá recurrirse, siempre que sea posible, al fraccionamiento o rediseño de la misma, haciendo uso de ayudas mecánicas y solicitando la ayuda de otros trabajadores cuando que sea necesario.

- Consultar con el Servicio Médico en cuanto sean detectados los primeros síntomas de los trastornos músculo-esqueléticos para favorecer un diagnóstico precoz y el posterior tratamiento correcto de estas alteraciones.

- Y por supuesto es esencial, la práctica regular de algún ejercicio físico ó de algún deporte, al menos de dos a tres veces por semana, para garantizar un estado físico aceptable fortaleciendo nuestro aparato músculo-esquelético y contribuyendo así a minimizar el riesgo de lesiones de espalda en el trabajo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Ley 31/1995 de 8 de Noviembre de Prevención de riesgos laborales. Boletín Oficial del Estado, nº 269, (10-11-95).

2. RD 487/1997 de 14 de abril. Disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores. Boletín Oficial del Estado, nº 97, (23-04-97).

3. Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Manipulación manual de cargas. Comisión de Salud Pública. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Sesión plenaria del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. (12-04-99).

4. Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. (01-01-00).

TRASPLANTE CARDÍACO COMPLICADO EN HOMBRE JOVEN: PLAN DE CUIDADOS

COMPLICATED HEART TRANSPLANT IN A YOUNG MAN: NURSING CARE PLAN

- **Esther Sánchez Payán**
- **Encarnación Pilar Gil Bellido**

Enfermeras de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen del Rocío. Unidad de Trasplantes. Sevilla.

Resumen

Para muchos pacientes en situación de insuficiencia cardíaca terminal, sea cual sea su etiología, el trasplante cardíaco es una de las principales opciones de tratamiento.

En el postoperatorio inmediato de esta intervención existe la posibilidad de aparición de numerosas complicaciones que marcarán la evolución favorable o no y las expectativas de supervivencia del paciente trasplantado.

Este caso clínico se presenta en la unidad de trasplantes, perteneciente a la unidad de cuidados intensivos (UCI) del hospital Virgen del Rocío (Sevilla).

El seguimiento se inició a la llegada del paciente a nuestra unidad y nos centramos tanto en la prevención y tratamiento de las complicaciones del postoperatorio inmediato como en la detección de los patrones de necesidades alteradas considerando al paciente siempre desde una perspectiva integral.

Se ha diseñado un plan de cuidados utilizando diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA. Las intervenciones realizadas a lo largo de la estancia del paciente en nuestra unidad sirvieron para la consecución de objetivos a corto y largo plazo.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Trasplante cardíaco.
- ✔ Postoperatorio.
- ✔ Plan de cuidados.
- ✔ Complicaciones.

Key words

- ✔ Heart transplant.
- ✔ Postoperative period.
- ✔ Nursing care plan.
- ✔ Complications.

Summary

For a lot of patients under congestive cardiac failure (CCF) situation, independently of their etiology, heart transplant is one of the main options of treatment.

During the immediate postoperative period numerous complications can appear, marking the progress as favourable or not and the survival expectancy of the patient under transplant.

This case history takes place in the transplant unit which belong to the intensive care unit (ICU) of the Hospital Virgen del Rocío (Sevilla).

The monitoring starts when the patient is admitted to our unit, we focus on the prevention and the treatment of the immediate postoperative period's complications and the detection of needs disorders, always considering the patient from an integral perspective.

We have design a nursing care plan using the NANDA nursing diagnoses. Actions made during the patient stay in our unit were helpful for achieving short-term and long-term outcomes.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca (IC) es una enfermedad cardiovascular con una prevalencia, incidencia y mortalidad en continuo aumento. Esta enfermedad provoca un lento declive en la capacidad funcional y un importante deterioro en la calidad de vida[1].

El trasplante cardiaco es una opción de tratamiento, muchas veces la única opción, cuando se trata de una IC

terminal, aún así se trata de un procedimiento quirúrgico con una mortalidad elevada, posiblemente mayor que otras técnicas quirúrgicas cardiacas convencionales[2].

Dada la complejidad de este procedimiento son muchas las complicaciones que pueden aparecer en el postoperatorio inmediato así como en el primer año de trasplante.

El hospital Virgen del Rocío está situado entre los primeros centros donde se realizan trasplantes en España. Durante el último año en este hospital el 70% de los pacientes presentaron IC derecha e incluso insuficiencia renal en el postoperatorio, algo más de la mitad presentaron un proceso infeccioso durante la fase postrasplante pero casi todos evolucionaron satisfactoriamente siendo además el porcentaje de rechazos muy bajo[3].

Entre las posibles complicaciones del postoperatorio inmediato podemos hacer referencia al sangrado postquirúrgico, al fracaso renal y a la disfunción hepática[3].

Es de vital importancia la actuación en el periodo inmediato posterior al trasplante, este periodo transcurre en la unidad de cuidados críticos (UCI), es por ello que hemos considerado de gran interés la descripción de este caso clínico en el que enfermería diseña un plan de cuidados para un paciente en sus primeros momentos tras la intervención.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Situamos nuestro caso clínico en la unidad de trasplantes perteneciente al área de cuidados críticos del hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

DRL, varón de 37 años, ingresó procedente de su domicilio para la realización de un trasplante cardíaco. Con antecedentes de cardiopatía isquémica, en la actualidad se encuentra con una insuficiencia cardiaca terminal.

Tras la intervención quirúrgica el paciente ingresó en UCI con ventilación mecánica y con monitorización electrocardiográfica.

En la primera valoración visual, observamos que el paciente traía una vía central en yugular derecha por la que se le infundían las drogas necesarias para su estabilidad hemodinámica, un catéter arterial en arteria femoral, vía periférica, marcapasos epicárdico, sonda vesical y drenajes torácicos.

Una vez monitorizado y estabilizado anotamos los primeros datos hemodinámicos en la gráfica de enfermería y realizamos las técnicas protocolizadas al ingreso. Tras esto avisamos a los familiares para que pudieran visitar al paciente y los tranquilizamos explicándoles que lo verían bajo los efectos de la sedación y conectado al respirador. Finalmente recogimos los datos necesarios para realizar una valoración inicial de enfermería, establecimos los diagnósticos enfermeros, junto con las actividades a realizar y los objetivos que nos propusimos conseguir. Este plan de cuidados fue revisado diariamente y cuando se produjeron cambios en la situación del paciente.

En los siguientes días tras el trasplante surgieron una serie de complicaciones tales como fracaso renal, acidosis metabólica, fracaso hepático, encefalopatía, anemia grave, rabdomiolisis, AVC isquémico con afectación izquierda y disfunción miocárdica que supusieron para enfermería la realización de múltiples técnicas que fueron tratadas como problemas de colaboración.

Siguiendo la taxonomía II de la NANDA[4], en la que se agrupan las necesidades básicas en 13 dominios, llegamos a la conclusión de que había una alteración en los siguientes dominios:

- **Actividad/reposo:** actividad/ejercicio y autocuidado:
  # Clase 2: actividad y ejercicio.
  Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física.
  # Clase 4: Respuestas cardiovasculares.
  Diagnóstico: Intolerancia a la actividad.
  # Clase 5: Autocuidados.
  Diagnóstico: Déficit de autocuidados: alimentación, baño-higiene, uso del WC, vestido-acicalamiento.
- **Percepción/cognición:**
  # Clase 1: Atención.
  Diagnóstico: Desatención unilateral.
- **Afrontamiento/tolerancia al estrés:**
  # Clase2: Respuesta al afrontamiento
  Diagnóstico: Ansiedad.
- **Seguridad/protección:**
  # Clase 1: Infección.
  Diagnóstico: Riesgo de infección.
  # Clase 2: Lesión física.
  Diagnósticos: Deterioro de la integridad cutánea.
  Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Es a partir de esta primera valoración cuando diseñamos un plan de cuidados usando tanto una clasificación de intervenciones[5] como de resultados de enfermería[6] que detallamos en la tabla nº 1.

Además de las intervenciones enfermeras más adecuadas para resolver los diagnósticos, realizamos una serie de intervenciones derivadas de los problemas de colaboración.

Problemas de colaboración:

- NIC: 3180 Manejo de las vías aéreas artificiales.
- NIC: 3160 Aspiración de las vías aéreas.
- NIC: 3300Ventilación mecánica.
- NIC: 3310 Destete de la ventilación mecánica.
- NIC: 3230 Fisioterapia respiratoria.
- NIC: 6550 Protección contra las infecciones.
- NIC: 1870 Cuidados del drenaje.
- NIC: 1876 Cuidados del catéter urinario.
- NIC: 3660 Cuidados de las heridas.

- NIC: 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso.
- NIC: 6630 Aislamiento.
- NIC: 6320 Monitorización hemodinámica invasiva.
- NIC: 4030 Administración de productos sanguíneos.
- NIC: 2110 Terapia de hemofiltración.
- NIC: 1910 Manejo ácido-base.
- NIC: 2120 Manejo de la hiperglucemia.
- NIC: 1056 Alimentación enteral por sonda.

Desde los primeros momentos en de su estancia el paciente es valorado con un alto riesgo de aparición de úlceras por presión (upp) según la escala Braden[7], por lo que se prestó especial atención al diagnóstico "Riesgo de deterioro de la integridad cutánea". (Figura 1).

Figura 1.

El segundo día comenzó con disminución del nivel de consciencia lo que nos hizo valorar de nuevo su estado de dependencia en cuanto al diagnóstico "Déficit de autocuidados". En vista de la imposibilidad de una buena ingesta de alimentos por boca el tercer día se introdujo la nutrición enteral por sonda nasogástrica.

El quinto día al valorar como hacíamos a diario el nivel de consciencia, movilidad… detectamos signos de un posible accidente cardiovascular que es diagnosticado tras un TAC. Es en este momento cuando activamos un nuevo diagnóstico "Desatención unilateral".

Nuestro paciente estuvo seis días con terapia de depuración extrarenal (por el fallo renal que apareció el segundo día de ingreso en UCI). Es a partir de este sexto día cuando comienza a mejorar el nivel de consciencia, la movilidad se encuentra menos limitada y ya es capaz de ingerir alimentos por boca. Todo esto supone un gran avance a efectos de prevención de úlceras.

Aún así observamos que una upp aparecía en el talón izquierdo, a pesar de las protecciones, los apósitos hidrocoloides y los ácidos hiperoxigenados, activamos en el séptimo día el diagnóstico "Deterioro de la integridad cutánea". (Figura 2).

Figura 2.

En su octavo día de estancia, comenzamos la sedestación (progresivamente lo sentábamos en el sillón dos veces al día). A pesar de todo al noveno día esta upp es clasificada como upp grado II.

Nosotros insistimos desde el principio en explicar tanto al paciente como a los familiares, la importancia de la medicación inmunosupresora y sus efectos secundarios. Todo esto ayudó a que entendiera las medidas de asepsias tan estrictas, la limitación de las visitas, el uso de guantes y mascarilla, en resumen todas las medidas de aislamiento protector que usamos en nuestra UCI. (Figura 3).

Figura 3.

Al cabo de once días es dado de alta a la unidad de trasplante cardiaco, aún con algunos diagnósticos sin resolver. Podemos ver en que situación se fue en la tabla nº 2:

DISCUSIÓN

Son muchas las conclusiones que podemos sacar de este caso, pero queremos destacar la importancia de la continuidad de cuidados ya que la mayoría de los diagnósticos no se resuelven en UCI porque los objetivos no se consiguen en su totalidad.

Diagnósticos	Intervenciones	Actividades
00146 Ansiedad relacionada con necesidades no satisfechas	5230 Aumentar el afrontamiento	• Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico • Fomentar un dominio gradual de la situación
	5340 Presencia	• escuchar preocupaciones del paciente • estar físicamente disponible • comunicar oralmente simpatía o comprensión
Déficit de autocuidados: **00102** Alimentación, **00108** Baño/higiene, **00110** Uso del WC relacionado con debilidad o cansancio, deterioro neuromuscular o deterioro musculoesquelético	1100 Manejo de la nutrición	• Comprobar la ingesta registrada para ver el contenido nutricional y calórico. • Dar comidas ligeras en puré y blandas, si procede • Ofrecer tentempiés (fruta fresca, zumos) cuando sea preciso
	1801 Ayuda con autocuidados: baño/higiene	• Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados
	0430 Manejo intestinal	• Tomar fecha del último movimiento intestinal • Observar si hay signos de diarrea, estreñimiento o impactación
00123 Desatención unilateral relacionado con efectos de la alteración de capacidades perceptivas	0840 Cambio de posición	• Colocar sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados • Animar al paciente a participar en los cambios de posición • Poner apoyos en zonas edematosas • Realizar los giros según lo indique el estado de la piel.
	6486 Manejo ambiental: seguridad	• Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente. • Eliminar los factores de peligro del ambiente.
00004 Riesgo de infección relacionado con procedimientos invasivos,inmunosupresión	6550 Protección contra la infecciones	• Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada. • Limitar el número de visitas. • Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
	3660 Cuidados de las heridas	• Controlar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor • Cambiar el apósito según cantidad de exudado y drenaje. • Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado con la alteración de la sensibilidad y factores mecánicos	0840 Cambio de posición	• Colocar sobre un colchón adecuado. • Animar al paciente a participar en los cambios de posición.
	3540 Prevención de ulceras por presión	• Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. • Aplicar barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes. • Vigilar las fuentes de presión y de fricción.
00046 Deterioro de la integridad cutánea relacionado con factores mecánicos	3520 Cuidados de las ulceras por presión	• Describir las características de la ulcera a intervalos regulares, incluyendo tamaño, estadio, profundidad,… • Aplicar un apósito adhesivo permeable a la úlcera, según corresponda.
00092 Intolerancia a la actividad relacionado con debilidad generalizada	1800 Ayuda al autocuidado	• Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados
	0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular	• Colaborar con fisioterapia en el desarrollo y ejecución de un programa de ejercicios.
00085 Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro neuromuscular o musculoesquelético	0740 Cuidados del paciente encamado	• Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada • Utilizar dispositivos en la cama que protejan al paciente.
	0224 Terapia de ejercicioscontrol muscular	• Establecer una secuencia de actividades diarias de cuidados para potenciar los efectos de la terapia específica de ejercicios.

Tabla 1. Diagnósticos e intervenciones de enfermería.

En UCI tratamos el postoperatorio inmediato, la estancia en nuestro servicio no es más que el principio de todo el proceso de recuperación, por lo tanto es importante la continuidad de cuidados en planta para cumplir y resolver los diagnósticos. Nosotros encontramos algunos problemas tanto en la limitación en el tiempo de estancia como en la dificultad para aplicar algunos cuidados debido a determinadas terapias (por ejemplo intervenciones para el riesgo de deterioro de la integridad cutánea limitadas por la imposibilidad de cambiar de posición al paciente con terapia de depuración extrarenal), han hecho que sólo se hayan cumplido parcialmente.

Consideramos muy importante el uso de la NANDA, NIC y NOC como herramienta fundamental para mejorar la calidad de los cuidados enfermeros. El uso de un mismo lenguaje facilita que todos trabajemos con los mismos criterios y que el plan de cuidados diseñado se siga ejecutando y completando durante el resto de la estancia en el hospital del paciente en todo el proceso de trasplante cardiaco.

El trabajo en equipo ha permitido realizar las actividades de forma continuada y con un enfoque multidisciplinar, la que ha ayudado a la consecución de objetivos.

Diagnósticos	Resultados	Indicadores	1-4 día	5-8 día	9-11 d.
00146 Ansiedad	1402 Control de la ansiedad (1)	140204 Busca información para reducir la ansiedad	1	3	4
	1300 Aceptación: estado de salud (2)	130001 Tranquilidad	3	3	4
Déficit de autocuidados: **00102** Alimentación **00108** Baño/higiene **00110** Uso del WC	1613 Autogestión de los cuidados (1)	161302 Describe los cuidados apropiados	1	2	3
	0209 Función muscular (3)	020907 Control del movimiento	1	1	2
00123 Desatención unilateral	0203 Posición corporal inicial (4)	020311 De un costado a otro costado	-	1	2
	0202 Equilibrio (4)	020202 Equilibrio en sedestación	-	1	2
00004 Riesgo de infección	1902 Control del riesgo (1)	190201 Reconoce el riesgo	1	2	3
00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	1004 Estado nutricional (3)	100402 Ingestión alimentaria y de líquidos	1	3	4
	1101 Integridad tisular: piel y mucosas (3)	110110 Ausencia de lesión tisular	2	2	3
00046 Deterioro de la integridad cutánea	1102 Curación de la herida: por primera intención (5)	110201 Aproximación cutánea	-	-	2
00092 Intolerancia a la actividad	0005 Tolerancia de la actividad (3)	00051 Saturación de oxígeno en respuesta a la actividad	2	3	4
	0208 Nivel de movilidad (4)	020803 Movimiento muscular	1	1	2
00085 Deterioro de la movilidad física	0210 Realización del traslado (4)	021001 Traslado de la cama a la silla	1	1	2
	0001 Resistencia (3)	000110 Ausencia de agotamiento	1	1	2

Tabla 2. Clasificación de resultados de enfermería ( ) número de escala Likert

Escalas Likert				
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. Nunca manifestado 1	1. Ninguna	1. Extremadamente comprometida	1. Dependiente, no participa	1.Ninguna
2. Raramente manifestado	2. Escasa	2. Sustancialmente comprometida	2. Requiere ayuda personal y de dispositivos	2.Escasa
3. En ocasiones manifestado	3. Moderada	3. Moderadamente comprometida	3. Requiere ayuda personal	3.Moderada
4. Manifestado con frecuencia	4. Sustancial	4. Levemente comprometida	4. Independiente con ayuda de dispositivos	4.Sustancia
5. Constantemente manifestado	5. Extensa	5. No comprometida	5. Completamente independiente	5.Completa

BIBLIOGRAFÍA

1. Formiga F., Chivite D., Vidaller R., Pujol R., Mascaró J. El paciente con insuficiencia cardiaca terminal: dificultad en la identificación y el la toma de decisiones. *Revista multidisciplinar de gerontología,* ISSN 1139-0921, Vol. 14(2) 2004: 90-96.
2. Pulpón L.A.; Almenar L.; Crespo M.; Silva L.; Segovia J.; Manito; José Joaquín N.; Juffé A.; Vallés F. Guías de actuación clínica de la Sociedad Española de Cardiología. Trasplante cardíaco y de corazón-pulmones. Rev Esp Cardiol. 1999;52:821-39. En: www.revespcardiol.org. [ISSN: 1579-2242] Consultado el 27 de Febrero de 2009.
3. Actualizaciones en trasplantes 2008.Edita Hospital Universitario Virgen del Rocío. Comisión de trasplantes. Marzo 2008. ISBN: 978-84-690-9010-7.
4. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005-2006. Editorial Elsevier. ISBN: 978-84-8174-893-2.
5. Clasificación de intervenciones de enfermería. Cuarta Edición. Editorial Elsevier.2005.Joanne McCloskey Dochterman, Gloria M. Bulecheck. ISBN: 84-8174-787-46.
6. Clasificación de Resultados de Enfermería. Segunda Edición. Editorial Harcourt.2001.Marion Jonson, Merodean Maas, Sue Moorhead. ISBN: 84-8174-540-5.
7. Dirección de Enfermería,.Unidad de docencia, calidad e investigación de enfermería. Hospital universitario Reina Sofía. Córdoba. Protocolo de prevención y cuidado de ulceras por presión. En: www.juntaandalucia.es Depósito legal: CO-494-2003.Consultado el 27 de febrero del 2009.

Tan dinámico como tu vida exige.

Groupama Vida Xpress

barcelona world race

Groupama

Seguro de ti mismo

Seguros

www.groupama.es

XXVI

Certamen Nacional
de Enfermería Ciudad de Sevilla

Luis Ramos Araujo

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

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

2ª. **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 el 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".

3ª. **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.

4ª. **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.

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

6ª. **JURADO:** Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. 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 soberano inapelable.

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

8ª. **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.

9ª. **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de certeza al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Ramón y Cajal, nº 20-Acc. (41005-Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXVI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación.
En su interior incluirán: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombre y dirección completa del autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y currículum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere.
Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apuntado, 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.

10ª. **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presenten en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de 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 "XXVI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla"

11ª. **TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien a primera copia único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 29 de octubre de 2010. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del jurado, mediante correo certificado.
El fallo del jurado se hará público el día 10 de diciembre de 2010.

PREMIOS 2009

1º: Manuel J. García Martínez (Sevilla)
2º: Esperanza B. García Navarro (Huelva)
3º: Ángel Rodríguez Hurtado (Sevilla)

14 Años avanzando con la profesión

Patrocina
Groupama seguros