

# HYGIA de ENFERMERIA

Nº 75, Año XVII - 2010

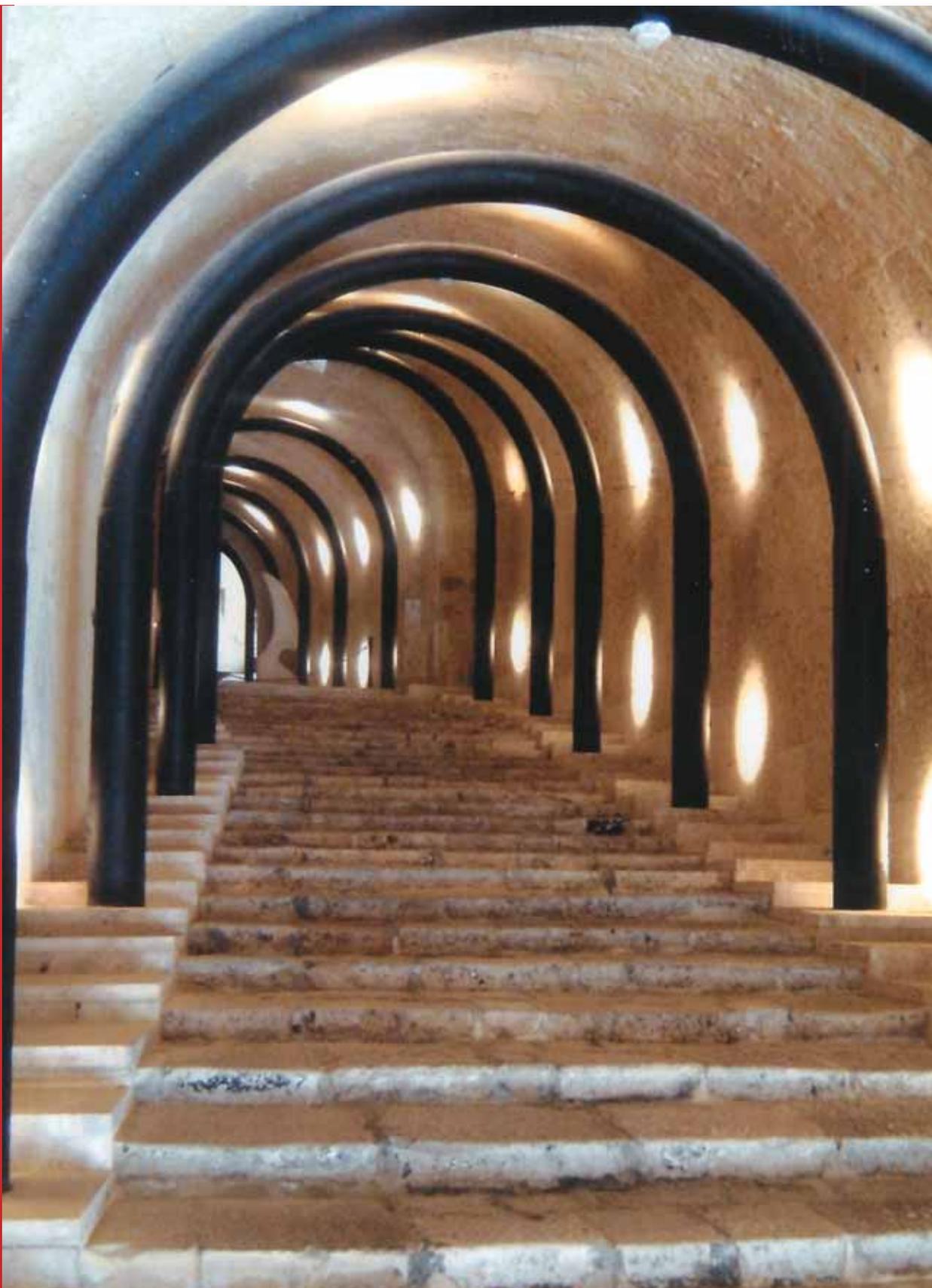
Colegio de Enfermería de Sevilla

Lumbalgia inespecífica: la enfermedad del siglo XXI. Abordaje terapéutico de Enfermería

Cuidados de Enfermería en las piscinas

Síndrome de burnout en el servicio de urgencias

Revisión de los antecedentes de anorexia nerviosa



# El Colegio te protege con 3.500.000 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, querrela 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 3.500.000 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.

## UN DECRETO PARA EL FUTURO

**Va**mos a quedarnos con esta fecha: 16 de julio de 2010. Ese día las páginas del Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) publicaba, entre el abigarrado volumen de disposiciones y demás resortes oficiales, el Decreto 329/2010 de 13 de julio a cargo de la Consejería de Economía, Innovación y Ciencia que tiene mucho que ver con enfermería. En efecto: mediante esa fórmula legal ha quedado autorizada la "implantación de las enseñanzas universitarias de grado, máster y doctorado" en el catálogo de las enseñanzas universitarias que deben ser objeto de desarrollo en el conjunto de las universidades de titularidad pública de Andalucía.

Dicho en otras palabras: a partir de esa fecha, justo cuando entró en vigor su contenido, la enfermería como el conjunto del resto de las titulaciones universitarias, tiene expedito un camino propio para alcanzar los niveles de grado, máster y doctorado. Ya no será necesario hacer un recorrido alternativo por otras disciplinas académicas que, siendo total y absolutamente respetables, no se correspondían con los objetivos propios e intrínsecos que albergaba la enfermería. Tuvo que llegar el Plan Bolonia para facilitar el camino y, como quiera que en este otoño se iniciarán los estudios del segundo curso del grado, bien puede afirmarse que el horizonte de tener máster y doctoras o doctores en enfermería se adivina para cuestión de cinco o seis años, lo cual no es poco ni mucho plazo sino sencillamente algo legal y objetivamente realizable.

También se contempla, en el mismo Decreto, cuál va a ser la estructura de los centros llamados a impartir estas enseñanzas con la importante novedad de que las Escuelas Universitarias de Ciencias de la Salud han pasado a ser catalogadas como Facultades que, en según la provincia andaluza de que se trate, han recibi-

do el bautizo para ser denominadas como Facultad de Enfermería, (a secas, caso de los campus de las provincias de Córdoba y Huelva); de Enfermería, Fisioterapia y Podología (como sucede en Sevilla) o bien Facultad de Ciencias de la Salud como oficialmente se anuncia para las provincia orientales de Jaén y Almería. En cualquier caso, el concepto de facultad está ya presente, lo que debe comportar las mayores dosis de compromiso, rigor y trascendencia en la formación de los futuros integrantes de los grados de enfermería. Valores que, al final, deberán desembocar en una mejor atención al ser humano, principio y fin de todos los objetivos.

Esta reconfortante realidad que, insistimos, rige desde el 16 de julio/2010, tiene mucho que ver con el esfuerzo que este Colegio de Sevilla viene realizando desde primeros de año para trasladar al terreno de los hechos prácticos el futuro como prescriptora de determinado número de fármacos. Se hizo mediante el Curso que sobre esa misma materia se está desarrollando en las aulas de la corporación colegial y que, una vez superado el trimestre veraniego, volverá a su apogeo de actividad cuando, a mediados de septiembre, se reanuden unas enseñanzas a las que han comprometido su asistencia la friolera de casi 6.000 enfermeras y enfermeros de nuestra provincia. Lo cual supone todo un plebiscito a favor de la apuesta colegial.

Pero a todo este panorama no debemos orillar aquellos otros hitos que, en el transcurso de los últimos meses, fueron tomando cuerpo hasta convertirse de proyectos a logros tangibles con las que cimentar el mejor de los futuros. Hablamos de lo mucho que supuso llegar a ver cambiada, en el Congreso de los Diputados, la Ley del Medicamento en la que se había materializado una marginación respecto a los intereses

de la enfermería. Fue preciso remover distintos frentes políticos para ver consensuado un estado favorable de opinión que supuso cambiar la citada Ley para que, con la tutela del Consejo General, se pudiera comenzar a hablar de un nuevo futuro para la profesión.

Y qué decir de lo que, igualmente, ha significado que, también en fechas recientes, la Organización Colegial de Enfermería lograra desbloquear dos especialidades de la profesión tan demandadas como la Enfermería Familiar/Comunitaria y la Enfermería Pediátrica. Estaban en juego tantas ilusiones como frustraciones se habían ido acumulado durante excesivo tiempo. Pero el diálogo entre el presidente del Consejo General –Máximo González Jurado– y el "número 2" del Ministerio de Sanidad –José Martínez Olmos– obró el "milagro" de ver liberado lo que, hasta entonces, era un auténtico nudo sobre el que se habían ido acumulando meses y años de expectativas e impaciencias siempre insatisfechas.

Se entenderá que este comentario sea ciertamente optimista porque hemos analizado hechos objetivamente ciertos que buscan la mejora general del colectivo. Pero sin que olvidemos que los problemas, de envidia, no han desaparecido, ni nos tememos desaparecerán, porque exista una facultad y un marco de especialidades prácticamente cerrado. La escasez de plantillas, los recortes generalizados en los recursos, la gravedad que comporta una ratio de enfermeras(os) en Andalucía sencillamente preocupante entre las mas bajas de España... Estos y otros muchos problemas también forman parte de la realidad cotidiana en la que se mueve la enfermería andaluza y española.

*Vicente Villa*

## 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

Tel.: 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.

Tel. 95 435 00 03

Fax 95 443 46 24

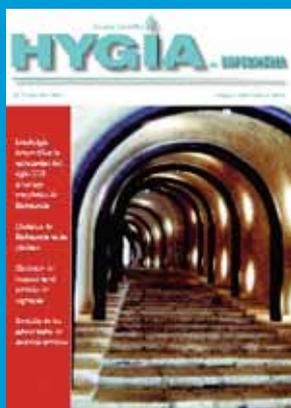


Foto: Puntos de Luz

Autora: Susana Romero Carmona

Nº Colegiada: 9.891

# Sumario

- 5 LUMBALGIA INESPECÍFICA: LA ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE ENFERMERÍA  
Ávila Arriaza M.A., Palomo Gómez J.M.
- 10 MODELO DE VISITA PREPROCEDIMIENTO EN UN LABORATORIO DE HEMODINÁMICA  
Sánchez Baños B., Fernández Álvarez V.
- 18 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS PISCINAS  
García Velázquez Mª.C., Pérez Galán R.J., Poley Guerra A.J.
- 24 INTERVENCIÓN DE UN ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL SOBRE USUARIOS CON CÁNCER COLON RECTAL Y SUS FAMILIAS  
Macías García J., González Pérez F., Eslava Martín A., Baena Mora S., Aragón Puertas M., Muñoz Borrego D.
- 32 SÍNDROME DE BURNOUT EN EL SERVICIO DE URGENCIAS  
Vázquez González A., Aponte Tomillo I., Moya Meléndez R., García Falcón A.
- 36 REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE ANOREXIA NERVIOSA  
Gallardo Carrasco Mª. C.
- 41 FACTOR ÉTNICO EN ESPIROMETRÍA LABORAL  
Mateo Padilla S.
- 44 ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA DE ESCOLARES DE PRIMARIA EN UN COLEGIO DE DOS HERMANAS (SEVILLA)  
Mena Camacho S., Vázquez García M., Delgado Cabello J.
- 51 ACTIVIDADES DE ENTRETENIMIENTO EN PACIENTES Y CUIDADORES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL DUQUES DEL INFANTADO PROYECTO EL RINCÓN DE LA LECTURA, FASE II  
Guerra González J.E., Martínez Sánchez C.Mª., Bazán Calvillo V., Bernabé Luján E.
- 58 ALTERACIÓN PATRÓN SEXUALIDAD EN CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL. CASO CLÍNICO  
Avilés Garrido O., Alonso Moreno E.
- 63 CONSULTA DE ENFERMERÍA EN CLIMATERIO Y MENOPAUSIA DEPENDIENTE DE LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA DE LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES PERIFÉRICO DR. FLEMING  
García de las Heras Barbados E., Oliva Rodríguez M., Párraga Carretero Mª. J.

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.

# LUMBALGIA INESPECÍFICA: LA ENFERMEDAD DEL SIGLO XXI. ABORDAJE TERAPÉUTICO DE ENFERMERÍA

## NONSPECIFIC LOW BACK PAIN: THE DISEASE OF THE CENTURY XXI NURSING TREATMENT APPROACH

- Mario Alberto Ávila Arriaza<sup>1</sup>
- José Manuel Palomo Gómez<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Diplomado en Enfermería. Centro Asistencial Fremap Ciudad Jardín (Sevilla).

<sup>2</sup> Diplomado en Enfermería. Centro Asistencial Fremap Alcalá de Guadaira. (Sevilla).

### Resumen

La lumbalgia tiene una gran trascendencia debido a sus grandes repercusiones económicas y sociales asociadas, ya que se ha convertido en una de las primeras causas de absentismo laboral. En la cronificación de la lumbalgia se produce una asociación entre factores musculares y psicosociales que favorecerán la cronicidad e incapacidad asociada al proceso.

Pero el tratamiento de la lumbalgia no debe reducirse a la prescripción de medicamentos. La modificación de los factores psicosociales que intervienen en su aparición y la administración de educación sanitaria al paciente, por parte de los profesionales de la salud y la enfermería en particular, deben formar parte del abordaje de esta enfermedad. El paciente deberá mantener su actividad y, en muchos casos, esto evitará que el problema se convierta en crónico. Dentro de esos programas de educación al paciente deben incluirse asimismo consejos sobre higiene postural y tablas de ejercicios individualizadas.

#### ABSTRACT

Low back pain has a great importance due to its great economic and social impacts associated, as it has become one of the leading causes of absenteeism. In its chronic low back pain there is an association between muscle and psychosocial factors that favor the chronicity and disability associated with the process.

But the treatment of low back pain should not be limited to prescribing medications. The modification of psychosocial factors involved in its occurrence and management of patient health education, by health professionals and nursing in particular, should be part of dealing with this disease. The patient should maintain its activity and, in many cases, this will prevent the problem from becoming chronic. Within these patient education programs should also be included postural hygiene tips and individualized exercise routines.

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ Lumbalgia inespecífica,
- ✓ Actividad física,
- ✓ Cronicidad,
- ✓ Incapacidad laboral

#### KEY WORDS

- ✓ Nonspecific low back pain,
- ✓ Physical activity,
- ✓ Chronicity,
- ✓ Inability to work

## INTRODUCCIÓN

La lumbalgia inespecífica es la principal causa de gasto público en conceptos asistenciales y laborales. La padece en algún momento de su vida hasta el 80% de la población general, y cada año genera en un país europeo un coste equivalen-

te entre el 1,7% y el 2,1% de su Producto Interior Bruto aproximadamente.

La lumbalgia es la 2ª causa más frecuente de absentismo laboral, después del catarro común. En España, este problema provoca un 11,4% de las bajas laborales, lo que supone unos costes para la Seguridad Social de 66 millones de euros.

## DEFINICIÓN Y CARACTERÍSTICAS DE LA LUMBALGIA INESPECÍFICA

Actualmente se define como todo aquel dolor localizado entre el límite inferior de las costillas y el límite inferior de las nalgas, no causado por fracturas, traumatismos directos o enfermedades sistémicas, en el que no existe una compresión radicular demostrada y subsidiaria de tratamiento quirúrgico.

La intensidad varía en función de las posturas y la actividad física, suele acompañarse de limitación dolorosa del movimiento y puede asociarse a dolor referido o irradiado (Figura 1).

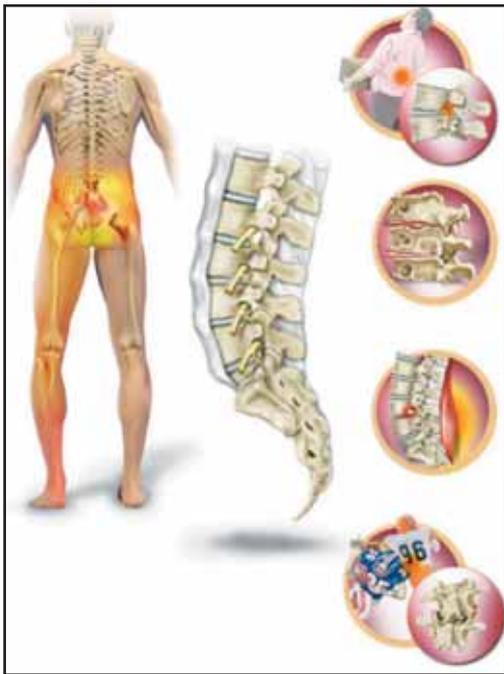


Figura 1. Diversas causas pueden desencadenar una lumbalgia

Antiguamente, se atribuía a alteraciones de la estática o dinámica de la columna vertebral, como la espondilosis, la espondilolistesis o la escoliosis, o a lesiones discales o facetarias. Sin embargo, esas imágenes se observan frecuentemente tanto entre los sujetos sanos como entre los sujetos con dolor.

Precisamente, éste es uno de los errores más frecuentes en la práctica clínica de nuestro país, donde se hacen pruebas diagnósticas en exceso, de acuerdo con los autores de las nuevas guías.

Los médicos de A. P. españoles piden radiografías en el 43% de los casos de pacientes con dolor de espalda que pasan por su consulta, una frecuencia abusiva, según un estudio que evalúa como se trata a los pacientes con lumbalgia.

## FACTORES ASOCIADOS A LA LUMBALGIA

### FACTORES OCUPACIONALES

Existe una evidencia razonable de que hay factores ocupacionales asociados al dolor de espalda como son:

- El trabajo físicamente pesado
- Las posturas de trabajo estáticas

- Las flexiones y giros frecuentes del tronco
- Los levantamientos y movimientos bruscos
- El trabajo repetitivo
- Las vibraciones.

Las lumbalgias profesionales se deben a esfuerzos de gran intensidad, a un proceso de agotamiento o cansancio asociado a vibraciones y a esfuerzos menos intensos pero de tipo repetitivo.

Cuando la vibración que resulta de la conducción prolongada se combina con el levantamiento y transportación de cargas, el riesgo de lumbalgia aumenta considerablemente. Resulta evidente que las lesiones de espalda suelen ser causadas por un sobreesfuerzo y no por un traumatismo directo.

Todos estos aspectos pueden ser de gran interés a la hora de intentar evitar, siempre que sea posible, los movimientos más dañinos asociados al trabajo mediante técnicas posturales, que impliquen un menor riesgo y mayor seguridad.

### FACTORES PRONÓSTICOS

También llamados signos de mal pronóstico funcional, son:

- La falta de apoyo en el trabajo, que predice la cronificación del absentismo laboral causado por un episodio de lumbalgia aguda.
- El paciente que no ha regresado a su trabajo entre 4 y 12 semanas después del inicio del episodio de lumbalgia; cuanto más largo sea el período de absentismo laboral menor es la posibilidad de que alguna vez vuelva al trabajo, y la mayoría de los tratamientos son incapaces de lograr el retorno al trabajo después de un período prolongado de absentismo.
- Los antecedentes de episodios de lumbalgia, y la mayor duración de los episodios previos, que predicen un mayor riesgo de recurrencia de nuevos episodios (pero no su duración).
- Predicen un mayor riesgo de cronificación de un episodio doloroso la tendencia depresiva, la exageración en la descripción de los síntomas, las expectativas negativas del paciente (con relación a su pronóstico), el desempeño de trabajos físicamente exigentes y cuyas características son inmodificables, la mayor intensidad del dolor, su mayor repercusión funcional, la existencia de signos de compromiso radicular y la existencia de antecedentes de episodios previos de lumbalgia.
- El hallazgo de signos de compromiso radicular es el único resultado de la exploración física que tiene valor para predecir el riesgo de cronificación del episodio doloroso.

Estos signos se refieren esencialmente al pronóstico con relación al regreso al trabajo y la persistencia de la reducción de la actividad ("incapacidad funcional" o "reducción de la actividad cotidiana"). No se refieren a la persistencia del dolor en sí mismo (Tabla 1).

### SIGNOS DE MAL PRONÓSTICO FUNCIONAL

- Creencias erróneas:
  - Existencia de una lesión grave o alteración estructural irreversible
  - Mayor confianza en tratamientos pasivos que en actitudes activas propias

- **Conductas inadecuadas:**
  - Miedo y/o evitación
  - Reducción de la actividad más allá de lo que condiciona el dolor
- **Factores laborales:**
  - Falta de apoyo en el trabajo
  - Escasa satisfacción
  - Conflictos laborales o litigación
- **Problemas emocionales:**
  - Depresión
  - Ansiedad
  - Estrés
  - Tendencia al aislamiento social

Tabla 1. Signos de mal pronóstico funcional

## FACTORES PSICOSOCIALES

La mayoría de los factores identificados son socioeconómicos y psicológicos, actúan manteniendo el dolor, la incapacidad y la reducción de la actividad productiva, incluida la pérdida de trabajo.

La incapacidad durante un periodo largo de tiempo y la pérdida de trabajo se asocia a un sufrimiento importante y otros efectos negativos en el paciente, la familia y la sociedad.

Los factores predictores de cronicidad se agrupan en seis categorías:

### Actitudes y creencias

- Creer que la lumbalgia es un cuadro peligroso o que puede producir una minusvalía unido a conductas de evitación como la vigilancia y el temor frente al movimiento.
- Creer que cualquier dolor debe desaparecer totalmente antes de plantearse la vuelta al trabajo o a la actividad normal.
- Interpretaciones catastróficas de los síntomas corporales, pensando siempre lo peor.
- Creer que el dolor es incontrolable.
- Actitudes pasivas frente a la rehabilitación.

### Comportamientos

- Permanecer largo tiempo en reposo.
- Reducir el nivel de actividad hasta abandonar las actividades de la vida diaria.
- Baja participación y cumplimiento de los ejercicios físicos.
- Evitar la actividad normal y adoptar progresivamente un estilo de vida alejado de la actividad productiva.
- Dolor de intensidad por encima de 10 en una escala analógica visual de 1 a 10.
- Excesiva confianza y dependencia de la asistencia o de los aparatos.
- La calidad del sueño se ha reducido desde el inicio del dolor.
- Incremento importante del consumo de alcohol o de otras sustancias como los medicamentos desde que comenzó el dolor.
- Fumar.

## Mecanismos de compensación

- Falta de incentivo económico para volver al trabajo.
- Antecedentes de reclamaciones o de bajas laborales de más de tres meses, especialmente si están relacionadas con una lumbalgia.
- Experiencia previa de un proceso de atención ineficaz.
- El profesional sanitario autoriza y promueve la incapacidad, no planifica intervenciones para mejorar la función o mantiene tratamientos pasivos.
- Experiencia previa de información confusa o catastrófica sobre el diagnóstico de un episodio de lumbalgia.
- Número de visitas a la consulta en el año previo, excluidas las debidas al episodio actual de dolor lumbar.
- Advertencia de abandono del trabajo.

## Emociones

- Miedo de que el dolor se incremente con la actividad o el trabajo.
- Tristeza y otros síntomas depresivos: irritabilidad, sentimientos de inutilidad.
- Ansiedad y estado de alerta frente a sensaciones corporales.
- Sentimientos de estrés y de incapacidad para mantener el control.
- Ansiedad o falta de interés por las actividades sociales.

## Familia

- Sobreprotección de la pareja o la familia, generalmente bien intencionada, resaltando miedos y posibles consecuencias graves o asumiendo responsabilidades del paciente.
- Respuestas punitivas de la familia, por ejemplo, ignorando o expresando frustración.
- Falta de apoyos familiares, en forma de tentativas, para volver al trabajo.
- Falta de soporte familiar para poder hablar del problema.

## Trabajo

- Historia de trabajos manuales especialmente en los siguientes grupos: construcción, ocupaciones relacionadas con el cuidado de personas, transporte, industria.
- Historia de trabajo relacionada con cambios frecuentes, estrés, insatisfacción, falta de vocación.
- Creer que el trabajo puede ser dañino o peligroso para su salud.
- Ambiente de trabajo estresante.
- Demandas biomecánicas importantes como levantar pesos, estar largo tiempo de pie o manteniendo determinadas posturas, conducir, vibraciones, o calendarios rígidos que no alternan descansos.
- Trabajar por la noche, en festivos o a turnos.
- Capacidad mínima para retomar determinadas ocupaciones u obligaciones dirigidas al retorno a la actividad laboral.
- Experiencia negativa sobre la gestión de la lumbalgia en su lugar de trabajo.

En resumen, se puede decir que existe una relación entre la incapacidad laboral por lumbalgia y la insatisfacción laboral, bajo compañerismo, la monotonía en el trabajo, el tipo de trabajo, los bajos salarios, la inestabilidad laboral y la inseguridad económica, entre otras.

## ABORDAJE TERAPÉUTICO DE ENFERMERÍA

### 1. Dar información positiva y tranquilizadora al paciente:

A los pacientes con dolor de menos de 2 semanas de duración:

- La lumbalgia aguda tiene buen pronóstico y en la mayoría de los casos desaparece en unos días o, como máximo, semanas.
- La lumbalgia inespecífica no se debe a ninguna enfermedad grave subyacente ni a una alteración estructural irreversible que conlleve su persistencia o reaparición (como “desgaste de las vértebras” o similar, pese a lo que el paciente pueda haber oído). Si no hay signos que indiquen que su resultado va a modificar el tratamiento (“señales de alerta” – Tabla 2), las pruebas radiológicas suponen un riesgo inútil y es mejor no realizarlas.
- La existencia de imágenes de degeneración discal, escoliosis, espondilosis, espondilolistesis y/o “inestabilidad vertebral”, es compatible con el diagnóstico de lumbalgia inespecífica (se observan con frecuencia en sujetos sanos y asintomáticos). Su existencia no cambia el tratamiento.
- La prescripción de pruebas diagnósticas de imagen (radiología convencional, TAC, resonancia magnética o gammagrafía) no mejora el tratamiento de los casos de lumbalgia en los que no existen señales de alerta.

#### SEÑALES DE ALERTA

- Para enfermedad sistémica:
  - Dolor que aparece por 1ª vez <20 ó >55 años, no influido por posturas, movimientos y esfuerzos.
  - Dolor exclusivamente dorsal
  - Déficit neurológico difuso
  - Imposibilidad persistente de flexionar 5 grados la columna vertebral
  - Deformación estructural (de aparición reciente)
  - Mal estado general, pérdida de peso, fiebre, antecedentes de traumatismo reciente, cáncer, uso de corticoides (osteoporosis) o drogas por vía parenteral, inmunodepresión o SIDA
- Para derivación a cirugía:
  - Inmediata y urgente:
    - Paresia relevante, progresiva o bilateral
    - Pérdida de control de esfínteres de origen neurológico
    - Anestesia en silla de montar (posible síndrome de la cola de caballo)
  - Valoración quirúrgica:
    - Dolor radicular (no lumbar) cuya intensidad sigue siendo intolerable pese a la aplicación durante 6 o más semanas de todos los tratamientos no quirúrgicos recomendados → Posible hernia discal con criterios quirúrgicos

- Dolor radicular (no lumbar) que aparece sólo a la deambulación y la limita, requiere flexión o sedestación para desaparecer, persiste pese a 6 meses de tratamiento conservador y se acompaña de imágenes de estenosis espinal → Posible estenosis espinal sintomática con criterios quirúrgicos

Tabla 2. Señales de alerta

Aunque a veces se justifique que se prescriben radiografías simples de columna para tranquilizar al paciente, no hay ninguna evidencia que lo respalde. Además de que sus resultados sean irrelevantes si no existen señales de alerta, la radiología simple lumbar, y especialmente la TAC, son peligrosas por la exposición a radiaciones ionizantes que conllevan. La dosis de irradiación de una radiografía lumbar simple equivale a la de 15 radiografías pulmonares o a la exposición media a todas las demás fuentes de radiación ionizante durante 8 meses.

### 2. Evitar el reposo en cama:

- No se recomienda prescribir reposo en cama como tratamiento a ningún paciente; desaconséjelo formalmente.
- Si en algún momento el dolor impide al paciente adoptar otra postura, tolere el reposo en cama (no como un tratamiento, sino como una consecuencia del dolor) durante un máximo de 48 horas y de forma intermitente, ya que debilita y atrofia la musculatura de la espalda.
- El reposo en cama aumenta la intensidad y duración del dolor, el grado de incapacidad funcional, la duración de la baja laboral, y el riesgo de cronificación del episodio.
- El reposo en cama es similar o peor que no aplicar ningún tratamiento o aplicar un placebo.

### 3. Mantener el mayor grado posible de actividad física:

- Aconsejar al paciente que mantenga el mayor grado de actividad física diaria que le permita el dolor, incluyendo el trabajo si es posible. La actividad mejora el dolor y el grado de incapacidad, disminuye las recidivas y acorta el período de baja laboral.
- Durante la fase aguda de la enfermedad no debe indicarse al paciente ejercicio, pauta que se aconsejará una vez superada esta fase. No obstante, cabe señalar que cada día que el paciente permanece en reposo pierde un 2% de su masa muscular y eso es perjudicial para la lumbalgia.

### 4. Si detecta signos de mal pronóstico funcional se recomienda:

- Intentar modificarlos hablando con el paciente
- Aplicar programas educativos breves: Incluyen la información que se puede dar en una consulta, la entrega de un folleto educativo o el uso de Internet y grupos de discusión entre pacientes. En definitiva, se centran en fomentar las actitudes activas y reducir el miedo.

En los *pacientes agudos*, la información adecuada mejora el estado funcional del paciente (es decir, reduce la limitación de su actividad), acelera su recuperación y reduce el número de visitas (innecesarias) al médico.

En los *pacientes subagudos y crónicos*, los programas educativos centrados en el manejo activo (evitación del reposo, mantenimiento de la actividad, regreso temprano a las actividades normales) son efectivos para mejorar el grado de incapacidad funcional y el retorno al trabajo (aunque no el dolor).

Es previsible que los conocimientos del propio enfermero y sus habilidades comunicativas influyan en la credibilidad y efectividad de la información que aporte (o los “programas educativos breves” que realice).

#### 5. Evaluar la evolución del paciente en unas 2-6 semanas. Si en ese período el paciente no ha mejorado, se recomienda:

- Volver a evaluar la existencia de señales de alerta.
- Comprobar si el paciente presenta signos de mal pronóstico funcional.

#### 6. Recomendar ejercicio a partir de las 2-6 semanas:

- El ejercicio es efectivo a medio plazo para mejorar el dolor, el grado de actividad y el retorno al trabajo.
- Cualquier tipo de ejercicio parece tener efecto, y no hay pruebas consistentes de que un tipo o intensidad determinada obtenga mejores resultados. Por tanto, se recomienda tener en cuenta las preferencias del paciente para decidir el tipo de ejercicio a prescribir.

## RECOMENDACIONES SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Las personas con lumbalgia aguda deben evitar temporalmente determinadas actividades que producen sobrecarga mecánica lumbar, tales como la sedestación incorrecta, los giros y los gestos o posturas en flexión del tronco.

Las ventajas de la actividad precoz son: mayor rapidez del alivio de los síntomas, reducción del síndrome de descondicionamiento físico y, por lo tanto, del riesgo de cronicidad. El ejercicio físico por tanto actuaría favoreciendo la pérdida del miedo hacia el dolor o el daño adicional y mejoraría la autoestima y la confianza en realizar actividades diarias, contribuyendo por tanto en la reducción de los días de baja laboral.

El reposo prolongado aumenta el riesgo de tromboembolismo, osteoporosis, atrofia muscular, úlceras por presión, laxitud articular y empeora los síntomas psicológicos relacionados con ansiedad y depresión.

El ejercicio aeróbico suave, tal como caminar, bicicleta estática, nadar o footing suave, puede ser recomendado a partir de la segunda semana para evitar la debilidad muscular, hasta que el paciente vuelva a su actividad normal.

Las recomendaciones relacionadas con el puesto de trabajo dependen de la edad del paciente, su estado de salud general y de las demandas físicas que requiera su actividad laboral, pero en general, el objetivo terapéutico debe ser un retorno temprano y gradual a la vida normal.

Lamentablemente, muchos profesionales de la salud se muestran cautelosos a la hora de recomendar actividades físicas por miedo a que el paciente se queje de dolor al realizarlas. Esto pudiera ser el factor limitante más importante hacia la prescripción de ejercicios de intensidad para el tratamiento del dolor crónico de espalda, aunque afortunadamente las tendencias están cambiando, pues la evidencia científica, como

hemos visto, está apoyando la realización de ejercicios de intensidad tras demostrar que son seguros y eficaces en las personas aquejadas de este mal.

## CONCLUSIÓN

Evitar la cronificación es el objetivo fundamental del tratamiento y la cronificación depende más de factores psicológicos que biomecánicos. Debe darse al paciente la seguridad de que no padece ninguna enfermedad subyacente y que su recuperación será más o menos rápida. Hay que disociar lumbalgia de hernia lumbar (la famosa “ciática”) y alejarse lo más posible de la creencia que sólo la cirugía logrará solucionar el problema. Tenemos que convencer al paciente que la lumbalgia no es una patología progresiva e irreversible que le llevará a la incapacidad física, impulsándole a realizar una actividad física lo más activa posible dentro de la tolerancia a su dolor, y sobre todo rechazar la idea de que el reposo absoluto es el mejor tratamiento: el reposo en cama debe ser lo más breve posible y durar menos de 2 días.

El riesgo de cronificación de la lumbalgia se puede reducir:

- No recurriendo en exceso a pruebas complementarias.
- Evitando la sobreprotección física del paciente que le aboca a la inactividad física.
- Dando consejos acerca de higiene postural y cuidados a la hora de realizar esfuerzos.
- Extremando nuestra atención a los aspectos psicológicos del paciente: buscando altos niveles de distress, confusiones acerca de su dolor y de sus implicaciones, y evitación de actividades que el paciente asocia a empeoramiento del dolor.
- No usando un lenguaje técnico cargado de contenido emocional (hernia, degeneración, artrosis, etc.).
- No emitiendo diagnósticos radiológicos que no se correlacionan con la exploración física del paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Fundación Kovacs. European Commission. Guía de práctica Clínica: Lumbalgia inespecífica. Versión española de la Guía de Práctica Clínica del Programa Europeo COST B13. Dic. 2005.
2. Kovacs F. Manejo clínico de la lumbalgia inespecífica. *Semergen*. 2002; 28:1
3. Peña, J.L., Brieva, P., Blanco R. El paciente con lumbalgia. Sección III. Osteoporosis. Clínica y diagnóstico. Capítulo 21: 111-5.
4. Aprill C, Bogduk N High-intensity zone: a diagnostic sign of painful lumbar disc on magnetic resonance imaging. *Br J Radiol* 1992; 65(773): 361-9.
5. Enríquez M.N., Coca M. Julio, Valdepérez T.J. Abordaje de la lumbalgia en Atención Primaria. Recomendaciones. Diciembre 2003.
6. Pérez G.J. Contribución al estudio de la lumbalgia inespecífica. *Rev. Cubana Ortop. Traumatol.* 2006;20(2)
7. Pérez Guisado, J. (2006) Lumbalgia y ejercicio físico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte* vol. 6 (24) pp. 230-247
8. Boden SD, Davis DO, Dina TS, Patronas NJ, Wiesel SW. Abnormal magnetic-resonance scans of the lumbar spine in asymptomatic subjects. A prospective investigation. *J Bone Joint Surg Am* 1990;72(3): 403-8.
9. Boos N, Lander PH Clinical efficacy of imaging modalities in the diagnosis of low-back pain disorders. *Eur Spine J* 1996;5(1): 2-22  
<http://www.correofarmaceutico.com/edicion/correofarmaceutico/medicina/es/desarrollo/1043227.html>  
<http://www.sevillaclick.com/sevilla/010servicios/notisalud/lumbalgia.htm>  
<http://www.sedolor.es/noticia.php?id=470>  
<http://www.sedolor.es/noticia.php?id=484>  
[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142455082067&language=es&pagename=HospitalRamonCajal%2FPage%2FHRYC\\_contenidoFinal](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142455082067&language=es&pagename=HospitalRamonCajal%2FPage%2FHRYC_contenidoFinal)  
<http://www.meditex.es/elmedico/aula2003/tema2/traumas4.htm>

# MODELO DE VISITA PREPROCEDIMIENTO EN UN LABORATORIO DE HEMODINÁMICA A MODEL OF PRE-PROCEDURAL CONSULTATION FOR HEMODYNAMIC LABORATORIES

- Blanca Sánchez Baños<sup>1</sup>
- Vicente Fernández Álvarez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> DE. Servicio de Cardiología. Sección de Cardiología Intervencionista. H.U. Virgen de Valme (Sevilla).  
Trabajo presentado como póster en el XXX Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología.

## Resumen

En la atención al paciente candidato a un procedimiento hemodinámico, debemos de incluir un conjunto de acciones encaminadas a una atención global. Un tanto por ciento importante de los pacientes que acuden a nuestro laboratorio, no conocen ni el entorno, ni las características del procedimiento al que van a ser sometidos. Del mismo modo para el personal de enfermería también estos pacientes son "grandes desconocidos". Tanto en este tipo de paciente, como para el que ya tiene antecedentes, no se puede hablar de una asistencia de calidad si el paciente, no es valorado previamente, es informado del procedimiento y se inicia desde su ingreso una atención por parte de enfermería de manera continuada. La visita preprocedimiento permitirá elaborar un plan de cuidados en torno al que gire esta continuidad asistencial. El objetivo principal del modelo elaborado es contribuir a que el paciente perciba de manera positiva el procedimiento al que se le va a someter, así como contribuir a minimizar las posibles complicaciones.

### SUMMARY

When attending patients requiring a hemodynamic procedure we must employ a set of guidelines which ensure a global treatment. A significant percentage of the patients who come to our laboratory are familiar with neither the medical environment nor what the treatment they will undergo entails. Moreover the nurses often know little about these patients. In order to ensure a treatment of high quality, these patients, as well as those who have had previous hemodynamic treatments must have an initial evaluation and be informed about the procedure. To this end the patients must receive ongoing attendance by nurses. The pre-procedural consultation would allow the creation of a care plan on which this ongoing attendance would be based. The main objective of this model is to contribute to a positive perception of the procedure by the patients, as well as minimising possible complications.

## PALABRAS CLAVE:

- ✓ Hemodinámica,
- ✓ Preprocedimiento,
- ✓ Calidad,
- ✓ Plan de cuidados,
- ✓ Continuidad asistencial

## KEY WORDS:

- ✓ Hemodynamic,
- ✓ Pre procedural,
- ✓ Quality,
- ✓ Care plan,
- ✓ Ongoing attendance.

## INTRODUCCIÓN

La evolución del perfil del usuario del sistema sanitario público durante estos últimos años, ha sido acorde con el resto de las variaciones que nuestra sociedad ha experimentado. No podemos esperar que frente a una sociedad dominada por la tecnología y la información,

tenga como usuario sanitario, alguien que no requiera información de su proceso de salud, así como que la actitud pasiva sea su perfil.

Es unánime el acuerdo de que la característica primordial que exige el ciudadano en su atención sanitaria, es la de percibirla como una asistencia de calidad. Dicha calidad se asienta en dos grandes pilares a saber: un aspecto científico evidente y una adecuada atención humana. Es por ello que el sistema

sanitario público andaluz, recoge en su II plan de calidad, una atención personalizada, transparente e interactiva con el usuario, como uno de los cinco procesos estratégicos para alcanzar dicha calidad. En definitiva daremos una atención de calidad cuanto más cerca estemos de las expectativas de salud requerida por el usuario de nuestro sistema sanitario.

Buscando el asentamiento de esos dos pilares de la asistencia de calidad, desarrollaremos la utilización de metodología enfermera en el ámbito de nuestras competencias y hallaremos en la relación directa y personalizada ese segundo pilar. La herramienta que nos permitirá la conclusión de ambos objetivos será la VISITA-ENTREVISTA PRE PROCEDIMIENTO.



Equipo multidisciplinar durante un procedimiento

Aunque el número de estudios y publicaciones que valoren la utilidad de la visita preprocedimiento hemodinámico no son elevadas, si existen más profusión de trabajos que se centran en la visita pre-procedimiento en general y prequirúrgicas.

En todas destaca la búsqueda de su utilidad en un aspecto u otro de la atención al paciente.

Existen estudios como el de Solís M, García F, y Cuñado A, aleatorio, prospectivo con 204 pacientes, denominado "Efecto de la visita prequirúrgica preoperatoria en la recuperación clínica y en el bienestar psicológico, en la cirugía programada" en el que se analiza el efecto de esta visita estandarizada, sobre la ansiedad, tiempo de recuperación y dolor posquirúrgico, llegando a la conclusión de no existir evidencia en la mejora de ninguno de los tres aspectos.

Por el contrario podemos encontrarnos con otros ensayos clínicos como el realizado por Rosell F, Oriol M, titulado "Efecto



Canalización de arteria radial

de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor" también con perfil aleatorio y prospectivo, con 350 pacientes que tratan de evidenciar el efecto beneficioso de la visita preprocedimiento sobre la ansiedad prequirúrgica, dolor y satisfacción del paciente, llegando a la conclusión de que dicha visita evidencia una mejora en el nivel de ansiedad prequirúrgica y en la satisfacción del paciente y no constatándose una diferencia entre ambos grupos (intervenido y control) en el nivel de dolor posquirúrgico.



Sistema de compresión radial con dispositivo TR-band (utilizado habitualmente en la unidad)

## DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

La visita-entrevista preprocedimiento en un paciente que ha de ser sometido a un estudio hemodinámico es el acto en que el enfermero/a de hemodinámica, mediante una entrevista personal, aplica el proceso de cuidados de manera individualizada. En el citado proceso, el aspecto comunicativo es esencial, teniendo en cuenta que hablamos de comunicación eficaz, cuando ambos participantes asignan el mismo significado al mensaje.

Pero ¿cuales son los objetivos de este acto?

**1) La aplicación del plan de cuidados estandarizado**, quedando fuera de toda duda como objetivo y herramienta útil en la asistencia del paciente, esta aplicación se hará de manera continuada, previa al procedimiento, durante y posteriormente al mismo.

**2) El aspecto informativo** de la entrevista se centrará en la variación del nivel de conocimientos previos y el paciente percibirá mediante la misma la calidad buscada en su asistencia.

**3) La disminución del nivel de ansiedad** que siendo quizás el aspecto, que a priori, se muestra claramente como positivo, diversos estudios y publicaciones lo cuestionan.

**4) La búsqueda de una atención al paciente de manera global y con objetivos comunes**, por parte de todo el personal de enfermería del servicio de cardiología, independiente del área o sección implicada en cada momento

La visita-entrevista tendrá como paciente diana todo aquel que de manera programada sea candidato a un procedimiento hemodinámico, bien diagnóstico o terapéutico. Dentro de este

perfil no encontraremos a los pacientes considerados emergencias por no darse las condiciones tanto temporales, como de estabilidad hemodinámica del paciente, que permitan tal entrevista.

## MATERIAL Y MÉTODO

### A) Modelo de entrevista

En el modelo de entrevista al paciente, se ha optado por el tipo semi-estructurado que permite a la vez, obtener gran cantidad de datos así como la posibilidad de que el paciente manifieste sus dudas y temores respecto al procedimiento. Asimismo es un modelo centrado en el paciente, compatible con el aspecto biospiciosocial propuesto por Engel.

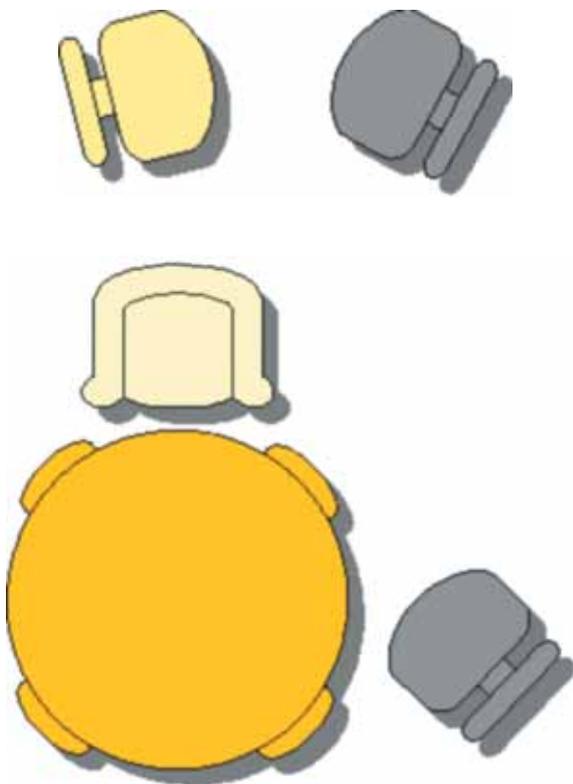
En la entrevista semiestructurada destacamos una serie de atributos:

#### Fases:

- Saludo y acogida.
- Charla informal.
- Definición del objetivo de la entrevista.
- Desarrollo de la misma.
- Final y despedida.

### Situación espacial

Espacialmente será lo más cercana bien en posición circular o en ángulo de 30°-45° evitando en lo posible la posición frontal.



### ¿Momento de la realización?

Lo ideal es la tarde anterior al procedimiento entre las 18-20h en las que el paciente aún no está cansado o incluso después de la cena. Evitar en lo posible realizarla en la misma mañana ya que el paciente tendrá fijada su atención exclusivamente en el proceso inmediato y es posible que no preste toda su atención.

#### Tiempo

No se extenderá más de 20 minutos.

### B) Modelo de plan de cuidados

El plan de cuidados elaborado ha seguido el modelo teórico de Virginia Henderson, por la unificación de criterios en su utilización en la mayoría de las unidades asistenciales actualmente, de tal forma que se han identificado tres tipos de problemas:

Problemas de colaboración (reales o potenciales) asociados al modelo médico, problemas de autonomía con suplencia parcial o total, y problemas de dependencia. (Figura 1).

En los dos primeros se identificaron intervenciones enfermeras prevalentes, en el caso de problemas de dependencia se utilizó taxonomía NANDA asociada a su NOC y NIC prevalentes.



Figura 1: clasificación de problemas tras la aplicación del plan de cuidados.

### C) Tríptico

Se recomienda la entrega de un tríptico al finalizar la entrevista el cual cumplirá las siguientes funciones:

C.1 Se conforma como un complemento informativo, NO ES UN SUSTITUTO DE LA ENTREVISTA.

C.2 Incluirá aspectos básicos de la información: ubicación del área de hemodinámica, zona de espera de familiares, recomendaciones básicas etc.

C.3 Estéticamente deberá de resultar atractivo.

## RESULTADOS

1) Con la aplicación de los modelos señalados se ha elaborado un documento que servirá de guía en la atención a la llegada al paciente, en el que se recogen tanto datos personales, antecedentes de sus patologías, así como una valoración completa por patrones de Gordon que sea el punto de partida para elaborar un plan de cuidados personalizado. (Fig. 2, 3 y 4).

En la parte final del documento se especificará la información facilitada al paciente así como el registro de la enfermera referente.

**SERVICIO DE CARDIOLOGÍA**  
**UNIDAD DE CARDIOLOGÍA INTERVENCIONISTA.**

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

**Procedencia:**  
 o Urgencias/UCI  
 o Programado  
 o Otro centro

**Médico asignado al paciente:**

**Fecha de ingreso:**

**Pruebas realizadas:**

o EKG	o Estudio electrofisiológico
o Ergometría	o Implantación de marcapasos
o Cardioversión	o Ablación
o Eco-doppler	o Holter implantable
o Holter	o Implantación de DAI
o TAC multicortes	o Test de flecainamida
o Gammagrafía	o Tabla basculante

¿Sabe que le van a realizar un cateterismo?    Sí    NO

¿Le han realizado un cateterismo previamente?    Sí    NO

Si fue así, ¿en qué centro sanitario?:

¿Cual fue el acceso utilizado?

¿Sabe si le fue implantado un stent?

¿Cómo fue la experiencia?

Figura 2: hoja 1 de la entrevista preprocedimiento.

**DIAGNÓSTICO MÉDICO:**

**FECHA DEL PROCEDIMIENTO:**

**ENFERMERA REFERENTE:**

**VALORACIÓN INICIAL.**

<input type="checkbox"/> Diabético	<input type="checkbox"/> Hipertenso	<input type="checkbox"/> Arteriopatía
<input type="checkbox"/> Insf. renal	<input type="checkbox"/> Hiperlipemia	<input type="checkbox"/> Alergias:
<input type="checkbox"/> Tto. antiagregante:	<input type="checkbox"/> AAS.	<input type="checkbox"/> Clopidogrel
<input type="checkbox"/> Anticoagulación hasta:		
<input type="checkbox"/> Otros datos:		

**VALORACIÓN POR PATRONES (M.G.):**

1. **Percepción manejo de la salud**  
 .....
2. **Nutrición, metabólico** (consumo de alimentos y líquidos, características de piel y mucosas)  
 .....
3. **Eliminación** (descripción de la función excretora)  
 .....
4. **Actividad / ejercicio** (nivel de autonomía del individuo)  
 .....
5. **Sueño y descanso** (patrón de descanso nocturno y diurno)  
 .....
6. **Cognitivo, perceptual** (adecuación de las funciones vitales y perceptivas)  
 .....
7. **Autopercepción, autoconcepto** (percepciones sobre si mismo)  
 .....
8. **Rol-relaciones** (papel del individuo en el seno familiar, laboral y social)  
 .....
9. **Sexualidad** (patrón satisfactorio, medidas preventivas)  
 .....
10. **Adaptación, tolerancia al estrés** (control y manejo de situaciones)  
 .....
11. **Valores y creencias**  
 .....

Figura 3: hoja 2 de la entrevista preprocedimiento.

<p><b>INFORMACIÓN SUMINISTRADA AL PACIENTE</b></p> <p><b>PREPROCEDIMIENTO</b></p> <p>Situación en el parte, así como su variabilidad. Alteración en su medicación de anticoagulación. Seguimiento de dieta absoluta Rasurado de las zonas afectas Retirada de prótesis dentarias Traslado a la unidad de hemodinámica</p> <p><b>DEL PROCEDIMIENTO</b></p> <p>Vías de acceso Síntomas más comunes del procedimiento Sistemas de control al que estará sometido.</p> <p><b>POSTPROCEDIMIENTO.</b></p> <p>Variabilidad en sistemas de compresión, así como sus recomendaciones. Recomendación de aumento de ingesta de líquidos para eliminar contraste (salvo prescripción médica) Posibilidad de derivación a distintas áreas según criterio médico. Recomendación de comentar con el personal de enfermería cualquier molestia posprocedimiento, así como la de seguir sus indicaciones.</p> <p>Enfermero@ referente:</p>
---

Figura 4: hoja 3 de la entrevista preprocedimiento

**2) Elaboración de un plan de cuidados estandarizado en el que destacaremos:**

Problemas de colaboración relacionados todos ellos con el diagnóstico o problema médico del paciente. Estos serán reales como dolor torácico secundario a la isquemia cardiaca o disnea secundaria a la insuficiencia cardiaca, o potenciales debidos a la propia patología o al procedimiento hemodinámico, dentro de los cuales nos podemos encontrar con problemas hemorrágicos, trombóticos, infecciosos etc. Para estos problemas se estandarizaron 43 intervenciones. (Fig. 5).

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN	INTERVENCIONES
REALES:	7980 Informe de incidencias.
SCA (SCACEST-SCASEST)	7310 Cuidados de enfermería al ingreso
Dolor torácico 2º a la isquemia miocárdica.	8140 Cambio de turno
Hipertensión 2º a cardiopatía isquémica.	7920 Documentación: registro datos en HC.
Disnea relacionada con la insuficiencia cardiaca	4044 Cuidados cardiacos: agudos.
Valvulopatía prequirúrgica.	6680 Monitorización de signos vitales.
POTENCIALES:	4210 Monitorización hemodinámica invasiva.
CP flebitis 2º a terapia iv.	4400 Musicoterapia.
CP alteración de la coagulación 2º a la fibrinolisis.	7370 Planificación al alta.
CP hemorragia tras punción de A. femoral	6570 Precauciones en la alergia al látex.
CP trombosis, hematoma y espasmo tras punción de A. Braquial y A. Radial.	2930 Preparación quirúrgica.
CP insuficiencia renal inducida por contraste.	3320 Oxigenoterapia.
CP reacción de hipersensibilidad en relación con la infusión del contraste.	2210 Administración de analgesia.
CP IAM durante el procedimiento.	2840 Administración de anestesia.
CP neurológica (embolígena o hemorrágica)	4200 Terapia intravenosa
CP infección posprocedimiento.	2034 Administración de tto. oral.
CP trombóticas durante o inmediatamente posterior al procedimiento.	2317 Administración de tto. subcutáneo.
CP fenómeno no reflow.	0580 Sondaje vesical.
CP mecánicas: perforación o disección coronaria.	7140 Apoyo a la familia.
CP shock cardiogénico.	3160 Aspiración de vías aéreas.
CP de arritmias y trastornos de conducción, en el contexto de una isquemia aguda.	0842 Cambio de posición.
CP vascular, séptica o hematológica tras la colocación de dispositivo para CPIA.	4160 Control de hemorragias.
	6545 Control de infecciones: intraoperatorio.
	4064 Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánica.
	5510 Educación sanitaria.
	2440 Cuidados del catéter venoso.
	6550 Protección contra la infección.
	6412 Manejo de anafilaxia.
	2260 Manejo de sedación.
	4092 Manejo del marcapasos temporal.
	4254 Manejo del shock cardiaco.
	4235 Flebotomía: vía canalizada
	4190 Punción intravenosa.
	3390 Ayuda a la ventilación.
	3180 Manejo de las vías aéreas artificiales.
	3120 Intubación y estabilización de vías aéreas
	4150 Regulación hemodinámica.
	6320 Medidas de resucitación.
	6650 Vigilancia.
	6490 Prevención de caídas.
	3620 Sutura de dispositivos arteriales o venosos
	6482 Manejo ambiental (confort)
	8190 Seguimiento telefónico.

Figura 5: problemas de colaboración con sus intervenciones.

**Problemas de autonomía** ya sea total o parcial centrándose estos en el área de la movilización y el aseo.

Dos intervenciones fueron las elegidas para solucionar esta suplencia. (Fig. 6).

Problemas de autonomía	Intervenciones
<b>Higiene suplencia parcial.</b>	1806 Ayuda autocuidado: traslado.
<b>Vestirse suplencia parcial.</b>	1801 Ayuda autocuidado: aseo.
<b>Eliminación suplencia parcial.</b>	
<b>Movilización suplencia parcial.</b>	

Figura 6: problemas de autonomía con sus intervenciones

**Problemas de independencia** donde la enfermería tiene un papel predominante encaminado a detectar estos problemas y darle una respuesta integral. Se utilizó taxonomía NANDA para la identificación de los mismos así como se identificó su NOC y sus

NIC prevalentes. Se eligieron seis diagnósticos enfermeros prevalentes con su NOC asociado que serán todos ellos evaluados mediante una escala de Likert de cinco puntos eligiéndose para cada NOC la que mejor se adapte a su medición. (Fig. 7).

Problemas de independencia prevalentes.	NOC
<b>Conocimientos deficientes: procedimiento terapéutico. 00126</b>	1814 Conocimiento del procedimiento terapéutico.
<b>Síndrome de estrés del traslado. 00114</b>	1212 Nivel de estrés.
<b>Temor. 00148</b>	1210 Nivel del miedo.
<b>Deterioro de la habilidad para la traslación 00090</b>	0210 Realización de transferencia.
<b>Manejo inefectivo del régimen terapéutico 00078</b>	1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.
<b>Intolerancia a la actividad 00092.</b>	3005 Satisfacción del paciente/ usuario: asistencia funcional. 0005 Tolerancia a la actividad 0400 Efectividad de la bomba cardiaca.

Figura 7: problemas de independencia (diagnósticos enfermeros) prevalentes y sus NOC.

#### INDICADORES DEL PROBLEMA DE INDEPENDENCIA

Medición con escalas tipo Likert de cinco puntos. (Fig. 8).

#### **Manejo inefectivo del régimen terapéutico 00078**

Conducta terapéutica: enfermedad o lesión.	nunca	raramente	a veces	frecuentemente	siempre
Cumple los tratamientos prescritos	1	2	3	4	5
Evita conductas que potencian su patología	1	2	3	4	5

Medición con escala **m** utilizada para medir conductas, en la que la constancia es importante.

**Intolerancia a la actividad 00092**

Satisfacción del paciente/usuario: asistencia funcional	No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
Inclusión en la planificación de movilidad y autocuidados	1	2	3	4	5

Medición con escala **S** que es útil para medir satisfacción del usuario.

Figura 8: ejemplo de escalas aplicadas a problemas de independencia.

**REGISTRO DE INTERVENCIONES**

FECHA						
INTERVENCIONES	M	T	N	M	T	N
7980 Informe de incidencias.				4254 Manejo del shock cardiaco.		
7920 Documentación: registro datos en HC				4064 Cuidados circulatorios: dispositivo de ayuda mecánica.		
5340 Presencia.				3390 Ayuda a la ventilación.		
7310 Cuidados de enfermería al ingreso				3120 Intubación y estabilización de vías aéreas		
5580 Información preparatoria:sensorial.				3180 Manejo de las vías aéreas artificiales.		
5618 Enseñanza procedimiento				3160 Aspiración de vías aéreas.		
4920 Escucha activa.				0580 Sondaje vesical.		
5230 Aumentar el afrontamiento.				4150 Regulación hemodinámica.		
1806 Ayuda autocuidado: traslado.				4092 Manejo del marcapasos temporal.		
6490 Prevención de caídas.				6412 Manejo de anafilaxia.		
6482 Manejo ambiental (confort)				6320 Medidas de resucitación.		
4400 Musicoterapia.				4190 Punción intravenosa.		
5320 Humor.				2034 Administración de tto oral.		
6680 Monitorización de signos vitales.				2317 Administración de tto subcutáneo		
4235 Flebotomía: vía canalizada				6550 Protección contra la infección.		
2440 Cuidados del catéter venoso.				4160 Control de hemorragias.		
4200 Terapia intravenosa				3620 Sutura de dispositivos arteriales o venosos		
2260 Manejo de sedación.				6610 Identificación de riesgos.		
3320 Oxigenoterapia.				5240 Asesoramiento.		
2840 Administración de anestesia.				5510 Educación sanitaria.		
2930 Preparación quirúrgica.				4420 Acuerdo con el paciente.		
6570 Precauciones en la alergia al látex.				4360 Modificación de la conducta.		
2210 Administración de analgesia.				7400 Guías del sistema sanitario.		
4210 Monitorización hemodinámica invasiva.				1806 Conocimiento: recursos sanitarios.		
0842 Cambio de posición.				7370 Planificación al alta.		

1801 Ayuda autocuidado: aseo			0960 Transporte.		
6545 Control de infecciones: intraoperatorio.			7140 Apoyo a la familia.		
6650 Vigilancia.			8190 Seguimiento telefónico		
5820 Disminución de la ansiedad.			8140 Cambio de turno		
4044 Cuidados cardiacos: agudos					

Hoja de registro de intervenciones.

3) Se elaboró un tríptico para entregar de manera complementaria al paciente tras la visita preprocedimiento, donde la información se basó en el aspecto visual centrado en fotos de la unidad de hemodinámica y leyenda que destaca la información primordial que queremos transmitir al paciente.



Carátula del tríptico a entregar al paciente tras la entrevista



Interior del tríptico.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El modelo elaborado se perfila como un elemento muy válido para el acercamiento al paciente, su valoración, la aplicación del método científico en la atención al paciente y posiblemente disminuye la ansiedad del mismo, así como las posibles complicaciones del propio procedimiento hemodinámico (estos dos últimos ítem deberán de responderse en un estudio prospectivo). El elemento a valorar es la viabilidad de la implementación del mismo, dependiendo esta de recursos humanos y el ser consensuado con las distintas unidades implicadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
2. II Plan de Calidad del SAS 2005-2008.
3. Plan integral de atención a las cardiopatías de Andalucía.
4. Solís M, García F, Cuñado A. Efecto de la visita enfermera preoperatoria en la recuperación clínica y en el bienestar psicológico en la cirugía programada. X Encuentro de investigación en enfermería.
5. Rosell F, Oriol M. Efecto de una visita prequirúrgica de enfermería perioperatoria sobre la ansiedad y el dolor. Enfermería clínica 2006 16 (1).
6. Modelo Psicosocial de Engel. <http://www.biopsicologia.net>
7. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. NANDA Internacional. Madrid: Elsevier España 2007.
8. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Madrid: Elsevier 2004.
9. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Madrid: Elsevier 2004.
10. Argibay V, Gómez M, Jiménez R, Santos S, Serrano C. Manual de enfermería en cardiología intervencionista hemodinámica. Protocolos unificados. AECC. 2007.
11. Martín Moreiras J, Cruz González. Manual de hemodinámica e intervencionismo coronario. Madrid: Pulso 2008.
12. Hernández JM. Manual de cardiología intervencionista. Madrid: SCM 2005.
13. Martín Jdraque L. Cardiopatía Isquémica. Madrid: Norma 1989.

# CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS PISCINAS

## NURSING CARES IN SWIMMING-POOLS

- M<sup>a</sup> del Castillo García Velázquez<sup>1</sup>
- Ricardo José Pérez Galán<sup>2</sup>
- Alfredo Jesús Poley Guerra<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermera Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sur. (Sevilla). Enfermera piscina Municipal de El Cuervo. (Sevilla).

<sup>2</sup> D.E. Centro de salud de atención primaria de "Otero" en Ceuta.

<sup>3</sup> Enfermero Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias. Distrito Sur. (Sevilla).

### Resumen

Este artículo trata de la actuación de Enfermería en un medio extrahospitalario tan peculiar como son las piscinas. Numerosas enfermeras son contratadas para esta labor ya que la Ley obliga a tener una asistencia sanitaria de primeros auxilios en determinados centros deportivos y/o recreativos.

Tras un análisis de la población que acude al centro, trataremos de dar una actuación de Enfermería integral, fomentando la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como las actividades de rehabilitación a los usuarios que la precisen.

Se ha realizado un análisis de riesgos previsible, y se dan las actuaciones de Enfermería en dichos acontecimientos.

Se hace especial hincapié en la actuación en Emergencias como: cuasiahogamiento, traumatismos en el medio acuático, cortes de digestión...

Asimismo, se propone un botiquín con el material necesario para curas y actuación de emergencias, y el material necesario para el rescate acuático.

#### ABSTRACT:

This paper deals with the nursing performance in a peculiar extrahospitalable medium such as swimming-pools. Many nurses are hired for this work, since some sport centres and recreational centres are obliged by law to have medical care for first aids. After an analysis of the population who comes to these centres, the promotion of health, the prevention of diseases, as well as rehabilitation activities for those people who need them have been fomented. What is more, predictable risks have been analysed and nursing performances for these cases have been given.

A special emphasis has been put on emergencies such as drowning, traumatism in aquatic medium, stomach cramp and so on. Finally, a first-aid kit with the necessary material for cures and for aquatic rescue (in emergences) has been proposed.

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ Primeros auxilios,
- ✓ Piscina,
- ✓ Cuidados,
- ✓ Rescate acuático,
- ✓ Botiquín.

### KEY WORDS:

- ✓ Swimming pool,
- ✓ Cares,
- ✓ Rescue aquatic,
- ✓ Medicine kit,
- ✓ Ft aid.

## INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El notable incremento que las actividades deportivas y recreativas han experimentado durante los últimos años un espectacular incremento y han incidido muy directamente en el aumento del número de piscinas y de sus usuarios, de forma paralela al desarrollo turístico alcanzado en nuestro país.

España es uno de los países donde más uso se hace de las piscinas, y el segundo en Europa con mayor número de piscinas construidas.

Andalucía, Baleares, Canarias y Cataluña, son, en este orden, las comunidades autónomas con mayor número de piscinas de este tipo.

La regulación de las piscinas de uso público se rige por normas autonómicas, por lo que cada comunidad autónoma dispone de la suya propia, con significativas diferencias entre ellas.

Son numerosos los diplomados en enfermería que son contratados, sobre todo en verano, para atender las necesidades y problemas sanitarios que se presenten en el entorno de las piscinas. En muchas ocasiones, estos enferme@s se enfrentan a su primer contacto con el mundo laboral, teniendo que asumir responsabilidades en un medio muy diferente al que han realizado sus prácticas clínicas: el hospital o el centro de salud.

## MATERIAL Y MÉTODO:

Para desarrollar este trabajo, hemos realizado una definición de la población a la que vamos a prestar nuestros servicios y desarrollaremos la actuación de enfermería en este entorno: promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación (con un análisis de riesgos previsible previo) y rehabilitación.

Por otro lado, hemos realizado una propuesta de botiquín para que los enfermeros puedan desarrollar su actividad asistencial y añadimos un cuadro con la normativa en España sobre piscinas por comunidades autónomas (ANEXO I).

ANEXO I:	
NORMATIVAS EN ESPAÑA POR COMUNIDADES	
CC.AA	NORMATIVA
ANDALUCÍA	Decreto 77/93 del 15 junio REGLAMENTO SANITARIO DE PISCINAS DE USO COLECTIVO. Se ha publicado el Decreto 149/95 del 6 de Junio que modifica los artículos 18 y 19 del Reglamento.
ARAGÓN	Decreto 50/93 del 19 de Mayo regula LAS CONDICIONES HIGIÉNICO-SANITARIAS DE LAS PISCINAS DE USO PÚBLICO.
ASTURIAS	Decreto 25/97 del 24de Abril, REGLAMENTO TÉCNICO SANITARIO DE PISCINAS DE USO COLECTIVO.
BALEARES	Decreto 53/95 del 18 de Mayo, regula LAS CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS DE LAS PISCINAS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE ALOJAMIENTOS TURÍSTICOS Y DE LAS DE USO COLECTIVO.
CANARIAS	Orden del 2 de Marzo de 1989, regula EL RÉGIMEN TÉCNICO SANITARIO DE PISCINAS.
CANTABRIA	Decreto 58/93 del 9 de Agosto, REGLAMENTO SANITARIO DE LAS PISCINAS DE USO COLECTIVO.
CASTILLA LA MANCHA	Decreto 216/99 de 19 Octubre regula LAS CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS DE LAS PISCINAS DE USO COLECTIVO.
CASTILLA-LEÓN	Decreto 177/92 del 22 de Octubre, REGLAMENTO HIGIÉNICO SANITARIO PARA PISCINAS DE USO PÚBLICO.
CATALUNYA	Decreto 193/87 del 19 de Mayo, REGLAMENTO HIGIÉNICO SANITARIO DE PISCINAS DE USO COLECTIVO.
GALICIA	<i>Decreto 53/89 del 9 de Marzo, REGLAMENTO SANITARIO DE PISCINAS DE USO COLECTIVO. Modificaciones al decreto 173/92 del 18 de Junio</i> <i>Decreto 1.22/95 del 20 de Abril</i> Orden 23 de mayo de 1.995
LA RIOJA	Decreto 171/94 del 7 de Abril, REGLAMENTO SANITARIO DE PISCINAS DE USO COLECTIVO. Modificaciones: Decreto 42/98 de 26 junio
MADRID	Orden del 25 de Mayo de 1987 por la que se REGULAN LAS CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS DE LAS PISCINAS PÚBLICAS. Modificaciones a la orden: Orden 31/88 del 7 de Marzo Orden 618194 del 21 de Junio. Decreto 80/98 de 14 de mayo.
MURCIA	Decreto 58/92 del 18 de Mayo REGLAMENTO SOBRE CONDICIONES HIGIÉNICO SANITARIAS DE LAS PISCINAS DE USO COLECTIVO.
NAVARRA	Decreto Foral 165/93 del 26 de Abril, NORMAS SANITARIAS DE OBLIGADO CUMPLIMIENTO DE PISCINAS DE USO PÚBLICO.
PAÍS VASCO	Decreto 146/88 del 7 de Junio REGLAMENTO SANITARIO DE PISCINAS DE USO COLECTIVO
VALENCIA	Decreto 255/94 del 7 de Diciembre, regula LAS NORMAS HIGIÉNICO SANITARIAS Y DE SEGURIDAD DE LAS PISCINAS DE USO COLECTIVO Y DE LOS PARQUES ACUÁTICOS.

## ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA

### a. Estudio de la Población a la que se prestan los servicios.

La población diana será toda la población en general, personas sanas y sobre todo niños y jóvenes.

### b. Promoción de la Salud y prevención de la enfermedad.

Una población sana y joven es una población susceptible para cambiar hábitos insanos a costumbres saludables, para

ello, la enfermera utilizará la educación sanitaria con los bañistas.

Será muy importante la prevención de accidentes infantiles, por lo que la enfermera debe realizar educación sanitaria tanto a los niños como a sus cuidadores, adolescentes y adultos:

- Evitar riesgos enseñando a nadar a los niños lo antes posible.
- Asegurarse de que los niños que no saben nadar lleven puesto un dispositivo adaptado y homologado a cada edad, que favorezca la flotabilidad.

- No dejar a los niños ni un momento solos cuando estén bañándose o en el entorno de la piscina.
- No permitir que entren de golpe en el agua la primera vez que se bañen después de comer, de haber tomado mucho rato el sol o de haber hecho un ejercicio intenso.
- Mojarse antes de entrar en el agua: el cuerpo debe acostumbrarse progresivamente a la temperatura del agua.
- Respetar las horas de digestión: evitar comidas copiosas antes de nadar. Meterse en el agua pasadas 2–3 horas.
- Estar atento a las señales de seguridad de la piscina.
- Evitar que los niños jueguen a darse empujones alrededor de la piscina, al saltar uno por encima del otro, a hundirse...
- Prestar especial atención a niños con problemas médicos, sobre todo a los que padecen síndromes convulsivos.

#### b.1. Control de Infecciones.

- Cumplir escrupulosamente las normas de higiene y limpieza, concernientes al propio usuario y a la piscina e instalaciones.
- Verificar el desempeño de las normas de renovación y tratamiento del agua de la piscina, así como que los controles efectuados al agua están en los límites de la normalidad.
- Es importante que los animales no rodeen las zonas cercanas a la piscina.

#### Tres recomendaciones para todos los bañistas.

(Si se siguen estos consejos evitará que los gérmenes causantes de estas infecciones gastrointestinales contaminen la piscina y contagien a otras personas)

1– No lanzarse a la piscina cuando tenga diarrea (esto es especialmente importante para los niños pequeños con pañales); puede propagar gérmenes en el agua y contagiar y enfermar a otras personas.

2– No tragar el agua de la piscina. Más aún, trate de evitar que el agua entre en su boca.

3– Mantener una buena higiene personal. Tomar una ducha antes de nadar y lavarse las manos después de haber ido al cuarto de baño y después de cambiar los pañales a un niño, ya que los gérmenes que se encuentren en la superficie del cuerpo acabarán en el agua de la piscina. Recordar que el propio usuario es el principal contaminador del agua.



#### Tres recomendaciones para los padres de niños pequeños.

1– Llevar a los niños al cuarto de baño y revisar sus pañales con frecuencia. No espere a escuchar

“tengo pipí”, porque entonces quizá sea demasiado tarde.

2– Cambiar los pañales en un cuarto de baño y no junto a la piscina. Los gérmenes pueden contaminar superficies y objetos junto a la piscina y contagiar a otras personas.

3– Lavar bien al niño con agua y jabón antes de introducirlo en el agua de la piscina. Todas las personas tienen cantidades invisibles de materia fecal alrededor del ano, que luego puede acabar en el agua de la piscina.

#### Recomendaciones para evitar micosis:

- Calzar zapatos y calcetines de fibras naturales o con buena transpiración, efectuando cambio diario.
- Secarse los pies de forma correcta, de forma especial los espacios interdigitales.
- Usar jabón que proteja el pH de la piel.
- No intercambiar calzados y calcetines con nadie.
- Observar los pies con asiduidad.

#### c. Rehabilitación.

En numerosos centros deportivos y de ocio, el medio acuático es usado como tratamiento de rehabilitación. Aunque es el fisioterapeuta el principal encargado de la rehabilitación, el DE realizará actividades de apoyo que sean necesaria.

#### d. Curación

##### d.1. Análisis de riesgos previsible y Actuación de Enfermería:

Los riesgos previsible según la frecuencia en que aparecen serán los siguientes expuestos a continuación. La actuación de Enfermería una vez que se ha producido el daño será una actuación de primeros auxilios o urgencias, debiendo ser valorada posteriormente por el facultativo si la enfermera lo considera oportuno.

##### d.2. Traumatismos. Erosiones, contusiones, cortes, esguinces, fractura...

#### Como se produce:

Existe el antecedente del traumatismo.

Dolor en cualquier zona del cuerpo que ha sufrido un golpe (traumatismo).

#### Solución:

Aplicar frío por varios minutos en la zona contundida.

Dependiendo de la gravedad del golpe, se recomienda consultar al Servicio de Urgencia, especialmente si hay deformidad de la zona afectada e imposibilidad para moverse.

#### Como evitarlo:

Evitar situaciones de riesgo de traumatismos.

Usar elementos de protección adecuados a la práctica deportiva.

Cumplir las normas básicas de seguridad de la piscina.

## 2. Picaduras de insectos

#### Como se produce:

Por lo general, existe el antecedente de la picadura. La zona está roja, duele y hay sensación de calor.

#### Solución:

Aplicar compresa o paño frío por 10 minutos en la zona de la picadura.

En el caso de abejas, retirar la lanceta, idealmente con una pinza.

Aplicar un paño empapado en vinagre doméstico en la zona de la picadura por algunos minutos o amoníaco o preparado comercial que lo contenga (after bite®)

Como evitarlo:

En circunstancias de riesgo de picaduras: primavera, verano, piscina, lagos, campo, se recomienda uso de repelentes de insectos.

### 3. Quemaduras

Como se produce:

Los más frecuentes son por líquidos calientes.

Pueden producirse también por contacto con cáusticos, frío, fuego, parafina y artefactos de calefacción.

Solución:

Quemaduras pequeñas: Colocar bajo el agua fría unos 5 a 10 minutos. Observar si aparecen ampollas, cubrir con gasa o paño limpio y llevar a un Servicio de Urgencia.

Quemaduras mayores: Llamar una ambulancia, cubrir con sábana o paño limpio húmedo y frío. Administrar sueroterapia (suero fisiológico o ringer) y controlar constantes vitales.

Como evitarlo:

Evitar que los niños estén cerca de aparatos que generen calor.

Colocar protecciones para evitar acceso a lugares que contengan fuentes de calor.

Evitar exposición al sol el horarios de máxima intensidad de éste.

### 4. Síncope, hipotensión, hipoglucemia. Desmayo

Como se produce:

Puede producirse a causa del dolor, no haber ingerido alimentos durante muchas horas, por motivos psicológicos u otros. Aparece palidez, sudor, pulso débil, náuseas y/o vómitos y se pierde la conciencia por algunos minutos.

Solución:

Acostar a la persona y elevar las piernas.

Debería mejorar en 5 a 10 minutos.

Control de constantes vitales: descartar hipotensión.

Control de glucemia capilar: descartar hipoglucemia.

Si no mejora, debe ser llevado a un Servicio de Urgencia.

Como evitarlo:

Evitar ayuno prolongado.

Evitar presenciar situaciones que provoquen impacto psicológico.

Acudir a un Servicio de Urgencia si se tiene un dolor agudo.

### 5. Cortes de digestión o golpe de agua o síncope de hidrocución

Cómo se produce:

Es consecuencia de una entrada brusca en el agua por un cambio extremo de temperatura corporal, pero también deviene si se ingieren helados o refrescos muy fríos. Se trata de un trastorno de gravedad variable que tiene lugar como consecuencia de la diferencia de temperatura entre la piel y el agua. Al entrar al agua de la playa o la piscina de forma súbita, mien-

tras tiene lugar el proceso de digestión, la sangre que se encuentra en el tubo digestivo se desplaza a otros órganos como la piel, para que se pueda contrarrestar el cambio de temperatura que tiene lugar.

Los síntomas son: náuseas, vómitos, mareo, está palidez y sudoración, pérdida de conciencia. Estos últimos síntomas son de mayor gravedad, aunque aparecen con menor frecuencia, pero hay que tener en cuenta que en el peor de los casos se puede llegar a sufrir un paro cardíaco.

Solución:

avisar a los servicios de urgencias y sacar a la persona del agua lo más rápido posible. Es de gran ayuda que hasta que lleguen dichos servicios se realice la maniobra frente-mentón para abrir las vías respiratorias e iniciar las maniobras de reanimación correspondientes en caso de que la persona sufra un paro cardio-respiratorio. Iniciar maniobras de RCP intermedia si precisa.

Cómo evitarlo:

Prevención es lo más importante. Habitarse a respetar un tiempo prudencial de unas dos horas y media o tres tras la comida antes de sumergirse en el agua. Es igual de importante no entrar de golpe en el agua sino hacerlo de forma progresiva para que el cuerpo se vaya acostumbrando al cambio de temperatura, sobretodo después de haber estado al sol o de haber realizado ejercicio.

También conviene saber que un helado o un granizado, alimentos muy consumidos entre los más pequeños, pueden resultar muy refrescantes, pero si se toman después de realizar ejercicio, son capaces de provocar un corte de digestión, como consecuencia del descenso de presión sanguínea que tiene lugar en la región digestiva. Es importante que los usuarios se habitúen a seguir estas sencillas pautas de prevención para que así puedan disfrutar con seguridad de las piscinas.

### 6. Atragantamiento

Como se produce:

La persona no puede hablar, toser ni respirar.

Los adultos en señal de desesperación se llevan las manos al cuello. Los niños pequeños corren batiendo los brazos.

Los bebés se ponen inmediatamente azules.

Solución: maniobra de Heimlich.

Bebé: tomarlo en brazos boca a bajo, pegar palmadas en la espalda interescapulares.

Niños grandes y adultos: animarlos a toser, dar palmadas interescapulares con el cuerpo hacia delante y si no se evacua el cuerpo extraño rodearlo desde atrás en forma de abrazo, pasando los brazos a la altura de la boca del estómago y apretar fuertemente. (5 veces).

Si no respira, se debe comenzar respiración asistida. Si no tiene pulso, alternar con masaje cardíaco (Según las recomendaciones del plan Nacional de RCP).

Como evitarlo:

Dejar a los bebés aparte si ya han comido.

No dejar al alcance de los niños, pequeños objetos como bolitas, dulces o juguetes muy pequeños.

Cortar en trozos pequeños los alimentos.

### 7. Cuasiahogamiento. Asfixia por inmersión

Como se produce:

(Ahogamiento en agua).

En niños pequeños en recipientes con agua y desde luego en piscinas, playas, ríos, lagos, etc.

Solución:

Si no respira, se debe comenzar respiración asistida. Si no tiene pulso, alternar con masaje cardíaco (Según las recomendaciones del plan Nacional de RCP).

Como evitarlo:

Proteger con rejas las piscinas.

No dejar solos a niños pequeños cerca de orillas (ríos, mar, lago, etc.)

No dejar a los niños pequeños solos en la pila del baño, cerca de fuentes o recipientes con agua.

## 8. Insolaciones. El Golpe de calor

Esta es la patología ambiental por calor más grave aunque la menos frecuente. El proceso de aclimatación al calor requiere entre 4 y 7 días.

Cómo se produce:

Los factores más frecuentes de su desencadenamiento son:

1. Ejercicio físico intenso en condiciones climáticas adversas (temperaturas y grado de humedad ambiental elevados).
2. Falta de aclimatación al calor.
3. Edades extremas (ancianos o niños pequeños).
4. Ingesta hídrica insuficiente o deshidratación.
5. Obesidad (elevada relación peso/superficie corporal).

Solución:

Sacar al accidentado de la fuente de calor, lo antes posible, Retirarle las prendas de vestir,

Posición lateral de seguridad

Canalizar vía periférica y administra suero fisiológico o ringer.

Control de constantes.

Aplicarle paños mojados con agua fría o hielo por todo el cuerpo,

Traslado al hospital.

Cómo evitarlo:

La mejor estrategia para el tratamiento del golpe de calor es prevenir su aparición. En la actualidad, la puesta en marcha de campañas de información sobre medidas de prevención en general, y a determinados grupos de riesgo (ancianos, personas que realizan una gran actividad física), en particular, están siendo eficaces a la hora de afrontar un golpe de calor.

Esta educación debe ir encaminada a mantener una buena hidratación, reducir la actividad física durante las horas de calor, utilización de ropa fina y ligera, mantener bien ventiladas las habitaciones o utilizar aire acondicionado, no beber alcohol ni tomar estimulantes y realizar un control frecuente de la temperatura corporal. También es aconsejable enseñar al paciente a reconocer signos que delaten hipertermia (piel caliente y roja, aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia, etc.).

## 9. El botiquín de Enfermería

Según el reglamento del régimen técnico-sanitario de piscinas de Andalucía, en el artículo 27, aparece que toda piscina deberá disponer de un botiquín o local destinado a la

realización de primeros auxilios, de fácil acceso, bien señalizado, con teléfono e información de los servicios de urgencias.

Las piscinas con una capacidad de alojamiento igual o superior a 45 usuarios contarán con una enfermería, establecida en lugar adecuado, bien señalizado e independiente, con fácil acceso por el interior del recinto y que permita a su vez, una inmediata y rápida evacuación al exterior.

La enfermería o local destinado a primeros auxilios, permanecerá abierto las horas que lo haga la piscina al público, y su dotación será como mínimo la siguiente.

El botiquín de piscinas con aforo inferior de 450 personas:

- Algodón
- Gasas esterilizadas
- Vendas
- Alcohol
- Agua oxigenado
- Solución yodada
- Algún antihistamínico.

El botiquín o enfermería de piscinas con aforo superior a 45 personas: además de lo señalado en el apartado anterior:

- Camillas o mesas basculantes
- Bala de oxígeno con mascarilla
- Abrebocas
- Pinzas de disección
- Tijeras curvas
- Material de sutura
- Agujas
- Jeringas
- Guantes desechables
- Tablillas para inmovilización
- Analgésicos
- Desinfectante de manos

El Botiquín de Enfermería que proponemos debe contar con el material necesario para proceder a la realización de los primeros auxilios; RCP intermedia, así como material de inmovilización básico y curas.

Para clasificar el material necesario, se va a seguir el método A, B, C. (vía aérea, ventilación, circulación y curas, otros...) A Y B. VÍA AÉREA-VENTILACIÓN-CONTROL CERVICAL.

Cánula orofaríngea (Guedel®), de todos los números.

Balón autohinchable (Ambú®) con reservorio: adulto y pediátrico.

Mascarillas de oxígeno de adulto y pediátrica.

Bombona de oxígeno transportable de 5 litros.

Alargadera de oxígeno.

Collarines, de todos los números o tallas.

C. CIRCULACIÓN:

Sueros fisiológicos de 100, 250 y 500 cc.

Suero glucosado de 100 y 500cc.

Expansores del plasma: Hemocé®

MEDICACIÓN ORAL:

Analgésicos-antiinflamatorios:

Diclofenaco (voltaren®)

Ácido acetil salicílico

Paracetamol (Apiretal®, efferalgan®)

Metamizol. (Nolotil®)

Ibuprofeno (Dalsy®)

MEDICACIÓN TÓPICA:

Cloruro de etilo (chemisona®, Clorhetilo®)

Fepradinol (Reflex,® spray)

Sulfamida argéntica (flamacine®)

Centella asiática y neomicina (Blastoestimulina®)

Dexclorfeniramina maleato (polaramine crema®)

Amoniaco (after bite®)

MEDICACIÓN PARENTERAL:

6-metilprednisolona (Urbason,® amp. 20 mg, 40 mg, 250 mg.)

Adrenalina. 10 ampollas.

Atropina: 4 ampollas.

D. MATERIAL DE CURAS:

Gasas y compresas

Vendas de 5x5 y 10x5

Guante de látex

Suero fisiológico para lavado

Povidona yodada. (Betadine®)

Agua oxigenada

Tul graso (Linitul®)

Puntos de aproximación

Sutura

Seda de todos los números (del 0 al 6)

Guantes estériles

Paños de campo estériles

Set de sutura (porta agujas, tijeras, pinzas)

Cremas

Sulfamida argéntica (Falmacine®, Silvederma®)

Nitrofurazona (Furacin®).

Blastoestimulina®

After bite®

E. MATERIAL DE INMOVILIZACIÓN:

– Collarines Cervicales, números del 1 al 4.

– Férula tetracameral

– Tabla espinal larga de polietileno

– Férulas metálicas de varios tamaños

– Férulas de vacío de MMSS y MMII

– Vendas elásticas.

## RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

- Con esta guía, los enfermeros que comiencen su andadura profesional en este campo, tendrán una referencia básica para su actuación profesional.
- Por otra parte, se adjunta una relación de material necesario según la legislación vigente y otro recomendable según nuestra experiencia.
- El DUE de la piscina no solo se ocupará de la atención de los primeros auxilios, sino que realizará actividades de educación sanitaria, promoción de la salud y prevención de la enfermedad y rehabilitación.

- Se detallan actividades de promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Proponemos que el DUE realice un registro de todas las actividades (promoción, prevención...) así como las actuaciones de primeros auxilios que pudiese realizar.
- La actuación de enfermería en las emergencias que puedan acontecer en este medio se debe limitar a la realización de soporte vital básico e intermedio, según los medios disponibles, hasta que llegue el equipo de emergencias.
- Se adjunta en un anexo las normativas vigentes en España respecto a las piscinas en las comunidades autónomas españolas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Primeros auxilios:  
[www.seguros.basefinanciera.com/primeros\\_auxilios.html](http://www.seguros.basefinanciera.com/primeros_auxilios.html)
- Natación: medidas de seguridad para prevenir accidentes en el agua.  
[www.deportedigital.galeon.com/salud/natsegur.htm](http://www.deportedigital.galeon.com/salud/natsegur.htm)
- *El contagio de infecciones en piscinas públicas.*  
<http://www.educa.aragob.es/iesbinef/departam/webinsti/micr7.htm>
- Normativas de piscinas en diversas comunidades autónomas.  
[www.asofap.com/normativa/10cas\\_b.htm](http://www.asofap.com/normativa/10cas_b.htm)
- Urkia Mieres. guía de primeros auxilios. Ed. Cruz Roja Española. 13ª edición. 2000.
- C. Álvarez Leiva. Manual de atención a múltiples víctimas y catástrofes. Ed. Arán. 1º edición. 2002.
- Lavante. Curso de atención inicial al politraumatizado. 1ª edición. 2004.
- Remington. Enfermería de urgencias. Asociación de enfermería de urgencias. Biblioteca enfermería profesional. mc graw hill-interamericana. 4ª edición. 1996.
- Proenn. Enfermería de urgencias. Procedimientos de enfermería de urgencias. Biblioteca enfermería profesional. 2 vols. 1ª ed. 1996.
- E. Rovira Gil. Urgencias en enfermería. Serie enfermería del siglo 21. Ed. Dae. 2002.
- J. Romero Nieva Lozano, M.C. duque del río. Guía de intervención rápida de enfermería en situaciones urgentes. Ed. Dae. 2002.
- Stinson-Dorman. Enfermería clínica avanzada. Atención a pacientes agudos. 1ª ed. Síntesis. 1997.
- M. Ruano. Manual de soporte vital avanzado. consejo español de RCP. 2ª ed. Masson. 2001.
- E. Cordero Cañas. Protocolos de actuación del técnico de transporte sanitario. Ed. Arán.1998.
- J. Abrisqueta. Manejo, movilización y transporte de víctimas. Ed. Arán. 2001.

# INTERVENCIÓN DE UN ENFERMERO ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL SOBRE USUARIOS CON CÁNCER COLON RECTAL Y SUS FAMILIAS

INTERVENTION OF A MENTAL HEALTH NURSE, ON RECTAL COLON CANCER USERS AND THEIR FAMILIES

- Jaime Macías García<sup>1</sup>
- Francisco González Pérez<sup>1</sup>
- Andrés Eslava Martín<sup>1</sup>
- Sara Baena Mora<sup>1</sup>
- Margarita Aragón Puertas<sup>1</sup>
- Demelsa Muñoz Borrego<sup>1</sup>

<sup>1</sup> D.E. Especialista en Salud Mental.

## Resumen

El diagnóstico de cáncer se presenta como una importante fuente de alteración de los patrones, los roles y las relaciones normales y habituales en los usuarios y sus familias. Esto conlleva a unos niveles elevados de ansiedad; síntomas depresivos; afrontamientos ineficaces de las nuevas situaciones que se pueden plantear, afectación de la vida social y laboral,...

Igualmente la familia sufre una alteración en sus relaciones, respondiendo con su propio duelo ante la nueva situación, a la vez que tiene un papel muy importante al proporcionar un entorno adecuado, de calma y apoyo.

Metodología: Estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo. Se estructurarán dos grupos, caso y control, donde sólo el primero recibirá la intervención. Dicha intervención será llevada a cabo por un Enfermero Especialista en Salud Mental (E.E.S.M), (apoyado por un enfermero de oncología) sobre el usuario y su familia conjuntamente, con un número de sesiones ilimitadas (según necesidades del usuario y familia) durante seis meses, y con una duración entre 30 y 60 minutos cada sesión. Las diferentes sesiones tendrán una orientación cognitivo conductual. Se valorará que consecuencias tiene sobre el usuario y su familia el diagnóstico de la enfermedad y su evolución, incluyendo la respuesta conductual y afectiva que dan en las diferentes situaciones.

### SUMMARY

The diagnosis of cancer appears as an important source of alteration of the patterns, the roles and the normal and habitual relations in the users and their families. This carries to a few high levels of anxiety; depressive symptoms; ineffective confrontations of the new situations can be appeared, affectation of the social and labour life...

Methodology: quasiexperimental, longitudinal and market Study. Two groups, case and control will be constructed, where only the first one will receive the intervention. The above mentioned intervention will be carried out by a Mental Health nurse, (supported by an oncology nurse) on the user and his/her family together and with an unlimited number of meetings for six months. The different meetings will have a cognitive behaviourally orientation. It will be valued what are the consequences on the user and his/her family the diagnosis of the disease and its evolution, including the behavioral and affective response that they give in the different situations.

## PALABRAS CLAVE:

- ✓ Enfermería,
- ✓ Colon rectal,
- ✓ Cáncer,
- ✓ Oncología,
- ✓ Afrontamiento,
- ✓ Salud mental

## KEY WORDS:

- ✓ Nursing,
- ✓ Rectal colon,
- ✓ Cancer,
- ✓ Oncology
- ✓ Confrontation,
- ✓ Mental health

## JUSTIFICACIÓN Y ANTECEDENTES

La familia es el soporte familiar primordial en el suministro de cuidados del paciente con enfermedad crónica, pero hay que identificar a la persona/s que llevarán el peso de la atención, el cuidador primario o informal el cual tiene un papel de amortiguación de todas las tensiones que se van generando a lo largo del proceso, para intensificar la atención sobre él, revisar sus vivencias y el impacto que se vayan produciendo (4).

Por otro lado, y según datos de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), sabemos que el cáncer colon rectal es el 3º en frecuencia entre los hombres y el 2º entre las mujeres, en los países desarrollados, además de que, de todos éstos, el 54 % de los usuarios sobreviven más de 5 años (1). Como en todo cáncer, se produce una alteración de los patrones, los roles y las relaciones normales y habituales de los usuarios y sus familias.

Según el Dr. Odriozola, el duelo tiene que ver con pérdidas (humanas, evolutivas, afectivas, sociales y corporales), con cambios, con terminaciones y situaciones vitales que implican el final de algo (5). De esta definición podemos ver que el duelo no se da solo tras el fallecimiento de algún ser querido, sino que también sería un duelo el paso de adolescencia a la emancipación, el parto, el envejecimiento, los cambios de status, ... y la enfermedad.

Si continuamos definiendo conceptos, y aprovechando las definiciones de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), diremos que el duelo disfuncional sería el fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las que el individuo, familia y comunidad tratan de superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de una pérdida. Como afrontamiento inefectivo, entiendo la incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes, para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles (6).

Una vez aclarado los conceptos principales, y partiendo de que la profesión de enfermería es de las profesiones sanitarias que más tiempo pasan con los usuarios y sus familias, debemos tener en cuenta las dificultades con que se pueden encontrar los enfermeros a la hora afrontar la amplia variedad de situaciones con que se pueden encontrar. Por ejemplo, según un estudio realizado, en 2001, sobre 103 enfermeros de un hospital general, en relación a las dificultades que encontraban a la hora del trato con usuarios en situación terminal, familiares y demás profesionales compañeros sanitarios, concluyeron que la mayor dificultad radica en el manejo de los aspectos emocionales en relación al alivio del sufrimiento de los pacientes y sus familias. Por otro lado, observaron que son más elevadas las dificultades en relación a los familiares del usuario que con el propio paciente (7). De dicho estudio, y centrándonos en los usuarios con cáncer colon rectal y sus familiares, se desprende la necesidad de intervención de un Enfermero especialista en Salud mental, con el fin de ofrecer una respuesta adecuada a dichos usuarios y sus familiares.

Ante esta situación, destacamos un estudio llevado a cabo en Upsala (Suecia) sobre 179 mujeres con cáncer de mama, las

cuales se distribuyeron en dos grupos, donde uno sería atendido por un psicólogo y el otro por una enfermera oncológica formada para dicha intervención, a través de sesiones de apoyo psicosocial individual, con un número de sesiones indeterminado. Al finalizar el estudio, se pudo ver que las mujeres mostraban una alta satisfacción con intervenciones de apoyo psicosocial, independientemente de quien se la proporcionase; En cambio, en aspectos relacionados con el manejo de la enfermedad, el beneficio percibido es mayor cuando lo realizan enfermeras (8). Desde otro estudio, llevado a cabo en el Hospital de día de oncología de Zaragoza, donde se pretendía determinar la efectividad de las intervenciones de enfermería en términos de ayuda y apoyo psicosocial individual sobre una población con cáncer de pulmón, en comparación con otra población de características similares que no recibe la intervención, se desprende que la población que recibió la intervención mostró una mejor adaptación a su nuevo estado, además de aumentar la confianza entre el enfermero responsable, el usuario y su familia (9).

En ambos estudios, hemos destacado dos proyectos con intervenciones enfermeras individuales, debido a que según se desprende de una revisión llevada a cabo por un Equipo Cochrane en 2003, sobre "Intervenciones para mejorar la comunicación con niños y adolescentes acerca del cáncer en un miembro de la familia," los diferentes métodos de comunicación con los niños y los adolescentes acerca del cáncer en un miembro de la familia no han sido evaluados ampliamente en ensayos controlados. La evidencia no es suficiente para sugerir que ciertas intervenciones, como las intervenciones de grupos estructurados, pueden producir mejoras en el conocimiento y la comprensión, en la superación, la ansiedad, la adaptación y el bienestar. Se necesitan más investigaciones para analizar el valor comparativo de estas intervenciones (10). Reforzando estas conclusiones, se encuentra un estudio llevado a cabo en 2005 por enfermeros del Instituto Catalán de Salud (Efectividad de un programa de educación grupal estructurada en personas con diabetes mellitus tipo 2), donde evaluaban la efectividad de la educación grupal estructurada en personas con diabetes mellitus tipo II, como complemento de la educación individual recibida en las consultas de enfermería, de donde se concluyó que la educación grupal estructurada, como complemento de la educación individual, mejora de modo significativo el control metabólico de la diabetes y, por tanto, podría disminuir las complicaciones microvasculares (11). Extrapolando estos datos obtenidos en una población diabética sobre los usuarios oncológicos y sus familiares, nos centraremos en una intervención individualizada, sin descartar futuras intervenciones grupales.

Teniendo en cuenta estos estudios previos, además de las anteriores definiciones, y sabiendo que el duelo según Elisabeth Kubler-Ross (12) pasa por diferentes etapas hasta su conclusión (Negación, ira o rabia, negociación, depresión y aceptación) y que además es algo necesario para poder continuar viviendo, para separarse de la persona perdida conservando lazos diferentes con ella y para reencontrar la libertad del funcionamiento psíquico (13), vemos necesaria la intervención de un enfermero especialista en salud mental en conjunto con un enfermero con conocimientos demostrados en oncología, sobre los usuarios con cáncer colon rectal y sus familias. En todo momento, estará presente el II Plan Integral de

Oncología de Andalucía 2007–2012 (con un código de buenas prácticas en comunicación) (14); y el modelo de Relaciones Interpersonales elaborado por Hildergarde Peplau, primera enfermera en elaborar un modelo teórico utilizando conocimientos extraídos de las ciencias del comportamiento. Para Peplau, “La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria” (15), estando todos estos adjetivos muy de actualidad en los Procesos de Trastorno Mental Grave, Proceso de Trastorno de la Conducta Alimentaria y Proceso de Ansiedad, Depresión y Somatización de la Junta de Andalucía.

## OBJETIVOS

### 1. Objetivo general

Ofrecer un apoyo especializado, en una situación de crisis (como sería el momento del diagnóstico y/o la evolución de un cáncer)

### 2. Objetivos específicos

Favorecer afrontamientos eficaces y patrones normalizados en las diferentes esferas de la faceta humana (personal, social, laboral, recreativa, ...)

Evitar duelo disfuncional en la actualidad y/o en un futuro.

## HIPÓTESIS DE TRABAJO

### 1. Hipótesis conceptual

La intervención de un Enfermero Especialista en Salud Mental (EESM) en colaboración con el Enfermero Referente del paciente en la unidad de oncología, sobre usuarios con cáncer colon rectal y sus familiares, a través de sesiones cognitivo conductuales, individualizadas e ilimitadas, influye sobre el desarrollo del duelo y el afrontamiento en las diferentes esferas de la vida, sobre la ansiedad y sobre el dolor del paciente y su familia en comparación sobre aquellos usuarios y familiares que no reciben la intervención.

### 2. Hipótesis operativas

La intervención de un Enfermero Especialista en Salud Mental en colaboración con el Enfermero Referente del paciente en la unidad de oncología, sobre usuarios con cáncer colon rectal y sus familiares, a través de sesiones cognitivo conductuales, individualizadas e ilimitadas favorece el desarrollo normal del duelo y mejora el afrontamiento en las diferentes esferas de la vida del paciente y su familia en comparación sobre aquellos usuarios y familiares que no reciben la intervención.

La intervención de un Enfermero Especialista en Salud Mental en colaboración con el Enfermero Referente del paciente en la unidad de oncología, sobre usuarios con cáncer colon

rectal y sus familiares, a través de sesiones cognitivo conductuales, individualizadas e ilimitadas, disminuye la ansiedad y el dolor, en comparación sobre aquellos usuarios y familiares que no reciben la intervención.

## METODOLOGÍA

### 1. Diseño metodológico

Estudio cuasiexperimental, longitudinal y prospectivo. Se ha elegido este diseño ya que un diseño experimental no sería posible por cuestiones éticas.

### 2. Ámbito de estudio

Comunidad Autónoma de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Universitario Virgen Macarena. Unidad de Oncología. El H. U. Virgen Macarena, es un hospital de tercer nivel, que atiende a un área de aproximadamente 471.347 habitantes (según Inihos 2006), en la provincia de Sevilla.

### 3. Muestra

Para el grupo de pacientes, la muestra estará formada por todos aquellos pacientes diagnosticados de cáncer colon rectal en la unidad de oncología del H. U. V. Macarena, siempre que no se encuentre en situación terminal y/o esté en tratamiento paliativo.

Para el grupo de familiares, todos aquellos que sean familiar de primer grado del paciente.

### 4. Población

Pacientes oncológicos, cáncer colon rectal, que hubiesen sido diagnosticados recientemente y que no se encuentre en situación terminal con cuidados paliativos. Para ello, tendremos en cuenta el concepto de situación de enfermedad terminal que define el Plan Nacional de Cuidados Paliativos (2001): “Aquella en la que existe una enfermedad avanzada, incurable, progresiva, sin posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, que provoca problemas como la presencia de síntomas multifactoriales, intensos y cambiantes con la existencia de un gran impacto emocional en enfermos, familiares y equipos, con un pronóstico de vida generalmente inferior a los seis meses, que genera una gran demanda de atención, y en la que el objetivo fundamental consiste en la promoción del confort y la calidad de vida del enfermo y de la familia, basada en el control de síntomas, el soporte emocional y la comunicación”.

La Unidad de Oncología médica del Hospital Virgen Macarena, tiene 15 camas para pacientes oncológicos, contando con 570 nuevos ingresos durante el año 2006.

En consultas externas, y remitiéndonos al año 2006, atendió a 1097 pacientes oncológicos como primera consulta y hasta 16910 como consultas sucesivas. Centrándonos en el cáncer colon rectal, en el año 2006 se diagnosticaron 161 cáncer de colon y 64 de recto, siendo un total de 225 entre

ambas patologías. Por otro lado, en la consulta oncológica radioterapéutica, 556 como primera consulta y 8283 pacientes oncológicos en consultas sucesivas.

## CRITERIOS DE INCLUSIÓN/EXCLUSIÓN PARA LOS DIFERENTES GRUPOS

Criterios de inclusión para el grupo de casos y el grupo control de familiares

– Ser familiar de primer grado del enfermo (máximo dos por paciente).

Para los casos en los que exista más de dos familiares de primer grado, los criterios de elección serán los siguientes:

1º: Ser considerado cuidador principal del usuario.

2º: Que conviva con el usuario.

3º: A igualdad de criterios, el que mayor número de horas pase con el usuario (horas/semana).

4º: En caso de persistir la igualdad entre más de dos miembros de la familia, la elección será a criterio del investigador.

– Que a su familiar lo hayan diagnosticado de cáncer colon rectal en el último mes.

Criterios de exclusión para el grupo de casos y el grupo control de familiares

– Haber estado en los últimos cinco años en seguimiento por algún especialista de la salud mental (psiquiatra, psicólogo o enfermero especialista en salud mental)

– Recibir la intervención de algún sanitario especialista de la salud mental, durante los seis meses que dura el proyecto, (psiquiatra, psicólogo y/o enfermero especialista en salud mental)

Criterios de inclusión al grupo casos de pacientes

– Haber sido diagnosticado de cáncer colonrectal en el último mes.

Criterios de exclusión al grupo casos de pacientes

– Haber sido declarado como paciente en situación terminal y con tratamiento paliativo.

– Haber recibido intervención por especialistas de la salud mental durante los cinco años anteriores al inicio del grupo.

– Recibir la intervención de algún sanitario especialista de la salud mental, durante los seis meses que dura el proyecto, (psiquiatra, psicólogo y/o enfermero especialista en salud mental)

Criterios de inclusión al grupo control de pacientes

– Haber sido diagnosticado de cáncer colonrectal en el último mes.

Criterios de exclusión al grupo control de pacientes

– Haber sido declarado como paciente en situación terminal y con cuidados paliativos

– Haber recibido intervención por especialistas de la salud mental durante los cinco años anteriores al inicio del grupo.

– Recibir la intervención de algún sanitario especialista de la salud mental, durante los seis meses que dura el proyecto, (psiquiatra, psicólogo y/o enfermero especialista en salud mental)

## VARIABLES

### Variable dependiente

Afrontamiento/duelo que realiza el paciente y la familia sobre el diagnóstico y la evolución de la enfermedad.

Para ver el estado de la variable dependiente, pasaremos el cuestionario sobre calidad de vida: satisfacción y placer, (Q-Les-Q) auto administrado al inicio de la intervención, a los tres meses y a la finalización de la misma (seis meses) para el grupo de casos y para el grupo control.

Dicho cuestionario consta de 93 ítems, con 5 repuestas posibles en cada uno de los casos, y dividido a su vez en 8 bloques claramente diferenciados: Estado de salud física (13 ítems); estado de ánimo (14); trabajo (13); actividades de la casa (10); tareas de curso/de clase (10); actividades de tiempo libre (6); relaciones sociales (11); actividades generales (16).

Cada uno de los bloques, plantea cuestiones referidas a la última semana, englobando las diferentes esferas de la vida, por lo que nos podemos hacer una idea de cómo la persona las afronta, además de conocer la satisfacción y el placer que percibe en cada una de las actividades realizadas.

Paralelamente a la realización de dicho cuestionario, se pasarán la escala de ansiedad de Hamilton, el cuestionario de dolor español (C3DE) y una escala likert para los Criterios de Resultados pactados para la superación de los diagnósticos enfermeros detectados.

La escala de Hamilton, será heteroadministrada por el EESM en tres momentos diferentes; al inicio de la primera entrevista, en la entrevista que corresponda a los tres meses y la que finaliza a los seis meses. Consta de catorce ítems en total, de los cuales siete son para la ansiedad psíquica y otros siete para la ansiedad somática. Cada ítem puntuará entre cero y cuatro, siendo el resultado final la suma de todos los ítems. Al no existir puntos de corte, una mayor puntuación entre dos escalas realizadas a una misma persona, en momentos diferentes, significaría mayor intensidad de ansiedad.

Para el C3DE, que será auto administrado, contará con 62 descriptores distribuidos en 15 clases y, a su vez, en tres clases o dimensiones (sensorial, afectiva y evaluativo); una escala visual analógica; y una representación de figura humana donde debe señalar el lugar exacto donde se localiza el dolor.

La realización de las escalas, nos ayudarán a ver como el usuario y sus familiares afrontan las diferentes situaciones con que se puedan encontrar tras el diagnóstico, tratamiento y evolución de la enfermedad y, por tanto, ver el estado de la variable dependiente.

## Variable independiente

Intervención del Enfermero Especialista en Salud Mental en colaboración con un enfermero de oncología sobre el paciente y su familia.

Desde la unidad de hospitalización o desde las consultas externas de oncología, la enfermera responsable de cada paciente nuevo diagnosticado de cáncer colon rectal, se pondrá en contacto vía teléfono con el enfermero especialista en salud mental (E.E.S.M) responsable de la intervención, además de rellenar un documento donde se especifican los datos de filiación del interesado, diagnóstico médico y enfermeros y posibles criterios de inclusión que cumple para participar en la investigación.

Una vez que recibe la llamada el E. E. S. M., se citará (ya sea en presencia o por teléfono) con el usuario y familiar para informarles sobre el programa.

La intervención será llevada a cabo por un E.E.S.M, sobre el usuario y su familia conjuntamente, con un número de sesiones ilimitadas (según necesidades del usuario y familia) durante seis meses, y con una duración entre 30 y 60 minutos cada sesión. Por tanto, y siempre que el usuario y/o el familiar no requiera adelantar ninguna cita, las entrevistas se programarán de forma mensual, con lo que cada grupo de usuario y familiar serán visto un mínimo de seis veces al finalizar la intervención. Para adelantar cualquier cita o solventar alguna duda, el usuario y familiar contarán con un número de teléfono, que les pondrá directamente con el E.E.S.M. Dichas intervenciones, serán llevadas a cabo en el propio hospital de referencia.

Las diferentes sesiones tendrán una orientación cognitivo conductual, donde tendrá especial importancia la escucha activa y la empatía, además de ver que consecuencias tiene sobre el usuario y su familia el diagnóstico de la enfermedad y su evolución, incluyendo la respuesta conductual y afectiva que dan en las diferentes situaciones.

En la primera entrevista, el EESM se volverá a presentar al usuario y familiar, tendrá un primer contacto donde se firmará el consentimiento informado, recogerá datos generales (socio-familiares) y presentará y rellenará junto a los mismos los cuestionarios auto-administrados, como es el caso del cuestionario Q-les-Q y el C3DE.

Las sucesivas entrevistas, serán dirigidas por el EESM según los diagnósticos de enfermería detectados por él mismo, además de tener en cuenta los objetivos y las intervenciones de enfermería pactadas.

Para los DxE, se tendrán en cuenta principalmente los siguientes:

- 00125 Impotencia.
- 00124 Desesperanza.
- 00061 Cansancio en el desempeño del rol del cuidador.
- 00148 Temor.
- 00146 Ansiedad.
- 00147 Ansiedad ante la muerte.
- 00072 Negación ineficaz.
- 00135 Duelo disfuncional.
- 00069 Afrontamiento inefectivo.
- 00150 Riesgo de suicidio.
- 00053 Aislamiento social.

Para los NOC, contamos principalmente con:

- 1402 Control de la ansiedad.
- 1300 Aceptación: Estado de salud.
- 1404 Control del miedo.
- 1705 Orientación sobre la salud.
- 1405 Control de los impulsos.
- 0906 Toma de decisiones.
- 1204 Equilibrio emocional.
- 1604 Participación en actividades de ocio.

Para los NIC, contamos preferentemente con:

- 5240 Asesoramiento.
- 5230 Aumentar el afrontamiento.
- 5340 Presencia.
- 5250 Apoyo en la toma de decisiones.
- 5290 Facilitar el duelo.
- 5820 Disminución de la ansiedad.
- 5880 Técnicas de relajación.
- 4920 Escucha activa.
- 5270 Apoyo emocional.
- 6160 Intervención en caso de crisis.
- 4420 Acuerdo con el paciente.

Para las cuestiones y dudas de los usuarios y sus familiares relacionadas con el diagnóstico, evolución y/o tratamiento del cáncer, el E.E.S.M. podrá contar con la participación del enfermero de oncología referente del usuario, y en el caso de que no tenga asignado un enfermero referente en la unidad de oncología, se contará con un mismo enfermero para todos los casos.

Otras variables a tener en cuenta para los resultados finales.

Variable	Tipo	Valor
Sexo	Categorica/dicotómica	Hombre/mujer
Edad	Cuantitativa discreta	Años
Estado civil	Categorica/dicotómica	Casado/soltero
Afrontamiento/duelo		Cuestionario Q-les-Q
Síntomas de los estados de ansiedad	Categorica nominal	A+Ausente/leve/moderado/grave/ Muy grave
Dolor	Cuantitativa dicotómica	0-100
Criterios de resultados.	Cuantitativa discreta	1-5

## RECOGIDA DE DATOS

Los primeros datos del usuario serán recogidos en formato papel por el enfermero de oncología que lo deriva, donde constarán datos de filiación, diagnóstico médico, diagnóstico enfermero y posibles criterios de inclusión dentro del programa.

Posteriormente, y al inicio de la primera entrevista con el E.E.S.M., se pasará el cuestionario Q-les-Q, la escala de ansiedad de Hamilton, el cuestionario del dolor español (C3DE) y la escala likert para los Criterios de Resultados todos ellos en formato papel, para una vez valorados, informatizar los resultados.

A los tres meses y seis meses de iniciado el seguimiento, el E.E.S.M. volverá a pasar la escala de ansiedad de Hamilton y la escala likert de Criterios de Resultados en una de las entrevistas con usuario y familiar, mientras que las escalas del dolor en español y el cuestionario Q-les-Q serán traídas por usuario y familiar, en formato papel, desde sus casas. Nuevamente, los resultados obtenidos serán informatizados.

Tanto las diferentes escalas y cuestionarios realizados a los usuarios, como sus consentimientos informados, serán recogidos en carpetas individualizadas.

## LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Probablemente la limitación más importante que presente este estudio sea la de las muertes entre el grupo de usuarios. Añadida a dicha limitación, contamos con:

– Una vez captados los usuarios y familiares y realizada la primera intervención, la no continuidad y seguimiento de alguno de ellos. Aquellos que no asistan a un mínimo de 3 sesiones (la acogida y 2 más), no serán incluidos en el estudio.

– La inclusión de alguno de los usuarios y/o familiares en un recurso o apoyo psicológico diferente al nuestro (psiquiatra, psicólogo o enfermero de salud mental), por indicación facultativa, durante el periodo de estudio (6 meses).

En tales casos, no se incluirían en los resultados del estudio.

Paralelo a lo anterior, la no existencia de dicha metodología de trabajo entre las unidades de oncología y salud mental, de forma reglada, puede dificultar las derivaciones de posibles candidatos a la intervención, pudiendo variar las causas entre falta de conocimientos y/o interés.

## ETAPAS DE DESARROLLO Y DISTRIBUCIÓN DE TAREAS

Primer y segundo mes:

- Elaboración del documento de derivación.
- Impresión del material: cuestionarios.
- Diseño de la base de datos
- Tercer y cuarto mes:
- Coordinación con enfermeros y personal de oncología.
- Puesta en común de los criterios de inclusión y exclusión a los diferentes grupos.

- Puesta en común del documento de derivación de pacientes y familiares desde las consultas externas y/o unidad de hospitalización de oncología hacia el enfermero de salud mental.

Del 4º al 14º mes

- Desarrollo y puesta en marcha del grupo control.
- Recogida e inclusión de datos en la base correspondiente, en un primer contacto, a los tres meses y a los seis meses.

Del 15º al 25º mes

- Desarrollo y puesta en marcha del grupo de casos.
- Recogida e inclusión de datos en la base correspondiente, en un primer contacto, a los tres meses y a los seis meses.

Del 26º al 32º mes

- Tratamiento, análisis e interpretación de los datos.
- Elaboración de resultados y conclusiones.
- Difusión de los resultados.
- Elaboración del artículo científico del proyecto.
- Elaboración de la memoria conjunta del proyecto.

## ESTIMACIÓN DEL TAMAÑO MUESTRAL

En base a argumentaciones anteriores se ha definido para la estimación del tamaño muestral mínimo necesario como variable principal el nivel de ansiedad, ya que se ha descrito en publicaciones previas como el principal factor predictor de malos resultados en calidad de vida y la escala de Q-les-Q de calidad de vida no dispone aun de valores de referencia ni puntos de corte poblacionales claros. Esperando encontrar una diferencia clínicamente relevante de 6 puntos, en la escala de ansiedad de de Hamilton, entre las medias del grupo después de la intervención, y considerando una variabilidad de población de 10 puntos, un error  $\alpha$  del 5%, una potencia  $1-\beta$  del 80%, el carácter bilateral de la prueba y un porcentaje estimado de pérdidas del 10%, el número mínimo necesario de sujetos a tratar de 38. El cálculo se realizó mediante el nQuery Advisor Release 4.0.

## Análisis descriptivo

Primero se realizará una exploración o inspección de los datos para identificar valores extremos y caracterizar diferencias entre subgrupos de individuos. Las variables numéricas se resumirán con medias y desviaciones típicas o, si las distribuciones son asimétricas, con medianas y cuartiles, mientras que las variables cualitativas se expresarán con porcentajes. Estas medidas se determinarán globalmente y para subgrupos de casos.

## Análisis inferencial

Para comparar información de tipo cuantitativo/numérico entre grupos se empleará la prueba T de Student para muestras independientes o en su caso la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. Análogamente para estudiar la relación entre variables de tipo cualitativo en los dos grupos se empleará el test hi-Cuadrado o el test exacto de Fisher (tablas 2x2 poco pobladas). Complementaremos los resultados de estas pruebas de hipótesis con intervalos de confianza al 95% para diferencia de proporciones y el cálculo de la OR y su intervalo de confianza. Para estudiar las relaciones entre dos variables cualitativas dicotómicas relacionadas (antes/ después) se utilizará el test de McNemar.

El análisis de los datos se realizará con el paquete estadístico SPSS 15.0 para Windows.

## APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS EN EL ÁREA DE SALUD

La aplicabilidad y utilidad práctica en el área de salud pudieran establecerse en el caso de verificarse la hipótesis de trabajo, de manera que se pudiera ofrecer al conjunto usuario-familiar un programa de atención integral que cubra las necesidades de información y apoyo que pudiesen demandar y requerir, de tal forma, que podríamos garantizar unos cuidados de calidad.

Paralelo a lo anterior, podríamos considerar que una de las utilidades más importantes de este proyecto sería el trabajo cooperativo a desarrollar entre los enfermeros de salud mental y los enfermeros oncológicos, aplicándose una nueva metodología de trabajo entre ambos campos; y, por qué no, la posibilidad de ampliar la colaboración de dicho enfermero especialista en salud mental, sobre otro tipo de ámbitos y compañeros enfermeros, como serían enfermeros de atención primaria.

Los resultados que se obtengan serán aplicables en las condiciones en que se han testados, pero facilitarían enormemente la labor de generalizarlos a otro tipo de patologías.

## PLAN DE DIFUSIÓN DE RESULTADOS

En caso de verificarse la hipótesis, los resultados obtenidos, así como las impresiones de los investigadores, serán divulgadas en diferentes ámbitos, tales como el Congreso Nacional de Salud Mental, el Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial (SECA), el Congreso anual de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA), además de diferentes jornadas relacionadas con la calidad sanitaria y la enfermedad mental realizadas en la Comunidad Andaluza.

En formato papel, los resultados obtenidos serán publicados en revistas de impacto.

## ASPECTOS ÉTICOS DEL PROYECTO

La investigación respetará los principios éticos para las investigaciones en seres humanos promulgados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en su versión más actual (2004).

La participación en el proyecto es voluntaria y la solicitud de participación es realizada como una propuesta de investigación de salud. El participante será informado por escrito sobre la naturaleza de la investigación y del uso que se va a hacer de la información que se obtenga y se le garantiza la confidencialidad, así como que toda la información, sólo será utilizada para los fines especificados en el estudio. Además de la información verbal a los participantes se les presentará un consentimiento informado por escrito.

Para garantizar la confidencialidad de la información todos los datos recogidos en este proyecto serán registrados de forma anónima, siguiendo estrictamente las leyes y normas de protección de Datos de Carácter Personal en vigor (Ley 15/1999 de 13 de diciembre) y la Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002, de 14 de noviembre).

Con el fin de proteger la confidencialidad de la información personal de los participantes se tomarán las siguientes medidas:

- Todos los datos que puedan identificar al participante se mantendrán separados del resto de la información clínica recogida en el estudio.
- Cada participante del estudio contará con un número de identificación que será el que figure en las bases de datos.
- Todos los investigadores implicados en el proyecto se comprometen a cumplir las normas necesarias para preservar la confidencialidad de la información facilitada por los participantes.
- Todas las bases de datos del proyecto estarán protegidas electrónicamente con códigos que limiten el acceso únicamente a los investigadores del proyecto.

## JUSTIFICACIÓN DEL PRESUPUESTO

Equipo informático (ordenador e impresora). 1800 euros  
Material informático fungible. 500 euros.  
Material Bibliográfico. 400 euros.  
Presupuesto para desplazamiento y dieta del equipo. 600 euros.  
Presupuesto para desplazamiento y dieta del equipo a congresos y jornadas. 1000 euros.  
Espacio físico para la entrevista entre el E.E.S.M. y usuario y familiar, dentro del hospital de referencia.  
Colaboración de informático para el trabajo con datos estadísticos.

## BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

1. Página Web de la Asociación Española Contra el cáncer. (Acceso el 10 de octubre de 2007).

[www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Canceres+por+localizaciones/Cancer+de+Colon](http://www.todocancer.com/ESP/Informacion+Cancer/Canceres+por+localizaciones/Cancer+de+Colon)

2. Gorlat, Berta; Serrallona, Vicenta; Molina, Gertrudis; Machado, M<sup>a</sup> Jesús; Muñoz, Inmaculada; Rodríguez, María del Mar. Los enfermeros: profesionales imprescindibles para mejorar la calidad de vida del enfermo oncológico. *Garnata* 1999 jun 14:5–28.

3. Scott JT, Pricor MJ, Harmsen M, Broom A, Entwistle V, Sowden A, Watt I. Intervenciones para mejorar la comunicación con niños y adolescentes acerca del cáncer en un miembro de la familia (Revisión Cochrane traducida).

4. Domenech, Cristina; Ortiz, M<sup>a</sup> Ángeles; Poza, Blanca. Programa de intervención de enfermería en salud mental con familiares de niños oncológicos. *Invest. & Cuid.* 2005 2<sup>o</sup> Semestre 3(7):31–39.

Consiste en un programa de enfermería donde se tiene muy en cuenta la figura del familiar, como fuente principal de cuidados, realizando un seguimiento del mismo por todo el proceso salud–enfermedad.

5. Dr. Odriozola Espinosa de los Monteros C. *Trabajando el duelo* (tesina doctoral). Barcelona: Asociación Española de Terapia Gestalt. 1999.

Tesina en la que se especifica que el duelo no se da únicamente ante la muerte, sino que también se da ante las pérdidas de rol, pasos entre etapas de la vida,... y todos aquellos cambios que se pueden plantear a lo largo de la vida.

6. NANDA. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación.* 2005–2006. Ed. Elsevier. España. 1<sup>a</sup> edición.

7. Ulla, Sara; Carrillo, Pilar; Argüello, M<sup>a</sup> Teresa; Ramos, José Luis y Rincón, Carolina. Acercamiento al enfermo en situación terminal: implicaciones para la formación de enfermería. *Enfermería Científica* 2001 sep–oct. 234–235:73–80.

Consiste en un estudio realizado sobre 103 enfermeros de un hospital general, en relación a las dificultades que encontraban a la hora del trato con usuarios en situación terminal, familiares y demás profesionales compañeros sanitarios, concluyendo que la mayor dificultad radica en el manejo de los aspectos emocionales en relación al alivio del sufrimiento de los pacientes y sus familias.

8. Arving C, Sjöden PO, Bergh J et al. Satisfaction, utilisation and perceived benefit of individual psychosocial support

for breast cancer patients—A randomised study of nurse versus psychologist interventions. *Patient Education and Counseling.* 2006; 62: 235–43.

9. Guallar Calvo R, Ibáñez Hernández M, Navarro Cortés MJ, Palacín Martín P, Pérez Marco I. Influencia de los cuidados enfermeros en la expectativa de vida del enfermo con cáncer de pulmón. *Publicación electrónica: Salud y cuidados.* Número 8. Julio 2004.

Estudio en el que se concluye que tras la intervención de enfermeros sobre población con cáncer de pulmón, realizando apoyo psicosocial y ofreciendo ayuda específica, el usuario afronta de forma diferente la enfermedad, además de presentar mayor confianza en el personal sanitario.

10. Scott JT, Pricor MJ, Harmsen M, Broom A, Entwistle V, Sowden A, Watt I. Intervenciones para mejorar la comunicación con niños y adolescentes acerca del cáncer en un miembro de la familia (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2007 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

11. González, María; Perpinyà, Dolors; Mir, Santi; Casellas, Pilar; Melció, Dolors; García, María Teresa. Efectividad de un programa de educación grupal estructurada en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Enferm. Clín.* 2005 may–jun 15(3):141–146.

12. Kubler Ross, Elisabeth. *Sobre el duelo y el dolor.* Editorial Luciérnaga s.l.

13. Palomar, C; Merino, D; González, A. El duelo de los cuidadores principales de pacientes oncológicos atendidos en domicilio. Número 57, Julio/agosto 03 metas.

14. *El Plan Integral de Oncología de 2007–2012.*  
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/principal/imprimir.asp?id=607>.

15. Hildelgarde Peplau. En su obra: *Relaciones interpersonales en enfermería.*

Obra escrita en 1952, donde se ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermero durante el “proceso interpersonal”, al que la autora define como terapéutico, y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje. Mientras este recibe cuidados, la meta de la enfermería, por tanto, deberá de apuntar hacia el desarrollo de la maduración personal de ambos.

# SÍNDROME DE BURNOUT EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

## SYNDROME OF BURNOUT IN THE SERVICE OF URGENCIAS

- Antonia Vázquez González<sup>1</sup>
- Inmaculada Aponte Tomillo<sup>1</sup>
- Raquel Moya Meléndez<sup>1</sup>
- Amparo García Falcón<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Enfermeras asistenciales de la Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Traumatología HH.UU. Virgen del Rocío. Sevilla.  
El trabajo se ha presentado como una comunicación en formato póster en el congreso de la SEUUE celebrado en Valencia en Marzo del 2009

### Resumen

**Objetivo:** Identificar la existencia del síndrome del burnout.

**Método:** Estudio descriptivo transversal. Realizado en: Auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos del Servicio de Urgencias de la Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias del HRT HHUU Virgen del Rocío de Sevilla. La recogida de datos se realizó mediante dos cuestionarios, el primero de datos socio-laborales y el segundo el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).

**Resultados:** Tasa de respuesta del 80,95%. Según la categoría profesional, los niveles altos se presentan en médicos con un 60%, auxiliares de enfermería 52'6% y enfermeros 35'9%. En el tipo de contrato existe más alto nivel de burnout entre los profesionales con contrato eventuales en un 53'8%, seguidos de los que poseen plaza en un 48'6%, presentando niveles bajos los interinos, 35'3%.

**Conclusión:** Existe un porcentaje alto de burnout, más de lo que esperábamos, casi la mitad de la muestra presenta niveles altos y una cuarta parte niveles intermedios.

Existe más incidencia en hombres, la categoría profesional más afectada es la de médicos. Los enfermeros, son la categoría profesional con mayor porcentaje de nivel intermedio.

### ABSTRACT

**Objective:** To identify the existence of the syndrome of burnout.

**Method:** Cross-sectional descriptive study. Realised in: Aids of infirmary, nurses and doctors of the Service of Urgencias of the Unit of Cares Critics and Urgencias of Virgin HRT HHUU of the Dew of Seville. The collection of data was realised by means of two surveys, the first of socio-professional data and second Maslach Burnout Inventory (MBI).

**Results:** A rate of answer of 80.95% was obtained. According to the professional category, the high levels of burnout from largest to smallest appear percentage in doctors with a 60%, aids of infirmary 52'6% and nurses 35'9%. With respect to the type of contract more high level of burnout between the possible professionals with contract in 53'8% exists, followed of whom they own place in 48'6%, presenting/displaying low levels of burnout the temporary ones, 35'3% **Conclusion:** A high percentage of burnout exists, more than we hoped, half of the sample almost presents/displays high levels and a quarter intermediate levels more incidences in men exists, the affected professional category more is the one of doctors. The nurses are the professional category with greater percentage of intermediate level.

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ Personal sanitario,
- ✓ Burnout,
- ✓ Urgencias,
- ✓ "Estar quemado"

### KEY WORDS:

- ✓ Burnout,
- ✓ Urgencies,
- ✓ "To be burned",
- ✓ Health care workers

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout (SBO) o síndrome de “estar quemado” aparece en los profesionales que trabajan en contacto directo con otras personas, relación que les exige una respuesta emocional continua, entrega e implicación (1). Se denomina también desgaste profesional y es un problema social y de salud pública.

Maslach y Jackson (2) en 1986 definieron el Burnout como el “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir en individuos que trabajan en contacto con personas”.

Para Maslach el SBO se da exclusivamente en las profesiones asistenciales (sanitarios, educadores, policía, bomberos...).

Esta psiquiatra identificó 3 dimensiones del Burnout (3):

- Agotamiento emocional (AE):
- Despersonalización (DP) o deshumanización
- Falta de realización personal (RP)

Estos tres aspectos interrelacionados Maslach los integró en un instrumento de medida denominado Maslach Burnout Inventory (MBI), que sirve para el diagnóstico de Burnout(4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elaboró en el año 2000 un informe dedicado a evaluar la calidad de los sistemas de salud y como proceder a su mejora, recomendando que los recursos humanos de las organizaciones sanitarias si no se cuidan, se deterioran fácilmente (5). En este informe se recomienda realizar una buena gestión considerando aspectos relevantes como la satisfacción con el trabajo, el desarrollo de la carrera profesional y las condiciones laborales de los profesionales de la salud.

Diversas investigaciones sobre el síndrome de Burnout demuestran que el personal sanitario y en especial aquellos que trabajan en el servicio de urgencias(6,7), están expuestos a una importante presión asistencial y a un elevado estrés, esto unido a la responsabilidad, las exigencias tanto de los pacientes como de la jefatura y el contacto directo y continuo con personas que sufren y donde el personal se implica emocionalmente, hacen que el personal sanitario tenga un serio riesgo de padecer el SBO (8).

Nuestro estudio se realiza en el servicio de Urgencias de Traumatología del hospital Virgen del Rocío de Sevilla. Es un hospital de tercer nivel, comprende las especialidades de traumatología, cirugía plástica y grandes quemados, neurocirugía, neurología, rehabilitación y cirugía máxilo-facial.

El servicio de Urgencias está compuesto por un total de 52 enfermeros, 29 auxiliares de enfermería y 21 médicos, distribuidos en distintos turnos.

El promedio diario de urgencias atendidas durante el año 2008 fue de 209,36 y el número total de urgencias registradas durante el año 2008 fue de 76.624.

## OBJETIVOS

- Objetivo General:  
Identificar la existencia del síndrome del burnout
- Objetivo Específico:

Analizar si existen relación del SBO con las variables socio-laborales estudiadas: sexo, edad, tipo de contrato, categoría profesional, antigüedad en el servicio y elección del lugar de trabajo.

## MATERIAL Y MÉTODO

- Diseño: estudio descriptivo transversal. Realizado en Diciembre del 2008.
- Ámbito: Servicio de Urgencias de la Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias del HRT HHUU Virgen del Rocío de Sevilla.
- Sujetos de estudio: profesionales sanitarios que conforman el servicio de urgencias. (Auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos).
- Limitaciones: personal de baja en esa fecha y personal con difícil acceso debido al turno. De los 102 profesionales que conforman el servicio se han entregado un total de 84 cuestionarios.
- Variables estudiadas: sexo, edad, categoría profesional, tipo de contrato, antigüedad en el servicio y elección del lugar de trabajo, el turno, agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.
- Recogida de datos: se realizó mediante dos cuestionarios que detallamos a continuación, acompañados de una carta de presentación sobre los objetivos generales del estudio, en la que resaltaba su carácter anónimo y voluntario y el lugar de recepción.

La entrega fue distribuida de forma personal en un sobre cerrado:

- Cuestionario socio-laboral: en él se recogen las variables relacionadas con la susceptibilidad al desarrollo de insatisfacción laboral, como son, la edad, el sexo, la categoría profesional, el tipo de contrato, la antigüedad en el servicio, el turno y la elección del lugar de trabajo.
- Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), en su versión validada en español.
- Las variables fueron representadas en %, se han considerado como variable dependiente las referidas en el cuestionario socio-laboral y como variables independientes los distintos niveles de burnout. Para estudiar la asociación entre Burnout y las variables socio-laborales se ha utilizado la prueba de Chi cuadrado, con un nivel de confianza de un 95%. El análisis de los datos: se efectuó utilizando el paquete estadístico SPSS en su versión estudio.16.0.

## RESULTADOS

Se entregaron un total de 84 cuestionarios, de los cuales se recogieron 68, se obtuvo una tasa de respuesta del 80,95%, detallando, que la mayor participación fue del personal de enfermería con un 86,66%, seguido de auxiliares de enfermería con un 76% y médicos con un 71,42%.

Descripción de las variables estudiadas:

1. El 75% de los profesionales son mujeres.
2. Las edades en un 42'6% están comprendidas entre 41 y 50 años, seguidas del 35'3% entre 31 y 40 años y un 13'2% entre 20 y 30 años. El resto un 8'8% son mayores de 51 años.
3. El tipo de contrato en el 51'5% es personal con plaza fija, seguido de un 23'5% de personal interino, un 19'1% es de personal con contrato eventual y un 4'4% con otros contratos (ejemplo contratos a tiempo parcial).
4. Los cuestionarios fueron rellanados en el 57'4% por personal enfermero, el 27'9% por auxiliar de enfermería y un 14'7% por personal médico.
5. La antigüedad en el servicio corresponde en un 51'5% a profesionales que llevan menos de 5 años en el servicio, seguido de un 19'1% que llevan de 16 a 20 años y de un 17'6% entre 5–10 años. Con 1'5% y 1'4% entre 21 y 25 años y más de 26 años respectivamente.
6. Con respecto al tipo de turno, es en un 79'4% el personal que pertenece al rotatorio, el resto están distribuidos en turno mañanas–tarde en un 4'4%, fijo de noche 14'7% y fijo de mañana 1'5%.
7. La existencia de niveles altos de burnout se refleja en un 44'1%, niveles intermedios de burnout en un 25% y niveles bajos en un 30'9%.
8. El 52'9% refiere haber elegido el lugar de trabajo al 47'1% que no.

#### Relación de las variables con la existencia del SBO:

1. Los niveles altos de burnout, el 47'1% se encuentra en hombres, frente al 43'1% que se encuentra en mujeres. Los niveles intermedios de Burnout también son mayores en hombres que en mujeres, 35'3% frente a un 21'6%.
2. La franja de edad donde se refleja nivel alto de burnout son las edades comprendidas entre 31 y 40 años en un 62'5%, seguidas de los que se encuentran entre 41 y 50 años, con un 44'8%. Los niveles bajos se encuentran entre 20 y 30 años en un 55'6%. Sin embargo los niveles intermedios de burnout se encuentra más elevado en las edades comprendidas entre 20 y 30 años con un 33'3%.
3. Con respecto al tipo de contrato existe más alto nivel de burnout entre los profesionales con contrato eventuales en un 53'8%, seguidos de los que poseen plaza en un 48'6%, presentando niveles bajos de burnout los interinos, 35'3%, no existiendo burnout en personal con otros tipo de contratos (contratos a tiempo parcial).
4. Según la categoría profesional, los niveles altos de burnout se presentan de mayor a menor porcentaje en médicos con un 60%, auxiliares de enfermería 52'6% y enfermeros 35'9%. Señalar que niveles intermedios de burnout se presentan en mayor porcentajes en enfermeros con un 28'2%, seguidos de auxiliares 21'1% y médicos 20%.
5. En cuanto a los niveles de burnout y la antigüedad en el servicio, presentan más alto nivel los que llevan de 11 a 15 años, con un 75%, seguidos de los que llevan de 16

a 20 años, con un 53'8%, posteriormente los que llevan menos de 5 años con un 45'7% y por último con un 33'3% los que llevan más de 26 años. Señalar que el mayor porcentaje de niveles intermedios de burnout con un 34'3% corresponde a personal de menos de 5 años en el servicio.

6. Según el turno de trabajo, presenta más alto nivel, los profesionales del turno rotatorio con un 50%, seguidos del turno mañanas–tardes con un 33'3%.
7. En relación al lugar de trabajo, los profesionales que lo han elegido presentan casi igual porcentaje de nivel alto, 44'4%, que los profesionales que no, con un 43'8%. Sin embargo hay una diferencia con los niveles bajos, presentados en un 38'9% de profesionales que si lo han elegido, frente al 21'9% que no lo han elegido. Siendo la relación inversa en los niveles intermedios, los que si lo han elegido presentan el 16'7% y los que no presentan un 34'4

## DISCUSIÓN

El porcentaje de participación obtenido en el estudio es elevado, un 80'95%, creemos que puede ser representativo de la población estudiada, ya que solamente no rellanaron el cuestionario 16 profesionales de los 84 entregados. Creemos que este alto índice participativo se debe a la buena disposición, interés y motivación que tienen los distintos profesionales de esta unidad en este tema. También la forma de entrega de los cuestionarios, que ha sido en mano y su recogida posteriormente en un buzón junto con la carta informativa y de agradecimiento ha contribuido a este alto porcentaje.

Este porcentaje participativo es similar y superior con los estudios de la bibliografía revisada (1, 6, 10, 11, 12, 13).

La prevalencia del síndrome de burnout que hemos obtenido nos parece bastante elevada, casi la mitad de la muestra presenta niveles altos y una cuarta parte niveles intermedios. Estos datos son similares a la bibliografía (1, 6, 10, 11, 12, 13,14).

Relacionando las distintas variables hemos obtenido que tanto los niveles altos como los intermedios de burnout se presentan más en hombres que en mujeres, la franja de edad con más porcentaje corresponde a la comprendida entre 31–40 años y los niveles bajos se encuentran entre profesionales más jóvenes aunque es alto en el nivel intermedio, dato a tener en cuenta.

Con respecto al tipo de contrato, diferimos con la bibliografía estudiada, ya que existe un elevado porcentaje donde altos niveles de burnout se presentan en profesionales que tienen contratos eventuales (1, 8, 13, 14), seguido de los que tienen plaza en propiedad.

El orden de las categorías donde más se presenta el SBO es médico/as, seguido de auxiliares de enfermería y finalmente enfermero/as. Estos datos no los podemos comparar con ningún estudio revisado, ya que ninguno había estudiado esta variable.

En cuanto a la antigüedad en el servicio hemos obtenido unos resultados similares a los revisados, son profesionales que llevan de 11 a 15 años, seguido de los que llevan de 16 a 20 años (1, 7, 8, 10,15). Destacar a los profesionales que llevan

menos de 5 años, donde el porcentaje aunque no supera a los anteriores, es elevado.

Los profesionales que han elegido el lugar de trabajo presentan cifras similares del síndrome de los que no lo han elegido.

Aparece más alto porcentaje de SBO en el turno rotatorio que en los demás turnos, probablemente la no elección voluntaria de éste sea la causa. Esta variable si se refleja en la bibliografía revisada como estadísticamente significativa (15).

## CONCLUSIÓN

En resumen, podemos concluir diciendo que en esta unidad hay un porcentaje alto de burnout, más de lo que esperábamos, casi la mitad de la muestra presenta niveles altos y una cuarta parte niveles intermedios

Existe más incidencia en hombres, la categoría profesional más afectada es la de médicos. Los enfermeros, son la categoría profesional con mayor porcentaje de nivel intermedio, por lo que se deben tomar medidas preventivas para no alcanzar el nivel máximo.

Nos asombra la existencia de nivel alto de burnout en profesionales con contratos eventuales, dicho resultado son diferentes en otros estudios, donde priman los niveles altos en profesionales con plaza en propiedad.

Los años de antigüedad en el servicio no quedan totalmente claros, ya que hay un elevado porcentaje de nivel alto de burnout en profesionales que llevan menos de 5 años. Con respecto al turno, es el rotatorio el que más alto nivel presenta.

Ante lo expuesto, creemos que se justifica la necesidad de medidas de intervención y prevención para estos niveles de burnout, ya que la satisfacción y el bienestar laboral de los profesionales sanitarios es uno de los indicadores que condicionan la calidad asistencial prestada a los usuarios.

Ante estos resultados, se deben realizar acciones de mejora por parte de los equipos de gestión, mejorando el bienestar y la satisfacción profesional.

## BIBLIOGRAFÍA

- Soto Cámara R, Santamaría Cuesta MI. Prevalencia del Burnout en la enfermería de atención primaria. *Enferm. Clín.* 2005; 15(3):123–30.
- Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. California: Consulting Psychologists Press; 1981.
- Maslach C, Jackson SE. *Maslach Burnout Inventory*. 2<sup>nd</sup> ed. California: Consulting Psychologists Press; 1986.
- Maslach C, Jackson SE. *MBI Inventario de burnout de Maslach*. Madrid: TEA, 1997.
- OMS. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance*. 2000. Disponible en: <http://www.who.int/whr>.
- Ríos Rísquez, M<sup>a</sup> Isabel; Godoy Fernández, Carmen. Síndrome de Burnout y satisfacción laboral en profesionales de enfermería en urgencias y cuidados críticos. *Tesela* 2008; 3.
- Palmer–Morales Y, Prince Vélez R, Searcy–Bernal R, Compeán–Saucedo B. Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enferm. Clín.* 2007; 17(5):262–6.
- Molina Linde JM, Avalos Martínez F, Jiménez Cervantes I. Burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Enferme. Clín.* 2005; 15(5):275–82.
- Molina Linde JM, Ávalos Martínez F. Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Tesela [Rev. Tesela]* 2007; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6327.php>
- MI Ríos Rísquez, C Godoy Fernández, F Peñalver Hernández, AR Alonso Tovar, F López Alcaraz, A López Romera, S Garnés González, E Salmerón Saura, MD López Real, R Ruiz Sánchez, P Simón Domingo, JL Manzanera Nicolás, MA Menchón Almagro, R Liébanas Bellón. Estudio comparativo del burnout en personal de enfermería de Cuidados Intensivos y Urgencias. *Enferm. Intensiva*. 2008; 19:2–13.
- M Isabel Ríos Rísquez; Carmen Godoy Fernández. Satisfacción laboral en un colectivo de enfermería de urgencias. *Ciberrevista Enfermería de Urgencias*. Segunda Época, Nº 0 Julio y Agosto 2008.
- O. Fernández Martínez, C. Hidalgo Cabrera, S. Martín Tapia, S. Moreno Suárez, B. García del Río García Burnout en médicos residentes que realizan guardias en un servicio de urgencias. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, ISSN 1137–6821, Vol. 19, Nº. 3, 2007, pags. 116–121.
- MI Ríos Rísquez, F Peñalver Hernández, C Godoy Fernández. Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enferm. Intensiva*. 2008; 19:169–78.
- Francisco López–Soriano, Lucía Bernal, Antonio Cánovas. Satisfacción laboral de los profesionales en un Hospital Comarcal de Murcia. *Rev. Calidad Asistencial* 2001; 16:243–246.
- Albaladejo, Romana et al. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev. Esp. Salud Pública*, Madrid, v.78, n.4, 2004; 505–516

# REVISIÓN DE LOS ANTECEDENTES DE ANOREXIA NERVIOSA

## REVIEW OF THE PRECEDENTS OF THE NERVOUS ANOREXIA

### ■ Mari Carmen Gallardo Carrasco

Enfermera Especialista en Salud Mental.  
Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.  
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.  
Presentado En Las IX Jornadas Nacionales EIR Salud Mental.  
15 y 16 De Mayo Del 2008, Barcelona.

## Resumen

La anorexia nerviosa, entidad psiquiátrica devastadora, ha ido cambiando su frecuencia de aparición y su relevancia (Fichter, 1989; Willi, 1990), actualmente se encuentra tristemente de moda, debido al espectacular incremento que ha experimentado en los últimos años en las sociedades industrializadas. (Zagalaz, 2000)<sup>1,2,3,4</sup>.

(Ver bibliografía complementaria para la epidemiología).

La etiqueta diagnóstica ha ido cambiando de significado y de objetivos en función de la época, así empezamos con un sentido puramente místico y religioso al miedo/terror a engordar como la conocemos actualmente.

### SUMMARY

The anorexia nervosa, psychiatric devastating entity, has been changing her frequency of appearance and her relevancy (Fichter, 1989; Willi, 1990), nowadays is sadly fashionable, due to the spectacular increase that has experimented in the last years on the societies industrialized (Zagalaz, 2000).

(To see complementary bibliography for the epidemiology).

The diagnostic etiquette has been changing meaning and aim depending on the epoch, this way we start with a purely mystical and religious sense to the fear/terror putting on weight since as we it know nowadays.

## PALABRAS CLAVE:

- ✓ Anorexia nerviosa,
- ✓ Antecedentes históricos,
- ✓ Trastornos de la conducta alimenticia

## KEY WORDS:

- ✓ Anorexia nervosa,
- ✓ Historical precedents,
- ✓ Disorders of the nourishing conduct

## INTRODUCCIÓN

La palabra anorexia procede del vocablo griego *anorektous*; se ha conocido desde siempre como sinónimo de falta de apetito, aunque posteriormente se ha demostrado que en la enfermedad en sí, no existe esta carencia, sino una negación a comer para no aumentar de peso.

La Anorexia Nerviosa (AN), es una enfermedad que se caracteriza por el miedo a engordar y el deseo de estar más delgado, lo cual lleva a mantener el peso por debajo de los límites adecuados, pudiendo llegar a la desnutrición. Entre sus síntomas más destacables: <sup>5,14</sup>

- Miedo a estar gordo, manteniendo un peso corporal por debajo de los valores saludables.
- Escasa ingesta de alimentos o seguimiento de dietas severas.

- Imagen corporal distorsionada. Sensación de estar gordo cuando se está delgado.
- Pérdida de peso (frecuentemente en un periodo breve de tiempo).
- Sentimiento de culpa o desprecio por haber comido.
- Hiperactividad y ejercicio físico excesivo.
- Pérdida de la menstruación en la mujer.
- Excesiva sensibilidad al frío.

La anorexia y la bulimia consideradas por muchos autores como la tercera enfermedad crónica más común entre las adolescentes<sup>6,7</sup> solo superada por el asma y la obesidad. Son patologías que conviven con los seres humanos desde hace más de dos siglos. Haciendo un recorrido por la historia tenemos que remontarnos hacia antes de mediados del siglo XIX; por aquellos entonces ya aparecen mujeres que ayunan y mueren tras un estado de inanición, son considerados los

primeros signos de anorexia nerviosa.<sup>8</sup> Pero no debemos olvidar que para llegar a hablar de “anorexia nerviosa” como la conocemos en nuestros días, tendríamos que dar un salto histórico hacia el 1874, con Laségue y Gull.

## EDAD MEDIA

Habermas<sup>9</sup> apoya que los ayunos de las mujeres de antes de mediados del siglo XIX, no eran motivados por un “terror mórbido” a engordar, sino por otros motivos, por lo que no se puede considerar “anorexia nerviosa”.

Ya por la Edad Media tardía, siguiendo un modelo de ascetismo, las mujeres de la época comían poco porque era una forma más, desde el punto de vista religioso, de intensificar su **espiritualidad**, la restricción alimenticia era una forma de auto-sacrificio, como otras muchas conductas existentes en esta época (dormir sobre piedras, aislamiento de la sociedad, auto mortificarse, etcétera).<sup>10</sup>



Sumándose un autor más a la idea de que la privación de alimento era motivada por un acto religioso, Toro, J., habla de “**anorexia santa**” sobre el 1373 ó 1374, destacando el caso de Santa Catalina de Siena, cuya bibliografía fue descrita e integrada en el contexto de anorexia por Bell (1985)<sup>3</sup> y corroborado por Bynum (1987)<sup>6</sup>. El mayor deseo de Santa Catalina, a sus 26 años de edad, era entregarse exclusivamente a Dios y a Jesucristo, formando parte de una orden religiosa, pero en su vida surgió una gran contrariedad impuesta por sus padres, ya que le obligaron a contraer matrimonio. Esta situación le condujo a un “rotundo aislamiento, a flagelarse tres veces al día, a alimentarse sólo de pan y de vegetales crudos”, debido a esta conducta en poco tiempo Catalina de Siena perdió la mitad de su peso. Con el tiempo fue consiguiendo su propósito de formar parte de una congregación religiosa, *Hermanas de la Penitencia (Mantellata)*. Bernardo di Capua (confesor de Catalina), describe su situación con las siguientes palabras<sup>11</sup>:



“..... su estómago nada podía digerir y su calor corporal no consumía energía; en consecuencia, todo cuanto ingería precisaba salir por el mismo lugar por donde entraba; en caso contrario, le causaba agudo dolor y la hinchazón de todo su cuerpo. La santa Virgen no tragaba sino las hiervas y cosas que masticaba; sin embargo, puesto que era imposible evitar que algún atisbo de alimento o jugo descendiera hasta su estómago y porque voluntariamente bebía agua fresca para calmar su sed, estaba obligada cada día a vomitar lo que había comido. Para ello regularmente y con gran dolor insertaba tallos de hinojos y otras plantas en su estómago, siéndole de otro modo imposible vomitar. Pese a quienes la desacreditaban y particularmente quienes se escandalizaban por sus ayunos, mantuvo este estilo de vida hasta su muerte.”(Bell, 1985, pp. 27–28).

## REFORMA PROTESTANTE

Avanzando en la historia, Toro, J. pasa de hablar de “*anorexia santa*” para hablar de “*doncellas milagrosas*”, tras la Reforma protestante (siglo XVI), se consideraban estos ayunos como hechos milagrosos, como un signo de la presencia de Dios en la tierra, y posteriormente como un fenómeno natural (Van Deth y Vandereycken, 1991)<sup>6</sup>, en este contexto, al igual que anteriormente destacamos a Santa Catalina, ahora señalamos a Jeanne Balan que fue considerada una “*doncella milagrosa*”. En 1600 un médico francés, siguiendo órdenes del rey Enrique IV, se dedicó a observarla, se decía que llevaba tres años sin comer ni beber, según se cita en Brumberg, 1988; p. 49:

"..... la parte inferior de su vientre es sumamente delgada, y se hunde en ella y cae por los costados, y se prolonga así hasta su ombligo, no quedando nada del vientre que antes poseía... hay un cartilago que pende del tórax, o esternón, al modo como un alero lo hace de un cobertizo..." se dedicó a comprobar también la posible presencia de heces u orina, dada su ausencia citaba "...sus partes privadas eran limpias, por lo tanto, nada caía al suelo..." en consecuencia, Jeanne pasó a ser una *doncella milagrosa*, ya que su vida se mantenía como "una acción de Dios".

"Por supuesto que el ayuno total resulta incompatible con la vida, milagros al margen (Toro, J. 1999).

## SIGLO XVII

A partir del XVII, las *"doncellas milagrosas"*, pasaron a ser simplemente *"muchachas ayunadoras"*; Toro, J. atribuye este cambio a la progresiva penetración de las actitudes y conocimientos científicos en el ámbito de la medicina, que fue invadiendo las concepciones religiosas y/o espirituales mantenidas durante años. También se le achaca a la difusión de la imprenta y al avance en observación, búsqueda de leyes, verificación de hipótesis y descripción sistemática. Entre las *"muchachas ayunadoras"* destacar a Ann More *"The fasting woman of Turbury"*, esta mujer se casó a los 27 años de edad, pero muy pronto se separó y empezó una relación con el hombre a quien prestaba sus servicios de limpieza, tuvo dos hijas con él. Ann era conocida por todos sus convecinos por su *"anorexia"*, en los rumores del pueblo se barajaban muchos motivos por el cual Ann no comía, entre ellos y siendo el más llamativo, se habla de un rechazo hacia la comida a causa del *"pestilente olor que desprendían las sábanas de un enfermo ulcerado que cuidaba"*. Fue motivo de mucha polémica, fueron repetidas las investigaciones que le realizaron para comprobar si comía, si no comía, si se *"mantenía con el aire"*, proporcionándole fama y dinero a Ann. El fin de la bibliografía de Ann, nos habla de un supuesto engaño hacia los demás, pues su hija le administraba alimentos. Pese a ello, se descubrió que no se alimentaba de *"aire"*, pero que tampoco comía con normalidad. *"El contexto sociocultural de la época y la comunidad concreta en que vivía Ann, explica la renuncia a buscar explicaciones a su conducta y a su estado psicobiológico"* (Brumberg, 1998). Por esta época hubo muchas muchachas ayunadoras que buscaban fama y falseaban su situación.

Los primeros escritos de anorexia nerviosa, como la conocemos actualmente (siguiendo criterios del DSM IV), pero sin utilizar la palabra tal cual, son descritos por Richar Morton (1689), la describe como *"consumición nerviosa"*:

*No recuerdo haber visto nunca en toda mi práctica a una paciente que conversara con los vivos y estuviera tan emaciada, en el grado más grande de consumición (como un esqueleto solamente vestido con piel; sin embargo no había fiebre, sino al contrario, una frialdad en el cuerpo entero, ni tos..... con ataques de desmayos que ocurrían frecuentemente..."*<sup>12</sup>.

## SIGLO XVIII

En Francia, Pinel (1798), hablaba de *"neurosis gástrica"*, para referirse a la anorexia, incluyó en su obra: la pica y la bulimia.<sup>13</sup> Como hecho curioso y llamativo, encontrándonos en pleno siglo XVIII, cabe citar a los llamados *"artistas del hambre"* o *"esqueletos vivientes"*, estas personas se exponían en ferias y fiestas, con el fin de divertir a los demás y ganar dinero. En estos casos la motivación de adelgazar era puramente lucrativa.

Vandereycken y Deth (1994)<sup>8</sup> resumen la historia de la anorexia nerviosa entre el siglo XV al XVIII, diciendo:

*"..... En los siglos XV y XVI, embrujos y posesiones demoníacas constituyeron interpretaciones populares de la autoinanición. Sin embargo, desde el siglo XVI en adelante, el ayuno fue despojándose progresivamente de su trasfondo religioso tradicional. La autoinanición pasó a formar parte de un circuito más vulgar donde se desarrolló gradualmente hasta convertirse en un espectáculo comercial..."*

## SIGLO XIX

En 1840, Imbert publicó *"Traite theorique et pratique des maldies des femmes"*; en su obra agrupó tres trastornos: anorexia, bulimia, pica y anorexia (gástrica y nerviosa).<sup>6</sup>

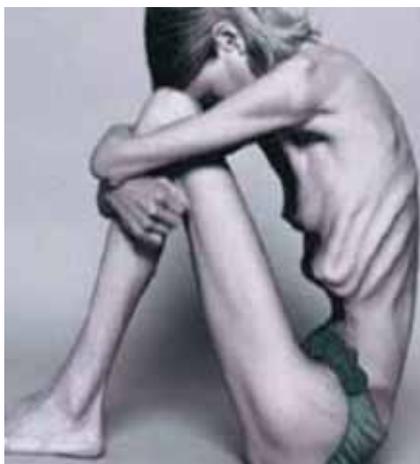
En 1859, Louis-Victor Marcé, entró a formar parte de otro de los hitos en la historia de la anorexia nerviosa.<sup>6</sup> Debido a su muerte repentina, a los 36 años de edad, impidió una mayor divulgación de su obra.



Laségue y Gull, dos médicos pioneros, sustituyeron la concepción religiosa de la anorexia, por la nerviosa. En plena época victoriana y en plena polémica *fasting girl* fueron considerados como los pioneros del estudio científico de la anorexia nerviosa<sup>14</sup>. La utilización del término *girl*, se relacionaba con el *útero*, *"histeria"*, y por lo tanto con la mujer; deduciendo con ello que eran particularmente proclives a padecer el trastorno.

Coincidiendo con Laségue y Gull, encontramos a Samuel Fenwick, uno de sus escritos fue *"on atrophy of the stomach and on the nervous affections of the digestive organs"* dedicadas a las anorexia nerviosa, entre sus observaciones encontró

que la anorexia *“es mucho más frecuente en las clases más ricas de la sociedad que entre quienes deben procurarse su pan mediante el trabajo diario”* (Fenwick, 1880).



Numerosos teóricos pasan por alto el informe de Morton, y consideran que Charles Laségue en 1873 y William Gull en 1874 son realmente los primeros que hicieron informes médicos completos sobre anorexia nerviosa, ya que por primera vez, se hablaba de ayuno por *“miedo anormal a estar o llegar a estar obesas, a pesar de estar emaciadas”*<sup>6</sup>.

En Francia fue Jean Martin Charcot, conocido por su teoría de la *“Parentectomia”*, es decir el aislamiento de la paciente respecto de su familia, como fórmula terapéutica, *“debían irse lejos, o simular que se iban... Lo más rápidamente posible”* cuando esto se conseguía los resultados, eran *“rápidos”* y *“maravillosos”*.



Freud, y su psicoanálisis, cree que es una regresión a su infancia, ya que *“rechaza su vocación de mujer y desarrollan una reacción de oposición instinto afectiva”*.<sup>2</sup>

A pesar de todos estos avances en el mundo de la historia de la anorexia, aun iniciado siglo XX, se mantenía en ciertos núcleos médicos, la posibilidad de un fenómeno *“milagroso”*.

## SIGLO XX

En 1914, Simonds, se decantaba por un origen somático de la enfermedad. Describió una paciente caquéctica, en cuya autopsia se encontró una **destrucción de la glándula hipofisaria**, este hecho, ocasionó bastante confusión durante 30 años, sin llegar a una unanimidad entre si era anorexia nerviosa o la *“enfermedad de Simond”*.

A partir del 1940, surgen las teorías de la *“causalidad psicológica”* muy influenciadas por los conceptos psicoanalíticos.<sup>2</sup>



Para finalizar con la parrilla de autores que han formado parte de la anorexia nerviosa, citaremos a García Rodríguez (1993), quien dedica un ensayo a las enfermedades de la alimentación, en él, parte de que la anorexia es una **enfermedad psicósomática** que se apoya en tres pilares básicos; dos psicológicos (fobia a engordar y una deificación de la delgadez) y uno somático (mecanismos que regulan la ingesta afectados).

En los últimos cuarenta años, la anorexia nerviosa como entidad propia y diferenciada, recibe su mayor influencia de Hilde Bruch, el cual, destaca el trastorno de la imagen corporal, el defecto de interpretación de los estímulos corporales y la sensación paralizante de ineficacia que atribuye al fracaso de los padres en favorecer la autoexpresión, la falta de autonomía, etc.<sup>2</sup>



Para finalizar este apartado de antecedentes, y para situar los avances de la anorexia nerviosa en nuestros días, citaremos un novedoso estudio que está siendo noticia en múltiples medios informativos. Una reciente publicación del *“Archives of General Psychiatry”* en Diciembre del 2007, editaba un artículo

lo referido a un estudio realizado por Marcos Procopio de la Universidad de Sussex (Reino Unido) y Paul Marriott, de la Universidad de Waterloo (Canadá). En dicho artículo, determinaron a través de analizar los registros de 4.478 grupos de mellizos, nacidos entre 1935 y 1958 en Suecia, que la exposición durante la gestación a una **hormona sexual** esteroidea presente en el útero materno, condiciona a padecer anorexia nerviosa en la edad adulta.<sup>15</sup>



Los TCA están perfectamente delimitados por las clasificaciones que la Organización Mundial de la Salud (OMS) acepta, entre ellas, el DSM IV<sup>16</sup> mayoritariamente utilizado para clarificar las dudas entre trastornos y diagnosticar la Anorexia Nerviosa atendiendo a unos criterios:

- ✓ Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85% del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85% del peso esperable).
- ✓ Miedo a subir de peso o a convertirse en obeso, incluso estando pero debajo del peso normal.
- ✓ Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- ✓ En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea; por ejemplo, ausencia de al menos tres ciclos menstruales consecutivos. (Se considera que una mujer presenta amenorrea cuando sus menstruaciones aparecen únicamente con tratamientos hormonales, p. ej., con la administración de estrógenos).

## BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- 1 Seizer R, Bonomo Y, Patton G. Primary care assessment of a patient with an eating disorder. *Aust Fam Physician*; 1995; 24: 2032–2036.
- 2 Haller E. Eating disorders. A review and update. *West J Med* 1992; 157 : 658–62.
- 3 Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *Br J Psychiatry*; 1996; 169: 705–712.
- 4 Quintanilla MA, Velilla JM, Quetglas B, Olza I y Bonals A. Características de la demanda asistencial por trastornos de la conducta alimentaria en una Unidad de Psiquiatría

- Infanto–Juvenil tras un intervalo de 10 años. *Revista de psiquiatría Infanto–Juvenil*; Núm 1/98. Enero–Marzo 1998.
- 5 Mireia Coll, Mariana Quim. Anorexia y bulimia. Un problema actual. Madrid: Editorial Colimbo, serie divulgación.
- 6 Zagalaz, M<sup>a</sup> Luisa; Romero Granados, S; Contreras Jordán, O. Distorsión de la imagen corporal en la anorexia nerviosa. Programa de prevención desde la educación física escolar. *Revista iberoamericana de Educación*.
- 7 Muscarini ME. Thin line: managing care for adolescents with anorexia and bulimia. *MCN Am L Matern Child Nurs* 1998; 23 :130–40.
- 8 Fragmento del artículo de la revista *Psicología iberoamericana*, vol. 3, núm. 2, México, junio de 1995, publicada por el Departamento de Psicología de la Universidad Iberoamericana, en coedición con Plaza y Valdés, editores. Victoria Holz “Antecedentes históricos de la anorexia nervosa”.
- 9 “The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa: weight concerns and bulimic symptoms in early case reports”. *International journal of disorders*, 8, 259–273, 1989.
- 10 Bell, R; *Holy anorexia*; Chicago, University of Chicago Press, 1985; Bynum, C; *Holy feast and holy fast, the significance of food to the medieval woman*, Berkeley, University of California Press, 1987.
- 11 Toro, J; *El cuerpo como delito. Anorexia, bulimia, cultura y sociedad*. Barcelona; Editorial Ariel; 1999.
- 12 Silverman, J. Anorexia nervosa: clinical and metabolic observations. *International journal of eating disorders*; 5 (5): 895–905.
- 13 Vandereycken, W y Van Deth (1994): *From fasting saints to anorexic girls: the history of self-starvation*, Londres: The Athlone Press.
- 14 Garfinkel, P., Haplan, A., Garner, D. y Dar by, P. The differential diagnosis of vomiting and weight loss as a conversion disorder from anorexia nervosa. *Anorexia nervosa. American journal of psychiatry*; 140: 1019–1022.
- 15 Marco Procopio, MD, MRCPsych; Paul Marriott, PhD. Intrauterine Hormonal Environment and Risk of Developing Anorexia Nervosa. *Archives General of Psychiatry*; 2007;64(12):1402–1407.
- 16 DSM IV: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (1994). Washington: American Psychological Association. Seizer R, Bonomo Y, Patton G. Primary care assessment of a patient with an eating disorder. *Aust Fam Physician*; 1995; 24: 2032–2036.

## BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA PARA REVISAR LA EPIDEMIOLOGÍA

- Haller E. Eating disorders. A review and update. *West J Med* 1992; 157 : 658–62.
- Turnbull S, Ward A, Treasure J, Jick H, Derby L. The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice research database. *Br J Psychiatry*; 1996; 169: 705–712.
- Quintanilla MA, Velilla JM, Quetglas B, Olza I y Bonals A. Características de la demanda asistencial por trastornos de la conducta alimentaria en una Unidad de Psiquiatría Infanto–Juvenil tras un intervalo de 10 años. *Revista de psiquiatría Infanto–Juvenil*; Núm 1/98. Enero–Marzo 1998.
- Toro Josep. Trastornos de la conducta alimenticia. En: Conferencia para una mutua española. 1999.
- Documento del Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible en: [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud\\_mental/ESTRATEGIA\\_SALUD\\_MENTAL\\_SNS\\_PAG\\_WEB.pdf](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf). Consultado: 17–11–2007.
- Turón Gil V.; Fernández Aranda F. Trastornos de la alimentación. Guía Básica de tratamiento en anorexia y bulimia. Barcelona: Masson; 1999.

# FACTOR ÉTNICO EN ESPIROMETRÍA LABORAL

## ■ Salud Mateo Padilla

DE de Empresa. Coordinadora de Enfermería Sociedad Prevención  
MAZ Andalucía

## Resumen

### Introducción:

La realización de espirometrías forzadas dentro de los exámenes de salud laboral, requieren de diferentes valores de referencia según la etnia, sexo, y edad.

Mediante revisión bibliográfica y comparativa entre diferentes tablas y ecuaciones de referencia, se establece un factor de corrección recomendado según la etnia.

### Objetivos:

Concretar la utilización de un factor de corrección étnico sobre las referencias comúnmente utilizadas en espirometría laboral, y de esta forma obtener una óptima interpretación de los resultados y evitar sesgos.

### Resultados:

Todos los estudios coinciden en la existencia de diferencias en la función pulmonar entre raza Blanca, Negra, Hispano-Americana y Asiática.

Que los volúmenes pulmonares son menores en los individuos de raza Negra, Hispana y Asiática, y que es apropiado para estas tres razas la utilización de un factor de corrección para adaptar las predicciones basadas en individuos de raza Blanca.

### Conclusiones:

Es recomendable la aplicación de un factor de corrección a los valores predictivos de la SEPAR cuando se utilizan con individuos de Raza Negra, Hispano-Americana y Asiática.

(Se especifican los factores de corrección según la tabla de valores predictivos de la SEPAR, y también de otros autores como Hudson y Crapo).

## PALABRAS CLAVE:

- ✓ Espirometría
- ✓ Etnia
- ✓ Raza
- ✓ Volúmenes pulmonares

## INTRODUCCIÓN

**LOS** movimientos inmigratorios que se están sucediendo en la actualidad, hacen que cada vez con más frecuencia, se incorporen al mercado laboral individuos de diferente etnia o raza que la originaria del país que le recibe.

Este fenómeno social, desencadena que nos encontremos con individuos de muy diversas etnias que acuden a la realización de exámenes de salud laboral.

Entre las diferentes pruebas diagnósticas a que se someten a los trabajadores, una de las más complejas, por la técnica de realización y diversidad de interpretación de los resultados, es sin duda, la espirometría forzada. (Fig.1)

Las diferencias étnicas en la función pulmonar ha sido bien demostrada entre individuos de raza negra descendientes de Africanos, e individuos de raza Blanca descendientes de Europeos.(1)

Esto ha sido atribuido, al menos en parte, a diferencias de tipo antropométrico entre estos dos grupos étnicos.

Una mayor caja torácica, y menor longitud de miembros inferiores (mayor ratio tronco-pierna) para una altura determinada en los individuos de raza Blanca (1)(16),unido a una distinta potencia muscular y diferencias en el diámetro de las vías aéreas, podría explicar las diferencias en los volúmenes pulmonares.(15)De esta forma, encontramos numerosos trabajos que describen las diferencias en los volúmenes pulmonares entre las razas Blanca o Caucásica y Negra. (2,3, 4,5,6), y en muchos otros grupos étnicos (4,7,8), incluyendo a los Asiáticos (5,9,10,11.

La severidad de las alteraciones espirométricas, pueden basarse en las medidas de diferentes volúmenes pulmonares.

En un metanálisis de mortalidad, basado en seis encuestas realizadas en varias poblaciones de trabajadores del Reino Unido, se observó que el riesgo de morir a causa de una EPOC estaba relacionado con el nivel de FEV 1.(24).



Figura 1.

Esto nos da una idea de la importancia del uso de unos valores de referencia adecuados al individuo que se estudia, evitando de esta manera el sesgo en los resultados bien el FEV<sub>1</sub> predictivo se utiliza generalmente para clasificar el grado de severidad en pacientes con alteraciones pulmonares obstructivas, restrictivas y mixtas, la utilización de estos valores predictivos en poblaciones diferentes de las generadoras de estos valores, dan lugar a desviaciones y por tanto interpretaciones y diagnósticos erróneos.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para este estudio, se ha realizado estudio bibliográfico comparativo y han sido evaluados diferentes trabajos en los que se consideraban grupos de población similares:

- Individuos incluidos en el rango de 18 a 70 años
- Ambos sexos.
- No fumadores.
- Sin historial previo de patología respiratoria.
- Establecen diferencias entre etnias.
- Utilizan métodos de obtención de datos estandarizados.

Las metodología común en los trabajos comparados incluyen un cuestionario a todos los participantes en el que se detallan, edad, sexo, etnia, antecedentes clínicos, concretando historia pulmonar previa, hábito tabáquico (descartándose los individuos con historia de consumo previo).

Del mismo modo, se realiza antropometría incluyendo peso, y altura en bipedestación.

En todos los trabajos incluidos en este estudio, se realiza una instrucción previa a la realización de la espirometría al individuo sujeto del estudio.

Al menos tres maniobras válidas fueron realizadas en todos ellos, con el requisito añadido, de cumplir los criterios de aceptabilidad y reproducibilidad exigidos por la ATS (American Thoracic Society), y un máximo de entre cinco u ocho maniobras.

Se le ha dado validez a los requisitos de la ATS, ya que todos los trabajos incluidos en esta revisión bibliográfica utilizaban estos criterios.

Durante la realización de la maniobra de CVF, los equipos utilizados, mostraban la curva de flujo en tiempo real, así como una indicación de que el tiempo de exhalación de 6 segundos ha sido alcanzado.

Del mismo modo, los equipos utilizados habían sido calibrados conforme a los requisitos aceptados por la ATS (19), y el personal técnico que realiza las pruebas, instruido previamente.

Se habían realizado en todos los casos un mínimo de 3 maniobras válidas, y en algunos estudios, hasta un máximo de 8 maniobras con criterios de reproducibilidad. (Fig. 2).

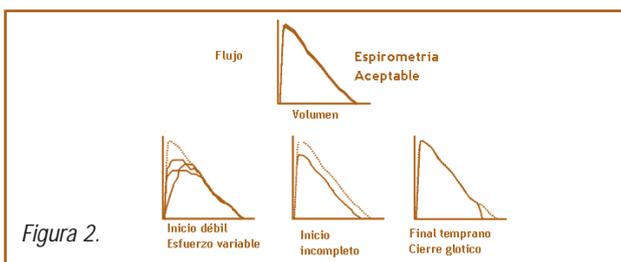


Figura 2.

## RESULTADOS

En el estudio de Hankinson y cols.(16) solo los Afro-Americanos, mostraron valores inferiores de FEV<sub>1</sub> para individuos de la misma altura.

Los valores del resto de razas, cuando es comparada con los valores de individuos Caucásicos, muestran menores volúmenes pulmonares, pero similar o mayor FEV<sub>1</sub>/FVC%, y sugieren que estas diferencias pueden ser debidas en parte a la distinta antropometría entre razas. (15)

Del mismo modo, en el trabajo de Dufetel P.y cols (15), realizado sobre población de raza negra en Togo, se concluye, que el volumen pulmonar total en individuos de raza negra es un 25% inferior y otros volúmenes pulmonares eran un 22% inferior que los de los Caucásicos. (Figura 3.)



Figura 3.

Coinciden en menores volúmenes pulmonares en la raza negra de un 20% respecto de los Hispano-Americanos en el estudio PLATINO (Proyecto Latinoamericano para la Investigación de la Obstrucción Pulmonar) (20).

Las diferencias entre las funciones pulmonares ha sido ampliamente demostrada entre las razas Negra y Caucásica (4, 5,6).

De acuerdo con estos estudios, se muestran unos volúmenes inferiores de hasta un 15 % en la población de raza Negra respecto de la Caucásica.

El estudio de Mary Sau-Man y cols.(17) sobre individuos Chinos de Hong-Kong, los valores predictivos de FEV<sub>1</sub> obtenidos en base a los datos de dicho estudio, son inferiores que aquellos valores derivados de población Caucásica de la misma edad y altura.

El grado de sobreestimación, varía según las diferentes ecuaciones de predicción desde las de Crapo y Cols (18), un (13.9% a 19.4%) a las de Knudson y cols.(14) (3.1% a 13.6%). Los resultados sobre la CVF fueron similares.

La magnitud de la reducción en CVF y FEV<sub>1</sub> esta localizada entre un 6-7% en los individuos Asiáticos, y es similar en varios estudios (10, 11, 21, 22).

Varios autores (Crapo y cols (18), Coultas y cols (23) ) entre otros estudiaron la función pulmonar de individuos sanos de Hispano-América, y coinciden en señalar una disminución de los volúmenes pulmonares de un 3 a un 17% en relación a las referencias de Knudson y cols.

Las variaciones se basan en las diferencias de situación geográficas y de altitud de las ciudades en las que los individuos eran estudiados.

Sin embargo, coinciden en establecer un 80% para el límite inferior para el FEV<sub>1</sub>, y la CVF, y alrededor del 90 % para el FEV<sub>1</sub>/CVF. (Fig. 4).

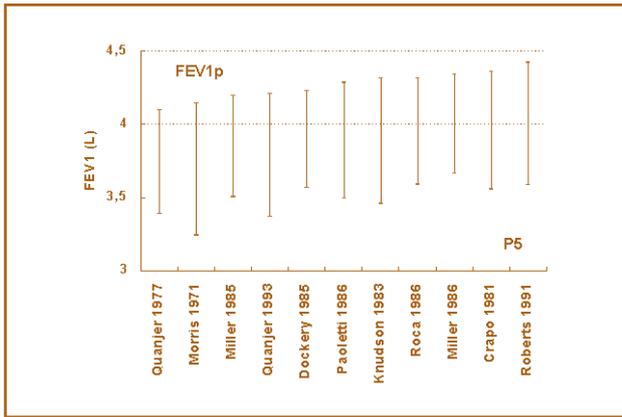


Figura 4.

## DISCUSIÓN

La American Thoracic Society, y la American Medical Association recomiendan un factor de corrección de 12% para los sujetos de raza negra o Afro-americanos. (12).

Un factor de 15 % se ha definido como apropiado cuando se utilizan los datos obtenidos por Knudson y cols. (13, 14)

Un factor de corrección de un 10–15% es ampliamente utilizado para reducir las predicciones basadas las ecuaciones de referencia de Ghio y Crapo (1) cuando se utilizan para individuos de raza Negra.

En el caso de individuos de raza Hispano-Americana, sería correcto utilizar los valores de referencia de Crapo, o en el caso de utilizar los de Hudson, aplicar un factor de corrección entre un 3 a un 17%.

Este factor de corrección en el caso de la población de origen asiático, estaría ubicado entre un 6–7% para la utilización de las referencias de Hudson.

La recomendación en base a los resultados obtenidos en la presente estudio es de aplicar un factor de corrección en los valores predictivos establecidos por la SEPAR (Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica). (25)

Dicho factor de corrección sería de un 10% para la Raza Hispano-Americana, de un 15% para la raza Negra, y de un 6% para individuos de raza asiática. (fig. 5).

PARAMETRO	Referencias:		SEPAR		SEPAR	
	F. Étnico:		100	REF (%)	85	REF (%)
Mayor FVC	(1)	4.05	5.06	80	4.30	94
Mayor FEV1	(1)	3.35	4.03	83	3.43	98
FVC	(1)	3.99	5.06	79	4.30	93
FEV0.5	(1)	2.74				
FEV1	(1)	3.35	4.03	83	3.43	98
FEV3	(1)	3.84				
FEV1/FVC	(4)	84.06	81.06	104	68.90	122
PEF	(1/a)	8.12	7.91	103	6.72	121
FEV6	(1)	3.98				

Diagnóstico: Alteración ventilatoria Restrictiva

Diagnóstico Normal

Figura 5.

## AGRADECIMIENTOS

Dr. J.A. Ibarz y Dña. Carolina Hurtado (SPMAZ Zaragoza), que convenientemente me aconsejaron y apoyaron.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ghio, J.A., R.O. Crapo, y G. Elliot. 1990. "Reference equations used to predict pulmonary function. Chest 97:400–403.
- Damon, A.1966. Negro-White differences in pulmonary function. Hum. biol.38:380–393.
- Schoenberg, J.B., G.J.Beck, y A.Bouhuys. 1978. Growth and decay of pulmonary function in healthy blacks and Whites. Respir. Physiol.33:367–393.
- American Thoracic Society. 1991. Lung function testing: selection of reference values and interpretative strategies. Am. J. Respir. Crit. Care med. 144:1202–1218.
- Clausen, J.L. 1989. Prediction of normal values in pulmonary function testing. Clin. Chest Med.10:135–143.
- Abramowitz, S, G.C. Leiner, W.A. Lewis, y M.J. Small. 1695. Vital capacity in the Negro. Am. Rev. Respir. Dis. 92:287–292.
- Cotes, J.E. 1979. Lung function: Assessment and Application in Medicine, 4ª Edición. Blackwell Scientific Publications, Oxford. 347–352.
- Corey, P.N., M.J. Ashley, y M. Chan-Yeung. 1979. Racial differences in lung function: search for proportional relationships. J.Occup. Med. 21:395–398.
- Oscherwitz, M., S.A. Edlavitch, T.R. Baker, y T. Jarboe. 1972. Differences in pulmonary functions in various racial groups. Am.J. Epidemiol. 93:319–327.
- Seltzer, C.C., A.B. Siegelau, G.D. Friedman, y M.F. Collen, 1974. Differences in Pulmonary function related to smoking habits and race. Am.Rev. Respir.dis. 110: 598–608.
- Ching, B, y P.A. Horsfall. 1977. Lung Volumes in normal Cantonese subjects: preliminary studies. Thorax 32: 352–355.
- Lung function testing: selection of reference values and interpretative strategies. American Thoracic Society. Am Rev Respir Dis 1991. 144:1202–1218.
- Cotton Dust Standards, Rules and Regulations. Federal Register 1978. 43: 273–291.
- Knudson, RJ, Slatin, Rc, Lebowits, Md et al. The maximal expiratory flow volume curve. Am. Rev. Respir Dis 1976. 113: 587–600.
- Dufetel P., Sambiani K, Togbey K., Kolani M.1994.Characteristics of lung volume and expiratory flow seen in black Africans Adults.PMID: 2194242.
- John L. Hankinson, John R. Odencrantz, Kathleen B. Fedan. Spirometric reference values from a sample of the general US population. Am.J. Respir. Crit. Care Med., volumen 159, Número 1, Enero 1999, 179–187.
- Mary Sau-Man y cols. Updated Spirometric Reference Values for Adult Chinese in Hong Kong and Implications on Clinical Utilization.Chest, 2006; 129:384–392.
- Crapo, RO, Morris, AH, Gardner, RM. Reference spirometric values using techniques and equipment that meets ATS recommendations. Am. Rev. Respir. Dis. 1983; 127, 725–734.
- American Thoracic Society. Standardization of spirometry; 1994 Uptade. Am.J. Respir.Crit. Care Med. 1995. 152:1107–1136.
- Rogelio Pérez-Padilla, Gonzalo Valdivia, Adriana Muiño, María Victorina López, María Nelly Márquez, María Montes de Oca, Carlos Tálamo, Carmen Lisboa, Julio Pertuze, José Roberto Jardim y Ana María B Meneces. Valores de referencia espirométrica en 5 grandes ciudades de Latinoamérica para sujetos de 40 años o mas de edad. Arch. Bronconeumol 2006, 42:317–325.
- Marcus, E.B, C.J. Maclean, J.D. Curb, L.R.Johnson, W.M. Vollmer, y A.S. Buist. 1988. Reference values for FEV1 in Japanese-American men from 45 to 68 years of age. Am. Rev. Respir. Dis.138:1393–1397.
- Brian Korotzer, Solina ONG, y James E. Hansen. Ethnic differences in Pulmonary Function in Healthy nonsmoking Asian-Americans and European-Americans. 2000. Am.J. Respir. Crit. Care Med. 161:1101–1108.
- Coultas, D.B., C.a: Howard, B.J. Skipper y J.M. Samet, 1988 Spirometric prediction equations for Hispanic children and adults in New Mexico. Am. Rev. Respir. Dis. 138: 1386–1392
- R. Pellegrino y cols. European Respiratory Journal (Eur Respi J. 2005; 26:948–68).
- Roca Torrent, J. Valores de referencia de l'espirometria forzada d'una població mediterrània. Tesis doctoral U. de Barcelona, 1982.

# ADHERENCIA A LA DIETA MEDITERRÁNEA DE ESCOLARES DE PRIMARIA EN UN COLEGIO DE DOS HERMANAS (SEVILLA)

## ADHESION TO THE PRIMARY STUDENT'S MEDITERRANEAN DIET AT A SCHOOL FROM DOS HERMANAS (SEVILLE)

- Salud Mena Camacho<sup>1</sup>
- Mercedes Vázquez García<sup>2</sup>
- Josefa Delgado Cabello<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Diplomadas en Enfermería Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

<sup>2</sup> Diplomada en Enfermería Hospital de San Lázaro de Sevilla

### Resumen

Con este estudio se pretende conocer la adherencia a la dieta mediterránea en niños de Educación Primaria de un colegio de Dos Hermanas (Sevilla), por todos los beneficios que a esta dieta se le atribuyen. Se analizan las posibles diferencias en los distintos grupos de edad y sexo y los hábitos alimentarios de estos niños. También se compararán los resultados obtenidos con otros estudios análogos.

La población objeto de estudio han sido todos los niños matriculados en el colegio (una totalidad de 516 alumnos). Como instrumento de medida del patrón alimentario se ha utilizado el cuestionario de Índice de Calidad de la Dieta Mediterránea para niños y adolescentes (KIDMED).

Los resultados obtenidos muestran una adherencia a la dieta mediterránea alta-media, obteniendo valores más favorables en los grupos de edad más jóvenes (de 3 a 5 años) y no observando diferencias significativas entre ambos sexos. A pesar de estos resultados favorables se siguen evidenciando consumos por debajo de la cantidad diaria recomendada de frutas y verduras.

#### SUMMARY:

With this study it is tries to know the adherence to the Mediterranean diet in Primary Education's children at a school from Dos Hermanas (Seville), by all the benefits that to this diet are attributed to it. The possible differences are analyzed in the different groups of age and sex and the food habits of these children. Also there will be compared the results obtained with other analogous studies. The population study's object has been all the children registered in the school (a whole of 516 pupils). As instrument of measurement of the nourishing pattern has been used the Quality Index's questionnaire of the Mediterranean Diet for children and teenagers (KIDMED).The results show an adherence to the high-average Mediterranean diet, obtaining more favorable values in the youngest groups (from 3 to 5 years) and not observing significant differences between both sexes. In spite of these favorable results, consumptions continue being demonstrated below the daily quantity recommended of fruits and vegetables.

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ Dieta Mediterránea
- ✓ Nutrición en el niño
- ✓ Hábitos alimenticios Escolares

### KEY WORDS:

- ✓ Mediterranean Diet
- ✓ Nutrition in the child
- ✓ Nourishing Habits Students

## INTRODUCCIÓN

La alimentación desempeña un papel clave en el crecimiento y desarrollo del niño y el adolescente. Los hábitos alimentarios predominantes en esta etapa de la vida condicionan la opción de algunos factores de riesgo que contribuyen al establecimiento precoz de enfermedades crónicas en épocas posteriores<sup>1</sup>.

El estudio enkid, estudio transversal realizado, desde mayo de 1998 a abril de 2000, sobre una muestra aleatoria de la población española con edades entre 2 y 24 años, puso de manifiesto que el 8,2% de la población infantil y juvenil española no desayuna habitualmente, y que los niños que desayunan solos y los que dedican a ello menos de diez minutos, con frecuencia realizan desayunos de baja calidad nutricional.

Más del 60% de los niños y jóvenes realizan aportes de grasa por encima del 35% de la ingesta energética, principalmente a partir del consumo de grasas añadidas, carnes, lácteos y productos de bollería.

Un alto porcentaje de este grupo realizaba un consumo inadecuado de frutas y verduras.

Más del 99% de los niños y jóvenes incluyen habitualmente alimentos del grupo de las carnes en su dieta.

El 98,67% de los varones y el 98,4% de las mujeres consumen habitualmente alimentos del grupo de los pescados. La frecuencia media de consumo para este grupo es menor a la de una ración al día y se aproxima a algo más de 4 raciones semanales.

Más del 99% del colectivo consume alimentos del grupo de la leche y derivados lácteos, principalmente a partir de la leche, seguido de los yogures y postres lácteos, los mayores porcentajes en el consumo de lácteos es en el grupo de edad más joven (de 2 a 5 años).

El porcentaje de consumidores usuales de alimentos del grupo de las legumbres es del 95,6% en varones y 94,2% en mujeres, con una media de 1,9 raciones a la semana.

Cerca del 100% del colectivo consume usualmente alimentos del grupo de los cereales, principalmente a partir del pan blanco, pastas, arroz y patatas. El subgrupo de 2–5 años en varones expresa porcentajes más elevados de consumo inadecuados.

El 96,7% consume habitualmente verduras, con un consumo de 1,4 raciones al día siendo la cantidad recomendada 2 raciones al día.

El 98,4% consume frutas llegando a 1,8 raciones diarias siendo el consumo recomendado de 3 raciones diarias.

Según este estudio el 49,4% de la población se sitúa en valores intermedios de adherencia a una dieta mediterránea y el 46,4% obtiene valores elevados de adherencia a dicha dieta. Globalmente, el bajo consumo de frutas y verduras es el aspecto que tiene mayor impacto negativo en el cómputo del índice de calidad de esta dieta, junto con el consumo habitual de productos de bollería, dulces y golosinas<sup>2</sup>.

Si nos centramos en Andalucía, comunidad según el estudio enkid con más altos niveles de obesidad junto a Canarias, la Encuesta Andaluza de Salud 2003, constató que persiste la tendencia en niños y niñas a consumir en escasa proporción

verduras, frutas y hortalizas donde el 46,5% de los niños y niñas andaluces toman fruta diariamente y sólo el 12,3% toma verduras, el 6,1% toman fruta menos de una vez por semana y el doble si nos referimos a las verduras. Por edades, hay pocas diferencias en el consumo de frutas, pero el de verduras desciende paulatinamente. La leche contribuye al aporte calórico total de forma importante, además representa entre el 20–30% del colesterol dietético que ingiere la población infantil. El máximo consumo de lácteos en ambos sexos ocurre entre los 2 y los 5 años (al igual que mostró el estudio enkid), descendiendo de forma paulatina, hasta los valores mínimos alrededor de los 18 años de edad.

Los cereales de desayuno, generalmente azucarados, y otras formas elaboradas y refinadas de pan se han incorporado con notable éxito en las dietas infantiles.

En la dieta de este grupo de población está muy presente un grupo heterogéneo de alimentos de alta densidad energética, como galletas, pasteles, chucherías, “snacks” y bollería industrial. Es difícil cuantificar el consumo total, pero el gasto en 2003 sólo en bollería y galletas fue de casi 2.134 millones de euros, un 3,57% más que el año anterior<sup>3</sup>.

Según otras publicaciones de estudios realizados en provincias andaluzas como Córdoba y Almería, siguen mostrando resultados afines a los anteriores, como que no existen diferencias significativas en los hábitos alimenticios de ambos sexos, que a mayor edad peor son estos hábitos y que el consumo de frutas y verduras sigue siendo deficiente así como el consumo de dulces, huevos, carnes y derivados es excesivo<sup>4</sup>.

## OBJETIVOS

### – Objetivo general:

\*Conocer la adherencia a la dieta mediterránea de estos escolares, por todos los beneficios que a esta dieta se le atribuyen.

### – Objetivos específicos:

\*Detectar si existen diferencias por sexo.

\*Comparar las diferencias en los distintos grupos de edades.

\*Conocer los hábitos alimentarios de estos niños y detectar así las posibles líneas de actuación más adecuadas.

\*Comparar los resultados obtenidos con estudios análogos.

## METODOLOGÍA

Se ha llevado a cabo un estudio descriptivo transversal, durante el periodo escolar 2008–2009, de la adherencia que tienen los escolares de primaria a la dieta mediterránea.

Se ha tomado como muestra a todos los niños matriculados en el colegio público “Valme Coronada” de la localidad sevillana de Dos Hermanas, sumando una totalidad de 516 alumnos, de los cuales 267 son niños y 249 niñas. Datos a tener en cuenta sobre la muestra son, que estos niños provienen de un entorno sociocultural y económico medio y que en

dicho colegio se están aplicando medidas dietéticas dentro del programa de salud escolar como son, el desayuno saludable para los cursos de infantil (niños de 3 a 5 años) y el día de la fruta en el resto de cursos.

Se ha optado por una muestra amplia (todo el colegio) para intentar disminuir el error aleatorio en las mediciones<sup>5</sup>.

Para obtener los datos se recurrió al cuestionario de Índice de Calidad de la Dieta Mediterránea para niños y adolescentes (KIDMED)<sup>6</sup>, cuestionario que permite evaluar el grado de adherencia al patrón de dieta mediterránea en la población infantil y adolescente y poder analizar de forma rápida el riesgo nutricional en pediatría.

El cuestionario Kidmed se elaboró a partir de 16 premisas afines a la dieta mediterránea. Cuando la puntuación de la suma de estos 16 componentes del índice es superior o igual a 8 (la puntuación máxima es 10) la calidad de la dieta mediterránea es alta; de 4-7 es media y menor a 4 es baja<sup>7</sup>.

El cuestionario fue repartido entre el alumnado gracias a sus tutores y profesorado, en el caso de los niños de 3 a 5 años las entrevistas fueron contestadas por sus madres o responsables de su alimentación, y en el caso de los niños de 6 a 11 años fueron contestadas por ellos mismos con la ayuda del responsable de su alimentación.

## RESULTADOS

De la totalidad de la muestra (los 516 niños) se ha obtenido que 290 de ellos tienen una adherencia alta a dicha dieta, 200 es media y 16 es baja, es decir, la mayoría de los mismos tienen una afinidad alta-media a la dieta mediterránea. (Figura 1).



Figura 1

En cuanto a la comparación por sexos observamos que:

- Un 57,8% de las niñas tienen una adherencia alta a la dieta mediterránea, el 40,16% la tienen media y el 2% la tienen baja. (Figura 2).

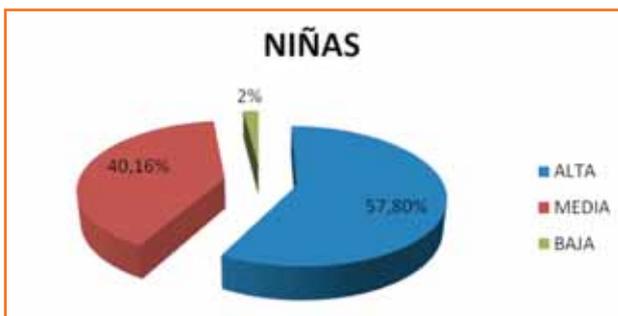


Figura 2

- En cuanto a los niños, un 54,68% la tienen alta, un 37,45% la tienen media y un 4,12% la tienen baja. (Figura 3).

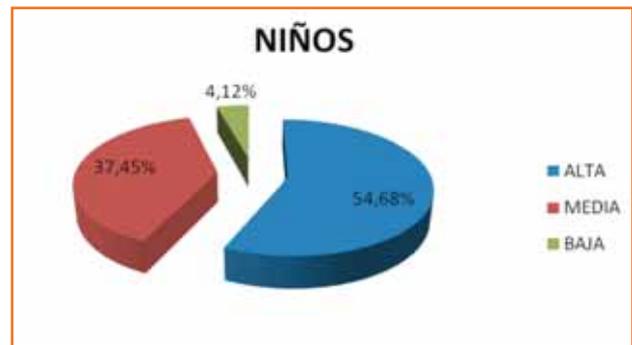


Figura 3

De lo que se desprende que no existen diferencias sustanciales entre ambos sexos.

Si analizamos la cohesión que tienen a la dieta mediterránea los distintos grupos de edad que hemos entrevistado disponemos de los siguientes datos (Tabla 1).

Si estos datos los trasladamos a un gráfico obtenemos la siguiente distribución (Figura 4):

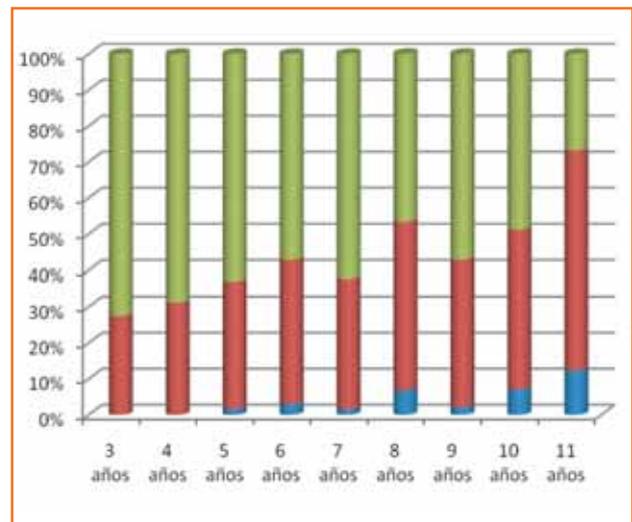


Figura 4

Los resultados que se desprenden de los distintos ítems del cuestionario Kidmed son los siguientes (Tabla 2):

Si analizamos estos datos por grupos de edad obtenemos los siguientes resultados:

En los grupos de edad de 3 a 5 años (Tabla 3):

Los resultados en los grupos de edad de 6 a 8 años son (Tabla 4):

Los resultados entre los niños de 9, 10 y 11 años son (Tabla 5):

EDAD	ADHERENCIA ALTA	ADHERENCIA MEDIA	ADHERENCIA BAJA
3 AÑOS	72,6%	27,4%	0%
4 AÑOS	68,85%	31,15%	0%
5 AÑOS	63,08%	35,38%	1,54%
6 AÑOS	57,14%	40%	2,85%
7 AÑOS	62,32%	36,23%	1,5%
8 AÑOS	46,67%	46,67%	6,67%
9 AÑOS	57,14%	40,82%	2,04%
10 AÑOS	48,84%	44,19%	6,98%
11 AÑOS	26,82%	60,98%	12,2%

Tabla 1

CUESTIONARIO KIDMED
Toma una fruta o zumo de fruta al día
Toma una 2ª fruta cada día
Toma verduras cada día
Toma verduras más de una vez al día
Toma con regularidad pescado 2–3 veces por semana
1 ó más veces por semana va a un restaurante de comida rápida
Come legumbres más de una vez por semana
Toma pasta o arroz casi a diario
Desayuna cereales o derivados (pan...)
Toma frutos secos 2–3 veces por semana
Utiliza en casa aceite de oliva
No desayuna
Desayuna un lácteo
Desayuna bollería industrial
Toma 2 yogures o un poco de queso (40 g) al día
Toma varias veces al día dulces y golosinas

Tabla 2

CUESTIONARIO KIDMED	3 años	4 años	5 años
Toma una fruta o zumo de fruta al día	90,41%	80,33%	87,69%
Toma una 2ª fruta cada día	35,62%	50,82%	33,85%
Toma verduras cada día	63,01%	57,38%	58,46%
Toma verduras más de una vez cada día	17,81%	13,11%	10,77%
Toma con regularidad pescado 2–3 veces por semana	89,04%	90,16%	87,69%
1 ó más veces por semana va a un restaurante de comida rápida	2,74%	6,56%	1,54%
Come legumbres más de una vez por semana	90,41%	93,44%	90,77%
Toma pasta o arroz casi a diario	47,95%	60,66%	44,62%
Desayuna cereales o derivados (pan...)	87,67%	80,33%	86,15%
Toma frutos secos 2–3 veces por semana	34,25%	37,7%	30,77%
Utiliza en casa aceite de oliva	98,63%	100%	100%
No desayuna	1,37%	4,92%	3,08%
Desayuna un lácteo	100%	95,08%	96,92%
Desayuna bollería industrial	6,85%	1,64%	7,69%
Toma 2 yogures o un poco de queso (40 g) al día	80,82%	90,16%	83,08%
Toma varias veces al día dulces y golosinas	12,33%	19,67%	13,85%

Tabla 3

CUESTIONARIO KIDMED			
	6 años	7 años	8 años
Toma una fruta o zumo de fruta al día	81,43%	86,96%	88,44%
Toma una 2ª fruta cada día	37,14%	43,48%	33,33%
Toma verduras cada día	52,86%	44,93%	51,11%
Toma verduras más de una vez cada día	14,29%	8,7%	13,33%
Toma con regularidad pescado 2-3 veces por semana	85,71%	69,57%	82,22%
1 ó más veces por semana va a un restaurante de comida rápida	1,43%	4,35%	4,44%
Come legumbres más de una vez por semana	97,14%	91,3%	84,44%
Toma pasta o arroz casi a diario	48,57%	46,38%	51,11%
Desayuna cereales o derivados (pan...)	91,43%	88,41%	91,11%
Toma frutos secos 2-3 veces por semana	30%	36,92%	44,44%
Utiliza en casa aceite de oliva	98,57%	100%	97,78%
No desayuna	5,71%	2,9%	6,67%
Desayuna un lácteo	97,14%	92,75%	88,89%
Desayuna bollería industrial	20%	7,25%	17,78%
Toma 2 yogures o un poco de queso (40 g) al día	81,43%	69,23%	64,44%
Toma varias veces al día dulces y golosinas	14,29%	20,29%	22,22%

Tabla 4

CUESTIONARIO KIDMED			
	9 años	10 años	11 años
Toma una fruta o zumo de fruta al día	83,67%	83,72%	90,24%
Toma una 2ª fruta cada día	34,69%	46,51%	43,9%
Toma verduras cada día	57,14%	48,84%	39,02%
Toma verduras más de una vez cada día	4,08%	6,98%	9,76%
Toma con regularidad pescado 2-3 veces por semana	87,76%	88,37%	58,54%
1 ó más veces por semana va a un restaurante de comida rápida	8,16%	27,91%	19,51%
Come legumbres más de una vez por semana	91,84%	67,44%	68,29%
Toma pasta o arroz casi a diario	57,14%	62,79%	34,15%
Desayuna cereales o derivados (pan...)	89,8%	88,37%	95,12%
Toma frutos secos 2-3 veces por semana	53,06%	53,49%	48,78%
Utiliza en casa aceite de oliva	100%	97,67%	92,68%
No desayuna	4,08%	0%	12,2%
Desayuna un lácteo	89,8%	93,02%	75,61%
Desayuna bollería industrial	14,29%	18,6%	24,39%
Toma 2 yogures o un poco de queso (40 g) al día	75,51%	76,74%	56,1%
Toma varias veces al día dulces y golosinas	20,41%	34,88%	19,27%

Tabla 5

## DISCUSIÓN

Este estudio nos muestra que, en general, la calidad de la Dieta Mediterránea en estos niños es mayoritariamente alta y media.

En cuanto a la comparación por edades, las tasas más altas de adherencia se aprecian en las edades más jóvenes (de 3 a 5 años) para después ir disminuyendo, aunque no proporcionalmente, y pasar, mayoritariamente a una calidad media en la adherencia a la dieta.

Los niños con menos apego a la dieta mediterránea están en los grupos de edad de 8, 10 y 11 años siendo estos últimos los que destacan por tener una calidad más pobre. Los niños de 3 y 4 años, por su parte, tienen muy buena adherencia, no presentando baja calidad en el seguimiento a la dieta.

En cuanto a la comparación por sexos, no se aprecian diferencias significativas.

Si analizamos los hábitos alimenticios de estos niños vemos que:

- El consumo de al menos una pieza de fruta o zumo de frutas al día es elevado disminuyendo a más de la mitad de la muestra en el caso del consumo de una segunda pieza de fruta o más.
- El consumo de verduras frescas o cocidas diarias sólo es seguido por la mitad de la muestra, el consumo de las mismas más de una vez al día es escaso, solo algo más del 10%.
- El consumo de pescado, aceite de oliva, cereales, legumbre y productos lácteos, en las cantidades recomendadas, es aplicado en una gran proporción de los niños encuestados, llegando a cifras que rondan el 100% en el caso del consumo de aceite de oliva.

El grupo de edad que dan cifras más bajas en el consumo recomendado de pescado son los niños de 11 años edad y, aún así, más de la mitad lo toman con la frecuencia adecuada.

Lo mismo ocurre con el consumo en el desayuno de productos lácteos, donde se mantienen cifras elevadas en todos los grupos de edades apareciendo un descenso en los niños de 11 años.

Las edades con porcentajes más bajos en el consumo de legumbres son los niños de 10 y 11 años.

- El consumo casi a diario de arroz o pasta sólo es realizado por la mitad de la muestra y por algo menos de la mitad el consumo de frutos secos. En el caso de estos últimos su consumo aumenta ligeramente con la edad, siendo los niños de 9 a 11 años quienes más los toman.
- Aunque en porcentajes no muy elevados el hábito de ir al colegio sin desayunar sigue ocurriendo, destacando de nuevo los niños de 11 años con los porcentajes más altos.

- En cuanto al consumo de bollería en el desayuno, pocos son los que admiten tomarla, siendo la media de consumo algo más del 12%, los grupos de edad con más alta proporción de consumo son los niños de 6, 8, 9, 10 y 11 años.
- Todos los grupos de edades consumen golosinas en proporciones que van desde el 12 al 35%.

Al comparar nuestros resultados con otros estudios análogos obtenemos que:

- Al compararlo con el estudio enkid, vemos que al igual que en este no existen diferencias significativas entre sexos.

En el presente estudio se han obtenido porcentajes más elevados de una adherencia alta a la dieta mediterránea. En el estudio enkid el 46,4% obtiene valores elevados de adherencia a dicha dieta y en este, estos valores se han conseguido en el 56,2% de la muestra. También es verdad que el estudio enkid abarcaba hasta adolescentes de 24 años, y este sustenta que a mayor edad peores hábitos alimenticios, y esto puede ser la razón de la diferencia en los valores obtenidos.

Si comparamos el consumo de los diferentes grupos de alimentos, nos damos cuenta que hemos obtenido porcentajes algo más bajos en el consumo de frutas, verduras, pescado y legumbres, pero adecuándose al mismo patrón alimentario donde el consumo de frutas y verduras en las cantidades recomendadas son escasos.

- Por otro lado, si comparamos los resultados con la Encuesta Andaluza de Salud del año 2003, observamos que el consumo de frutas y verduras ha mejorado en esta población, quizás debido a la implantación de distintas medidas por parte de la Consejería de Salud (Junta de Andalucía).

Además, ya se ha comentado que en este colegio se están aplicando medidas como el Día de la Fruta o el Desayuno Saludable para infantil. (Fig. 5).



Figura 5

Como futuras líneas de investigación, sería interesante estudiar la adherencia a la dieta mediterránea en grupos de mayor edad para observar si el seguimiento de la misma sigue

disminuyendo en franjas de edades superiores, así como ampliar el estudio en otros colegios de la zona básica para ver si siguen la misma tendencia y poder comparar nuestros resultados con los de otras zonas socio económicas más desfavorecidas.

También sería beneficioso complementar dicho estudio, analizando el estilo de vida de estos niños para determinar si es el ejercicio físico o el sedentarismo lo que predomina en sus vidas.

## CONCLUSIONES

La adherencia a la dieta mediterránea en estos niños es predominantemente alta-media, con lo cual los hábitos alimenticios de estos niños son de una calidad reconocible, aunque se sigue apreciando, al igual que en otros estudios análogos, que el consumo de frutas y verduras está por debajo de las cantidades diarias recomendadas, que más del 4% de los niños en estudio van al colegio sin desayunar, que más del 12% consume bollería para desayunar y cerca del 20% toman golosinas y dulces a diario.

Por todo esto, es necesario que se sigan fomentando medidas de promoción de hábitos de vida saludables, como las promovidas por la Junta de Andalucía.

## AGRADECIMIENTOS

Al profesorado del colegio "Valme Coronada" de Dos Hermanas de Sevilla, por su ayuda inestimable en la recogida de datos proporcionándonos su tiempo y energías. Y por supuesto a los niños y niñas de este colegio y a sus tutores, que han colaborado desinteresadamente haciendo posible dicho estudio. Por todo esto, GRACIAS.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1). Aranceta Bartrina, J; Delgado Rubio, A. "Clínicas Españolas de nutrición". Vol. II. Barcelona. Masson. Pág. (69-80).
- (2). Serra Majem, L; Ribas Barba, L; Aranceta Bartrina, J; Pérez Rodrigo, C; Saavedra Santana, P. "Epidemiología de la Obesidad Infantil en España. Resultados del estudio Enkid (1998-2000)". Obesidad infantil y juvenil. Estudio Enkid. Ed. Masson, 2001.
- (3). Martínez Rubio, A (coord.); Soto Moreno, AM et al: "Plan Integral de la Obesidad Infantil en Andalucía 20074-2012". Sevilla. Consejería de Salud (Junta de Andalucía), 2006.
- (4). Muñoz Paris, MJ; Márquez Membrives, J; Muñoz Paris, AM; Pérez Ruiz, IM. "La efectividad de la Educación para la Salud como asignatura transversal. Estudio comparativo sobre los hábitos alimenticios en escolares de primaria y secundaria". A tu salud. Dic. 2002. Año (X) (29-40): 22-25. Original, artículo.  
Pérula de Torres, LA; Herrera Morcillo, E; de Miguel Vázquez, MD; Lora Cerezo, N. "Hábitos alimentarios de escolares de una zona básica de salud en Córdoba". Rev. Esp. Salud Pública ISSN 1135-5725, vol. 72, nº 2. Madrid. Mar/Abr. 1998.
- (5). Royo Bordonada, M (coord.). "Nutrición en Salud Pública". 2007. Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad. Pág. (222-223).
- (6). Serra Majem, LI; Ribas L., Nigo J., Ortega RM; García A, Pérez Rodrigo C, Aranceta J. Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of Kidmed, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. Public Health Nutrition: 7(7), 931-935).
- (7). Serra Majem, LI; Aranceta Bartrina, J. Nutrición y Salud Pública. Métodos, bases científicas y aplicaciones. 2ª ed. Barcelona. Masson, 2006.

# ACTIVIDADES DE ENTRETENIMIENTO EN PACIENTES Y CUIDADORES DE LA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL DUQUES DEL INFANTADO

## PROYECTO EL RINCÓN DE LA LECTURA, FASE II

### ACTIVITY AT THE PATIENTS AND CAREGIVERS PALLIATIVE CARE UNIT AND ONCOLOGY HOSPITAL INFANTADO DUKES PROJECT THE READING CORNER, PHASE II

- José Eugenio Guerra González<sup>1</sup>
- Carmen M<sup>a</sup> Martínez Sánchez<sup>2</sup>
- Virginia Bazán Calvillo<sup>1</sup>
- Encarnación Bernabé Luján<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Enfermeros. Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos. H. Duques del Infantado. Sevilla

<sup>2</sup> Enfermera. Servicios Centrales del SAS. Sevilla  
Centro de realización del Trabajo

*Unidad de Cuidados Paliativos Oncológicos. H. Duques del Infantado. Sevilla*

## Resumen

Las *Bibliotecas de Pacientes* pretenden humanizar las condiciones de hospitalización *alcanzando bienestar y recuperación con la adquisición, mantenimiento y disposición de material de biblioteca, diversión y terapia*. Esta investigación, continuación del *Proyecto El Rincón de la Lectura en la Unidad de Cuidados Paliativos y Oncológicos del Hospital Duques del Infantado* pretende identificar en sus pacientes y cuidadores actividades de entretenimiento, predisposición a realizarlas e influencia. Mediante cuestionario elaborado expresamente y administrado a usuarios se obtiene que fundamentalmente utilizan la radio, leen prensa, revistas, libros y reciben visitas. Pacientes y cuidadores opinan que disponer en la Unidad de material de lectura diverso para consulta está *Muy Bien* como propuesta y que influiría *Positivamente* en su estancia hospitalaria y para afrontar la situación. Instaurar el *Rincón de la Lectura* en la Unidad incrementaría su cartera de servicios con un instrumento más de afrontamiento para los usuarios capacitándoles en conocimientos, actitud y habilidades.

### ABSTRACT

Patient Libraries aim to humanize hospital conditions achieving wellness and recovery with the acquisition, maintenance and disposal of library materials, entertainment and therapy. This research, then the Project The Reading Corner in the Palliative Care Unit and Oncology Hospital Infantado Dukes aims to identify patients and carers in their entertainment, and influence predisposition to perform them. By questionnaire developed and administered specifically to users that primarily obtained using the radio, read newspapers, magazines, books, and receive visits. Patients and caregivers believe that having the unit diverse reading material for consultation is very well as a proposal and that would positively influence their hospital stay and to address the situation. Building the Reading Corner in the Unit would increase its service portfolio with an additional tool for coping users trained in knowledge, attitude and skills.

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ Cuidados Paliativos,
- ✓ Biblioteca Pacientes,
- ✓ Oncología,
- ✓ Lectura,
- ✓ Muerte,
- ✓ Duelo

### KEY WORDS:

- ✓ Palliative Care,
- ✓ Library Patients,
- ✓ Oncology,
- ✓ Reading,
- ✓ Death,
- ✓ Grief

## I.1. INTRODUCCIÓN

El sistema sanitario público en España pretende entre otros muchos y relevantes aspectos gestionar eficazmente un modelo de información sanitaria para sus ciudadanos siendo también así contemplado en el *III Plan Andaluz de Salud 2003–2008* para nuestra Comunidad Autónoma. <sup>(1)</sup> Las *Bibliotecas de Pacientes*, ámbitos de Cultura pretenden humanizar las condiciones de hospitalización, siendo su objetivo primordial *alcanzar bienestar y recuperación con la adquisición, mantenimiento y disposición de material de biblioteca y servicios de diversión, terapia y cultura.* <sup>(2)</sup>

El *Plan de Atención a los Cuidadores Familiares en Andalucía* <sup>(3)</sup> y la *Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica* <sup>(4)</sup> afirman que los *Servicios sanitarios contarán con bibliotecas para garantizar autonomía, facilitar acceso a información de calidad y superar asimetría entre profesionales y pacientes.* Estas *Bibliotecas de Pacientes* datan de 1984 a partir de un convenio de los Ministerios de Sanidad <sup>(5)</sup> y el de Cultura (1989–1993) <sup>(6)</sup>, teniendo de fondo por un lado el *Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria (INSALUD)*, <sup>(7)</sup> en el que se afirma que *la hospitalización incide lo menos en las relaciones sociales y personales de pacientes, se facilite acceso a medios, sistemas de comunicación, cultura y actividades que fomenten relaciones sociales, entretenimiento y ocio previendo su creación en los hospitales,* el *Plan Integral Oncológico de Andalucía 2007–2012*, <sup>(8)</sup> que refiere que *es imprescindible mejorar los espacios de atención, siendo cómodos, bien equipados y respetando la intimidad,* el *Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008–2012*, <sup>(9)</sup> los objetivos de la *Unidad de Cuidados Paliativos y Oncológicos del Hospital Duques del Infantado (UCPO–HDI)* y el *Plan de Cuidados Estandarizados al paciente con enfermedad avanzada y Terminal.*

Nuestro país posee aún pocas aunque importantes bibliotecas de pacientes en sus hospitales como la *Biblioteca de Pacientes del Hospital Virgen de la Victoria* (Málaga) y la *Biblioteca de Pacientes del Hospital de Cabueñes* (Gijón–Asturias). Es por todos conocido que el hecho de ingresar en un hospital, de la institucionalización no solo de los enfermos sino también de sus familiares o cuidador, supone un trauma importante ya que paraliza bien de forma momentánea o prolongada en el tiempo su vida cotidiana, le aleja de la realidad y le hace centrarse exclusivamente en su problema de salud. Es por ello que la iniciativa que planteamos pretende que ocupe algunas de sus horas de estancia hospitalaria con una actividad de ocio tal que la lectura contribuyendo a contactar con el mundo más allá de las paredes de su habitación olvidándole su postración mejorando su humor y disposición personal ante la enfermedad.

Esta investigación, continuación del *Proyecto El Rincón de la Lectura en la Unidad de Cuidados Paliativos y Oncológicos del Hospital Duques del Infantado* <sup>(10)</sup> pretende identificar en pacientes y cuidadores de la UCPO actividades de entretenimiento, predisposición a realizarlas si la Unidad dispusiera de lugar habilitado y material idóneo para la experiencia que atraviesan además de su influencia en su proceso salud–enfermedad.

## I.2. MATERIAL Y MÉTODO

Los sujetos participantes en el estudio son usuarios, pacientes o cuidadores que permanecen en la Unidad de Cuidados Paliativos y Oncológicos del Hospital Duques del Infantado los días 23, 27, 28 y 29 de Junio de 2008, en horario de tarde al existir mayor afluencia de personas en la Unidad. En total, 20 individuos previamente informados del objetivo del estudio y con plena autorización verbal para publicación de los resultados. Han sido excluidos aquellos individuos que ante el ofrecimiento de realizar el cuestionario lo denegaban expresamente o en aquellos otros que al identificar circunstancias y estado anímico nada propicio para su realización creímos oportuno no involucrarles. En todo momento se han tenido presente las consideraciones legales y éticas que derivan de todo trabajo de investigación, consentimiento de sujetos de estudio y autorizaciones oportunas para su realización por parte de la Supervisión de la UCPO–HDI.

La institución en donde se ha realizado el estudio es el Hospital Duques del Infantado, edificio que data de la Exposición Universal celebrada en Sevilla en 1929 y que más tarde se convertiría en el Centro Oncológico Regional (1973), siendo denominado popularmente aún hoy, el antiguo Pabellón Vasco.

El diseño es de un estudio no experimental, descriptivo, de tipo transversal o de prevalencia al describir las características más importantes de una población en torno a problemas de salud o déficits, proporcionando información relevante para la administración sanitaria en cuanto a identificar grupos vulnerables –pacientes y cuidadores de la UCPO y sobre actividades de entretenimiento–, pudiendo aplicar posteriormente los recursos existentes según necesidades detectadas. Las ventajas del diseño son la facilidad de ejecución respecto a otros, su relativo poco coste, precisar poco tiempo de ejecución y ser factible describir las características de una población presentando como desventajas ser propenso a cometer sesgos *de selección e información*. El tipo de muestreo seguido es el aleatorio simple.

La recogida de datos se realizó mediante la administración de un cuestionario elaborado expresamente para el trabajo de investigación (*Figura 1*), debido a que es el instrumento más utilizado para identificar objetivamente actitudes, opiniones y conocimientos en una muestra, que aplicado de forma sistemática permite obtener resultados y compararlos en el tiempo, además de conseguir un alto índice de participación y ser rápida su ejecución. En la elaboración del cuestionario se ha seguido las siguientes fases:

*1ª Fase de recolección de ideas para el cuestionario.* Exhaustiva revisión bibliográfica del objeto de estudio y de la información que tienen población en general y profesionales sanitarios –médicos, DE y TCAE–, que prestan servicio en la UCPO–HDI.

*2ª Fase de elaboración del cuestionario.* El cuestionario –principal instrumento de recogida de datos en la investigación–, está elaborado expresamente para tal fin, es auto–administrado, anónimo, con sus pertinentes recomendaciones para su cumplimentación –hacer una cruz, solo una, sobre el casillero de la opción que piense correcta–, y finaliza agradeciendo disponibilidad y colaboración de los participantes. Consta de

21 cuestiones, de opción múltiple y en determinados puntos abierto para que el entrevistado exprese su opinión al respecto, diferenciándose en el contenido cuatro amplios ámbitos, *Datos Personales, Proceso Salud-Enfermedad, Hábito de lectura y Proceso Salud y Enfermedad y Hábito de Lectura en el Rincón*. En su proceso de elaboración se han tomado las debidas precauciones para evitar los errores más frecuentes que se cometen en su construcción.

**3ª Fase de análisis crítico del cuestionario.** El cuestionario ha sido sometido a autocrítica y ensayo piloto, con intervención de 10 personas entre el 10 y 20 de Mayo de 2008, distribuidos así: 2 pacientes, 2 cuidadores y 2 enfermeros, todos ellos de la UCPO-HDI y 2 individuos ajenos al Sistema Sanitario. El cuestionario no ha sido validado, pero sí muestra validez aparente, referida a la imagen que ha transmitido a los individuos a los que se les ha administrado, pues presenta instrucciones claras de cumplimentación, formato cuidado y presentación agradable, constatada por una tasa de respuesta que asciende al 100%. Por otro lado, existe validez de contenido al explorar el cuestionario de forma amplia y variada algunas de las dimensiones del constructo a describir.

**4ª Fase de reestructuración definitiva del cuestionario.** Con las aportaciones hechas en fases anteriores.

El proceder hasta la cumplimentación del mismo por los encuestados consistirá en que una vez confeccionado se explicará los objetivos del trabajo a la Supervisora y personal de la UCPO-HDI-médicos, DE y TCAE-, se concertará a posteriori cita con la Supervisora para fijar fecha de administración, se procederá a la elección aleatoria de pacientes y cuidadores explicándoles objetivos del trabajo y advirtiéndoles del anonimato en sus respuestas y la no aclaración de dudas una vez administrado el cuestionario siempre en ausencia de otras personas y con tiempo suficiente para cumplimentarlo.

El análisis de los cuestionarios contempla una Etapa Descriptiva, en donde se efectuará la descripción pormenorizada de los resultados obtenidos en cada uno de los ítems para identificar las características generales de la población objeto de estudio.

La descripción y análisis de los datos se realiza en base fundamentalmente al estudio del cuestionario, utilizando el paquete informático Office 2007, el programa estadístico Epi-Info, versión 2007, así como la realización de tablas de frecuencia y gráficos –diagrama de sectores–.

Los recursos contemplados en la realización de la investigación han sido en cuanto a recursos humanos, participación activa de la Supervisora, profesionales, pacientes y cuidadores de la UCPO-HDI y respecto a recursos materiales, un ordenador portátil y material fungible –material de oficina, papelería, informática etc.–.

#### **Cuestionario para el paciente y cuidador principal.**

El presente cuestionario es totalmente anónimo, siendo el principal instrumento para la recogida de datos del trabajo de la investigación *Actividades de entretenimiento en pacientes y cuidadores de la Unidad de Cuidados Paliativos y Oncológicos del Hospital Duques del Infantado. Proyecto El Rincón de la Lectura, Fase II*. Uno de los objetivos del trabajo de investigación

es identificar actividades de entretenimiento y conocer la necesidad de pacientes y cuidadores principales de poseer textos de lectura en la Unidad para su uso y disfrute, es decir entretenerse y/o informarse respecto a la situación que están experimentando, es decir enfermedad avanzada o terminal, cuidados paliativos, pérdida, duelo, etc. Por ello, espero su máxima colaboración y sinceridad en las preguntas que se plantean.

Cumplimentar este cuestionario consiste en hacer una cruz, solo una, sobre el casillero de la opción que piense correcta, así como contestar lo que piense en aquellas otras que requieren explicación. Lea atentamente las preguntas y muchas gracias por su colaboración.

*En primer lugar, pretendo que indique algunos datos personales...*

1. ¿Cuál es su situación en el hospital?

- Paciente  
 Cuidador principal

2. Género.

- Hombre  
 Mujer

3. Edad.

- |                                     |                                     |                                     |
|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 20-29 años | <input type="checkbox"/> 30-39 años | <input type="checkbox"/> 40-49 años |
| <input type="checkbox"/> 50-59 años | <input type="checkbox"/> 60-69 años | <input type="checkbox"/> + 70 años  |

4. Nivel de estudios.

- Estudios Primarios  
 Estudios Superiores

5. Sabe usted...

- Leer  
 Escribir  
 Leer y escribir

*A continuación unas cuestiones sobre su proceso salud-enfermedad...*

6. ¿Conoce usted el diagnóstico de su enfermedad?

- Sí  
 No

7. ¿Y el pronóstico?

- Sí  
 No

<p>8. ¿Conoce que necesita cuidados físicos, psíquicos etc.?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>9. Necesita información respecto a:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Su enfermedad</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Su tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Los cuidados que necesita</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>La pérdida</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>El duelo</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>10. ¿Necesita realizar en su estancia hospitalaria actividades formativas, de ocio o entretenimiento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí      En caso afirmativo especifique qué le gustaría <input type="checkbox"/> No</p> <p>11. ¿Que estado de ánimo tiene durante su hospitalización?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Malo</td> <td><input type="checkbox"/> Regular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bueno</td> <td><input type="checkbox"/> Muy Bueno</td> </tr> </table> <p>12. ¿Con que estado de ánimo lleva su enfermedad?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Malo</td> <td><input type="checkbox"/> Regular</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bueno</td> <td><input type="checkbox"/> Muy Bueno</td> </tr> </table> <p>13. ¿Realiza usted alguna actividad de ocio/entretenimiento durante su hospitalización?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cuál?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lee periódicos/revistas</td> <td><input type="checkbox"/> Hace crucigramas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ve la Televisión</td> <td><input type="checkbox"/> Recibe visitas</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Escucha la Radio</td> <td><input type="checkbox"/> Otras (especifique)</td> </tr> </table> <p><i>A continuación unas cuestiones sobre un hábito como el de la lectura...</i></p> <p>14. ¿Le gusta leer?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí      ¿Por qué? <input type="checkbox"/> No</p> <p>15. ¿Ha tenido el hábito de la lectura?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	Su enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Su tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Los cuidados que necesita	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	La pérdida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	El duelo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Malo	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Muy Bueno	<input type="checkbox"/> Malo	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Muy Bueno	<input type="checkbox"/> Lee periódicos/revistas	<input type="checkbox"/> Hace crucigramas	<input type="checkbox"/> Ve la Televisión	<input type="checkbox"/> Recibe visitas	<input type="checkbox"/> Escucha la Radio	<input type="checkbox"/> Otras (especifique)	<p>¿Cuándo?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Niño</td> <td><input type="checkbox"/> Adulto</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Joven</td> <td><input type="checkbox"/> Mayor</td> </tr> </table> <p>16. ¿Qué es lo que lee?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Periódicos</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Revistas</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Libros</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>17. ¿Sobre que tema le gustaría leer durante su hospitalización?</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Su enfermedad</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Su tratamiento</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Los cuidados que necesita</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>La pérdida</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>El duelo</td> <td><input type="checkbox"/> Sí</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>Experiencias personales en la enfermedad <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Temas no relacionados con su enfermedad <input type="checkbox"/> Sí (Especifique) <input type="checkbox"/> No</p> <p><i>Y para finalizar, cuestiones de su proceso salud-enfermedad y el servicio de lectura que se le ofrece en la Unidad...</i></p> <p>18. Disponer en la Unidad de libros referidos a los siguientes temas: enfermedad, tratamiento, cuidados, pérdida, duelo, otros temas... para uso, disfrute y consulta de pacientes y cuidadores principales ¿Qué le parece la propuesta?</p> <p><input type="checkbox"/> Mal <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Muy Bien</p> <p>19. ¿Utilizaría este nuevo servicio de la Unidad?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>20. ¿Opina que disponer de este servicio en la Unidad influiría en su estancia hospitalaria?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Cómo?</p> <p><input type="checkbox"/> Positivamente <input type="checkbox"/> Negativamente</p>	<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Adulto	<input type="checkbox"/> Joven	<input type="checkbox"/> Mayor	Periódicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Revistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Libros	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Su enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Su tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Los cuidados que necesita	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	La pérdida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	El duelo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Su enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								
Su tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								
Los cuidados que necesita	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								
La pérdida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								
El duelo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								
<input type="checkbox"/> Malo	<input type="checkbox"/> Regular																																																									
<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Muy Bueno																																																									
<input type="checkbox"/> Malo	<input type="checkbox"/> Regular																																																									
<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Muy Bueno																																																									
<input type="checkbox"/> Lee periódicos/revistas	<input type="checkbox"/> Hace crucigramas																																																									
<input type="checkbox"/> Ve la Televisión	<input type="checkbox"/> Recibe visitas																																																									
<input type="checkbox"/> Escucha la Radio	<input type="checkbox"/> Otras (especifique)																																																									
<input type="checkbox"/> Niño	<input type="checkbox"/> Adulto																																																									
<input type="checkbox"/> Joven	<input type="checkbox"/> Mayor																																																									
Periódicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								
Revistas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								
Libros	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								
Su enfermedad	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								
Su tratamiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								
Los cuidados que necesita	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								
La pérdida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								
El duelo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																																																								

¿Por qué?

21. ¿Influiría disponer de este servicio en la forma de afrontar esta situación?

- Sí
- No

¿Cómo?

- Positivamente
- Negativamente

¿Por qué?

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN EN LA CUMPLIMENTACIÓN DE ESTE CUESTIONARIO



Figura II. Consideración de disponer en la Unidad de material de lectura para uso y disfrute de pacientes y cuidadores



Figura III. Utilizar este nuevo servicio de la Unidad

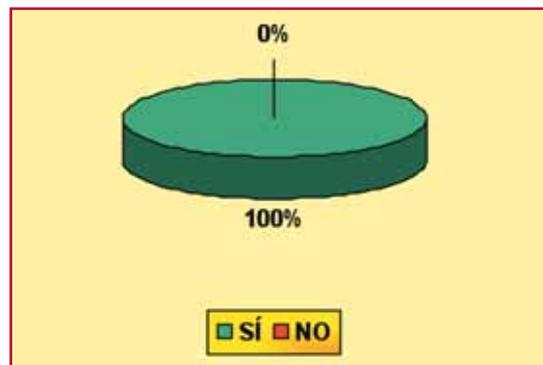


Figura IV. ¿Influye disponer de este servicio en la estancia hospitalaria?



Figura V. ¿Cómo influye disponer de este servicio en la estancia hospitalaria?

### I.3. RESULTADOS

#### I.3.1. Etapa Descriptiva

La situación en el hospital de los encuestados es de un *Cuidador* (70%), mayoritariamente *Mujer* (70%), con *Edad* superior a los 60 años (50%), un nivel de *Estudios Primarios* (65%) y que sabe leer y escribir (100%). Los sujetos del estudio conocen el diagnóstico (100%) y pronóstico de la enfermedad (95%) y reconocen que necesitan cuidados físicos y psíquicos (100%) e información sobre duelo (45%), pérdida (50%) y enfermedad, tratamiento y cuidados (70%). Por otro lado, afirman que necesitan realizar en su estancia hospitalaria actividades formativas, de ocio o entretenimiento (95%), considerando que su ánimo en la hospitalización y con el que llevan la enfermedad es *Regular* (60% y 75%), respectivamente. Este estudio nos revela también que los encuestados realizan alguna actividad de ocio/entretenimiento durante su hospitalización (90%), fundamentalmente ver la TV (77,7%) y leer periódicos y revistas (83,3%), pues le gusta leer (80%), tienen el hábito de la lectura (65%) desde niño (61,5%), fundamentalmente leen libros (75%) y que les gustaría durante su hospitalización hacerlo sobre su enfermedad y tratamiento (75%) y de cuidados que necesita y experiencias personales en la enfermedad (85%). Para finalizar comentar que los encuestados consideran que disponer en la Unidad de libros referidos a la enfermedad, tratamiento, cuidados, pérdida, duelo u otros temas para uso, disfrute y consulta de pacientes y cuidadores está *Muy Bien* (Figura II), que la totalidad utilizarían este nuevo servicio de la Unidad (Figura III), que influiría en su estancia hospitalaria (Figura IV), *Positivamente* (Figura V), así como que influiría en la forma de afrontar esta situación (Figura VI), *Positivamente* (Figura VII).



Figura VI. ¿Influye disponer de este servicio en la forma de afrontar esta situación?

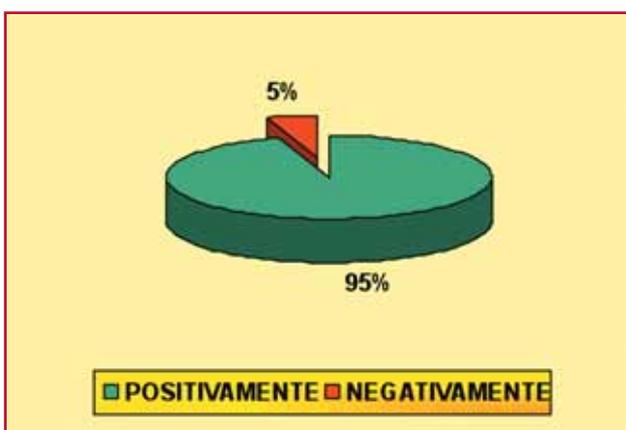


Figura VII. ¿Cómo influye disponer de este servicio en la forma de afrontar esta situación?

## II. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Mujer, mayor de 60 años, en posesión de Estudios Primarios y que sabe leer y escribir es el perfil de la persona que ejerce el rol de Cuidadora en la UCPO-HDI, corroborando el perfil establecido para tan relevante figura en la sociedad actual. Además, más de la mitad de la población encuestada conoce el diagnóstico de la enfermedad y reconoce que necesita cuidados físicos, psíquicos etc. y casi la totalidad el pronóstico de la enfermedad, otra cuestión muy diferente es que lo expliciten unos y otros abiertamente y en sucesivas ocasiones o lo compartan entre ellos mismos. Casi las tres cuartas partes de los encuestados refieren necesitar información sobre su enfermedad, tratamiento y cuidados y casi la totalidad necesitar realizar en su estancia hospitalaria actividades formativas, de ocio o entretenimiento, entendemos que de una forma organizada, tal como propone esta iniciativa del *Rincón de la Lectura* porque la que ellos mismos realizan no les es suficiente ni les satisface completamente. Por otro lado, más de la mitad de los integrantes de nuestro estudio considera que su estado de ánimo durante su hospitalización es regu-

lar y otras tres cuartas partes califican de igual forma el estado de ánimo con el que llevan la enfermedad. Por otro lado e igualmente, mas de tres cuartas partes de los encuestados realiza alguna actividad de ocio/entretenimiento durante su hospitalización, fundamentalmente ve la TV y lee periódicos y revistas pero por iniciativa propia con lo que esto conlleva, además de gustarles leer libros durante su hospitalización sobre los cuidados que necesitan y experiencias personales ante la enfermedad padecidas por otras personas. Y para finalizar constatar como tres cuartas partes de los encuestados considera que disponer en la Unidad de material de lectura referidos a temas tales como enfermedad, tratamiento, cuidados, pérdida, duelo etc., para uso, disfrute y consulta de pacientes y cuidadores es muy bueno, por tanto creen necesario disponer de ellos y utilizarlos pues influiría positivamente en su estancia hospitalaria y en la forma de afrontar esta situación de enfermedad.

Las conclusiones que aporta la realización de esta investigación es que la iniciativa de instaurar el denominado *Rincón de la Lectura en la Unidad de Cuidados Paliativos del Hospital Duques del Infantado* incrementaría la cartera de servicios y prestaciones al disponer de un instrumento más de afrontamiento –didáctico y lúdico–, para pacientes y cuidadores que les capacitaría en conocimientos, actitud y habilidades. Por otro lado, se han identificado en pacientes y cuidadores de la Unidad las actividades de entretenimiento, predisposición a realizarlas e influencia en la experiencia del proceso salud-enfermedad por el que atraviesan así como responder a las necesidades de información manifestadas por los encuestados al respecto.

## III. AGRADECIMIENTOS

A la Supervisora, profesionales, pacientes y cuidadores de la UCPO del Hospital Duques del Infantado que contribuyeron tan activamente en la realización de esta investigación y que sin su colaboración nada de lo aquí expuesto hubiera sido posible. Muchas gracias.

## IV. BIBLIOGRAFÍA

La bibliografía utilizada para elaborar el presente estudio ha sido fundamentalmente la consulta de algunas bases de datos –Medline, Cuiden, Cochrane y Pubmed–, y libros de texto que versan del duelo, la muerte y la autoayuda, siendo algunos de ellos:

### A. Bibliografía utilizada

1. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *III Plan Andaluz de Salud 2003–2008. Andalucía en Salud: Construyendo nuestro futuro junto.*
2. *Las Bibliotecas de Pacientes y la información sanitaria.* <http://www.absysnet.com/experiencias/experiencias23.html>.

3. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Dirección Regional de Innovación y Desarrollo en Cuidados. Dirección General de Asistencia Sanitaria. *Plan de Atención a los Cuidadoras Familiares en Andalucía*. 2005.
4. *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. BOE nº 274 de 15 de Noviembre de 2002.
5. <http://www.msc.es>. Ministerio de Sanidad.
6. <http://www.mcu.es>. Ministerio de Cultura.
7. Instituto Nacional de Salud. *Plan de Humanización de la Atención Sanitaria del INSALUD*. 1984
8. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Plan Integral de Oncología de Andalucía 2007–2012*. Sevilla.
9. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Plan Andaluz de Cuidados Paliativos 2008–2012*.
10. Guerra González J. E., Bazán Calvillo V., Martínez Sánchez C. M., Bernabé-Luján, E. *Proyecto el Rincón de la Lectura en la Unidad de Cuidados Paliativos y Oncológicos del Hospital Duques del Infantado*. Comunicación póster *XIII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. La calidad, un puente hacia la excelencia*. Ronda (Málaga), 19 al 22 de Noviembre, 2008.

#### B. Artículos relacionados con el tema

- Rodríguez A., Aráosla H. *Las Bibliotecas de Pacientes en la sociedad de la información y del conocimiento: una reflexión sobre estos servicios para el siglo XXI*. IX Jornadas de Información y Documentación en Ciencias de la Salud, Cáceres, 2001. pp. 311–327.
- Rodríguez A. *Situación y perspectivas de las Bibliotecas de las Instituciones Sanitarias*. Boletín de AABADOM, Año XIII, N. 1/2 enero–junio, 2002, pp. 8–11.
- Panella N. M. *Pautas para bibliotecas al servicio de pacientes de hospital, ancianos y discapacitados en centros de atención de larga duración*. The Hague: IFLA
- Amador S. *El libro, instrumento de Salud. Primeras noticias. Literatura Infantil y Juvenil*. (1998), nº 153, págs. 36–38.
- Andriano de Sosa, M. P. *Biblioteca itinerante en el Hospital Garrahan. Educación Inicial*. (2001), nº 150, págs. 46–48.
- García Cámara J. M. *Prestación Social Sustitutoria en la biblioteca para pacientes del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)*. (1997), nº 4, págs. 27–31.

- González Benito, T. *El ocio del paciente ingresado*. Métodos de Información. Mayo 2000, vol. 7, nº 37, págs. 41–42.
- Herráez J. *El programa de bibliotecas de pacientes del Ministerio de Cultura (1989–1993)*.
- Mayol i Fernández M<sup>a</sup> C. *Biblioteca de hospital*. Educación y Biblioteca. (1999), nº 100, págs. 22–24.
- Navarro Cabrera M. *La biblioteca de pacientes del Hospital Clínico Universitario de Valencia*. Métodos de Información. (Mayo 2000), nº 37, págs. 82–84.
- Pérez Villasana M<sup>a</sup> C. *Programa de un servicio bibliotecario en hospitales y residencias sanitarias*. Boletín de la ANABAD (Oct.–Dic. 1990), XL nº 4, págs. 109–115.
- Salavert P. *Acerca de las bibliotecas de hospital*. Métodos de Información (Mayo 2000), vol. 7, nº 37, págs. 38–40.

#### C. Textos que los autores aconsejan.

##### *Del Duelo.*

- Bucay J. *El camino de las lágrimas*. Ed. Integral 2003
- Poletti R., Dobbs B. *Cómo crecer a través del duelo*. Ed. Obelisco 2004
- Suárez E. E. *Cuando la muerte se acerca*. 1998

##### *De la Muerte.*

- Kübler–Ross E. *Morir es de vital importancia*. Ed. Luciérnaga. 1996
- Kübler–Ross E. *La muerte: un amanecer*. 2008
- Kübler–Ross E. *La rueda de la vida*. 2006
- Kübler–Ross E. *Sobre la muerte y los moribundos*. 2003
- Moody R. *Vida después de la vida*. 2008
- Ortega J.C. *Morirse es una mierda*. Edit. Aguilar, 2005

##### *De Autoayuda.*

- Bucay J. *Amarse con los ojos abiertos*. Edit. Integral, 2005
- Hay L. L. *El poder está dentro de ti*. Edit. Círculo de Lectores 1991
- Rovira A., Trías de Bes F. *La buena suerte*. Círculo de Lectores 2004
- Osho A. *Amor, Libertad y Soledad*. Edit. Gaia 2001
- Albom M. *Martes con mi viejo profesor*. Edit. Maeba 2000

# ALTERACIÓN PATRÓN SEXUALIDAD EN CISTOPROSTATECTOMÍA RADICAL. CASO CLÍNICO

## SEXUALITY IN PATTERN ALTERATION RADICAL CYSTOPROSTATECTOMY. CASE REPORT

- Óscar Avilés Garrido<sup>1</sup>
- Eva Alonso Moreno<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermero. Hospital U. Virgen del Rocío. Unidad Gestión Clínica Nefro-Urología. (Sevilla).

<sup>2</sup> Enfermera. Hospital U. Virgen del Rocío. Unidad de Gestión Clínica Nefro-Urología. (Sevilla).

Se ha presentado este caso clínico como sesión clínica en la unidad de urología del Hospital General del Hospital U. Virgen del Rocío. (Sevilla).

### Resumen

Debido a la cirugía empleada en algunos pacientes urológicos se observa que existe una alteración del patrón sexualidad después de la intervención.

En este caso clínico se trata de un paciente de 45 años de edad que se le practica una cistoprostatectomía radical con derivación urinaria tipo ureteroileoureterostomía. Este tipo de cirugía provocó en el paciente una disfunción eréctil severa para toda su vida. Actualmente se encuentra en tratamiento farmacológico para los problemas de erección y demanda mucha información para poder mantener relaciones sexuales.

En el plan de cuidados se realizó una valoración de enfermería usando los patrones funcionales propuesto por Marjory Gordon. Se utilizaron como herramientas fundamentales la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification).

#### ABSTRACT

Because the surgery used in some patients urological notes a pattern disturbance sexuality after surgery.

In this case report is a patient of 45 years who underwent radical cystoprostatectomy with urinary diversion ureteroileoureterostomía. Following this surgery the patient resulted in severe erectile dysfunction for life. It is currently in drug treatment for erection problems and demand a lot of information to have sex.

In the care plan there was a nursing assessment using functional patterns proposed by Marjory Gordon. Were used as fundamental tools NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), NIC (Nursing Interventions Classification) and NOC (Nursing Outcomes Classification).

### PALABRAS CLAVE:

- ✓ Pacientes urológicos
- ✓ Patrón Sexualidad
- ✓ Plan de Cuidados
- ✓ NANDA–NIC–NOC

### KEY WORDS:

- ✓ Urological patients
- ✓ Sexual patterns
- ✓ Care Plan
- ✓ NANDA–NIC–NOC

## I. INTRODUCCIÓN

La cistoprostatectomía radical (CPR) es una técnica que consiste en extirpar la vejiga con su grasa circundante y ligamentos peritoneales, próstata y

vesículas seminales. Generalmente también se practica la extirpación bilateral de los ganglios linfáticos pélvicos.

Actualmente la CPR es el tratamiento de elección en el carcinoma infiltrante de vejiga. Durante la intervención al paciente se le practicará una derivación urinaria.

Se denomina derivación urinaria a la alteración parcial o total del recorrido normal de la orina.

Existen varios tipos de derivación urinaria ortotópica (técnicas que respetan la vía excretora natural o uretra) pero la más frecuente en la CPR es la ureteroileouretrostomía, más conocida como Neovejiga. Con esta derivación el paciente no tendrá ningún tipo de bolsa colectora ni estoma cutáneo, preservando la imagen corporal.

La derivación tipo neovejiga se descartaría en aquellos pacientes con: función renal deficiente, afección intestinal que pudiera comprometer la función gastrointestinal, alteración del mecanismo esfinteriano de la micción, incapacidad para realizar maniobra de vaciado vesical.

Una de las consecuencias de la CPR es la disfunción eréctil, salvo que durante la intervención se apliquen técnicas quirúrgicas de preservación de las bandeletas neurovasculares, lo cual es excepcional.

El impacto de la disfunción eréctil sobre la calidad de vida del hombre afectado es devastadora, sea cual fuere la edad de éste.

## 2. OBJETIVOS

- Concienciar a los profesionales sobre la importancia de la valoración del patrón sexualidad especialmente en los pacientes urológicos.

- Mejorar la calidad asistencial y la satisfacción del paciente.
- Disponer de un plan de cuidados estándar para poder hacer el seguimiento de los cuidados y la evaluación del proceso.
- Unificar criterios de actuación y mejorar así la práctica interdisciplinaria.
- Analizar y evaluar la atención prestada.

## 3. PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente con 45 años de edad, su primer ingreso en la unidad de urología fue en marzo de 2007 para biopsia transuretral, en junio de 2007 nueva biopsia transuretral, con diagnóstico de tumor vesical infiltrante.

En agosto de 2007 le realizan cistoprostatectomía radical con derivación tipo neovejiga.

## 4. VALORACIÓN ACTUAL DEL PACIENTE

Patrón Percepción–Control de la salud	No alergias medicamentosas. No hábitos tóxicos. No patologías crónicas. Medicamentos que toma actualmente son Cialis 25 mg.(Tadalafil) y Caverjet 20 mg (Alprostadil). Tiene dificultad para seguir tratamiento por dolor en las erecciones tras inyección de caverjet.
Nutricional–Metabólico	Demanda mucha información relacionada con las relaciones sexuales. Actualmente tiene buen apetito. Realiza dieta libre sin ningún tipo de restricciones. Pesa 80 kg. y mide 1.80 cm. IMC: 25. Piel y mucosa con buena coloración. Presenta herida quirúrgica en abdomen relacionada con I.Q.
Eliminación	Patrón intestinal habitual: 1 c/24h. Actualmente tendencia al estreñimiento. Patrón urinario: derivación urinaria tipo neovejiga con problemas de incontinencia nocturna. Actualmente usa pañales por la noche.
Actividad–Ejercicio	Situación habitual: deambulante y autosuficiente para las actividades de la vida diaria. Situación Actual: Autónomo. Respiración: Sin dificultad.
Sueño–Descanso	Patrón actual: 4–5 horas. No precisa ayudas farmacológicas. Manifiesta alteración del sueño debido al problema de incontinencia urinaria.
Cognitivo–Perceptivo	Consciente y orientado. Déficit visual (usa gafas). Dolor agudo tras erecciones con inyecciones de caverjet localizado en pene.

Autopercepción–Autoconcepto	Manifiesta temor/miedo en las revisiones uro–oncológicas por riesgos de detección de metástasis. Le preocupa los cambios producidos tras la intervención r/c incontinencia urinaria y las relaciones sexuales.
Rol–Relaciones	No presenta dificultad en la comunicación. Atento y colaborador.
Sexualidad–Reproducción	Influye su enfermedad en su sexualidad. Actualmente usa medicación para mantener erecciones pero tras eyaculación padece un fuerte dolor al pasar a la fase de reposo.
Adaptación–Tolerancia al estrés	Se considera una persona tranquila. Piensa que a su familia le cuesta adaptarse a los cambios producidos por la enfermedad.
Valores–Creencias	No influye su enfermedad en alguna práctica religiosa.

Tabla 1. Valoración actual del paciente.

## 5. FASE DIAGNÓSTICA. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

- (00018) Incontinencia urinaria refleja r/c cirugía vesical m/p uso de pañales durante la noche.
- (00095) Deterioro del patrón del sueño r/c incontinencia urinaria m/p sentirse cansado.
- (00148) Temor r/c cambio en el estado de salud m/p verbalización del problema.

- (00118) Trastorno de la imagen corporal r/c tratamiento de la enfermedad m/p uso de pañales en la noche.
- (00119) Baja autoestima crónica r/c proceso de enfermedad m/p verbalización del problema.
- (00065) Patrón sexual inefectivo r/c alteración de las funciones corporales r/c la cirugía y el tratamiento médico m/p verbalización del problema.
- (00078) Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c efectos secundarios de caverjet m/p dolor en la erección.

## 6. FASE DE PLANIFICACIÓN

Diagnóstico	Criterios de resultados <i>Escala de Likert: Nunca demostrado (1) hasta siempre demostrado (5)</i>	Puntuación	Puntuación actual tras intervención quirúrgica	Intervenciones
(00018) Incontinencia urinaria refleja r/c cirugía vesical m/p uso de pañales durante la noche.	(0502) Continencia urinaria	5	3	(0560) Ejercicios del suelo pélvico. (0590) Manejo de la eliminación urinaria
	Eliminación urinaria	5	3	
(00095) Deterioro del patrón del sueño r/c incontinencia urinaria m/p sentirse cansado.	(0004) Sueño	4	2	(1850) Mejorar el sueño (6482) Manejo ambiental: confort.
(00146)/(00148) Temor r/c cambio en el estado de salud m/p verbalización del problema.	(1210) Nivel del miedo	4	3	(5820) Disminución de la ansiedad (5380) Potenciación de la seguridad. (4920) Escucha activa.
	(1404) Autocontrol del miedo	4	3	

(00118) Trastorno de la imagen corporal r/c tratamiento de la enfermedad m/p uso de pañales.	(1200) Imagen corporal	5	3	(5230) Aumentar el afrontamiento. (5220) Potenciación de la imagen corporal.
(00119) Baja autoestima crónica r/c proceso de enfermedad m/p verbalización del problema.	(1302) Afrontamiento de problemas (1205) Autoestima	4 4	2 2	(5270) Apoyo emocional. (5400) Potenciación de la autoestima
(00065) Patrón sexual inefectivo r/c alteración de las funciones corporales relacionados con la cirugía y el tratamiento médico m/p verbalización del problema.	0119 Funcionamiento sexual	5	3	(5248) Asesoramiento sexual. (85250) Apoyo en la toma de decisiones. (5440) Aumentar los sistemas de apoyo.
(00078) Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c efectos secundarios del tratamiento aplicado (Caverjet) m/p dolor tras la erección.	(2301) Respuesta a la medicación.	5	3	(5240) Asesoramiento. (8100) Derivación.

Tabla 2. Planificación para los diagnósticos de enfermería.

## Problemas Interdisciplinarios

Problemas Interdisciplinarios	Actividades
Infección urinaria secundaria a pruebas o tratamientos invasivos (autosondajes).	(6550) Protección contra las infecciones. (6540) Control de la infección. (6650) Vigilancia.
Retención urinaria secundaria a realización ineficaz del tratamiento (maniobra de credé)	(0620) Cuidados en la retención urinaria. (5618) Enseñanza procedimiento /tratamiento. (0580) Sondaje vesical.
Dolor secundario a efectos indeseables de la medicación prescrita (Caverjet)	(1400) Manejo del dolor. (2210) Administración de analgésicos. (8100) Derivación.

Tabla 3. Actividades para los problemas interdisciplinarios.

## 7. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS

La actuación enfermera en este tipo de paciente se ha centrado fundamentalmente en los diagnósticos de enfermería (00018) Incontinencia urinaria refleja r/c cirugía vesical m/p uso de pañales durante la noche y (00065) Patrón sexual inefectivo r/c alteración de las funciones corporales relacionados con la cirugía y el tratamiento médico m/p verbalización del problema. En la actualidad se encuentra a en el programa de rehabilitación del suelo pélvico y permanece a la espera de revisión urológica para cambio de tratamiento por la disfunción eréctil. Llevando a cabo las actividades de enfermería necesarias para solucionar estos diagnósticos conseguimos que otros diagnósticos alterados como (00095) Deterioro del patrón del sueño r/c incontinencia urinaria m/p sentirse cansado, (00118) Trastorno de la imagen corporal r/c tratamiento de la enfermedad m/p uso de pañales, (00119) Baja autoestima crónica r/c proceso de enfermedad m/p verbalización del problema, (00078) Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c efectos secundarios del tratamiento aplicado (Caverjet) m/p dolor tras la erección, se resuelvan.

## 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Factores que influyen en la disfunción sexual tras la CPR:

- Factores neurogénicos: preservar las bandeletas neurovasculares cavernosas durante la cirugía. Catalana y Cols.(13) Informaron resultados en un estudio de 1870 pacientes después de 18 meses de la cistoprostatectomía radical: el 68% de los pacientes mantuvo su potencia si se preservaban ambos haces neurovasculares, en comparación con el 47% cuando se conservaba un haz neurovascular y casi nula sin su preservación.
- Factores farmacológicos: inducir erecciones farmacológicas lo más temprano posible, para evitar la hipoxia cavernosa. Tanto la neuroapraxia como la insuficiencia arterial ocasionan una ausencia de erecciones durante un largo período, lo que conlleva una reducción mantenida del aporte de oxígeno a los cuerpos cavernosos. Esta isquemia crónica agrava y puede perpetuar la disfunción eréctil. Las posibilidades terapéuticas en los pacientes con D.E. Tras una C.P.R. Incluyen los fármacos orales, los aparatos de vacío, las inyecciones intracavernosas y el implante de prótesis de pene, que ofrece resultados excelentes, pero al ser un tratamiento quirúrgico debe considerarse como la última opción de tratamiento.
- Factores psicológicos: Ayudar al paciente a superar la ansiedad:
  - Ansiedad generada por la cirugía.
  - Ansiedad generada por la enfermedad de base.
  - Ansiedad generada por la situación del futuro de la pareja.

Ansiedad generada por la posibilidad de quedar con trastornos de la continencia urinaria y con trastornos de la erección.

Preguntar al paciente qué información le ha proporcionado el cirujano acerca de las implicaciones sexuales de la cirugía, nos ayudará a establecer una relación abierta entre paciente–enfermero y al mismo tiempo podremos comprobar si el paciente tiene conocimiento de los trastornos que conlleva este tipo de intervención.

## 9. BIBLIOGRAFÍA

- 1) NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificaciones, 2007–2008, Ed. Elsevier. 1ª ed. Madrid, 2008.
- 2) Luis Rodrigo MT. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión Crítica y Guía Práctica. Escuela de enfermería de la universidad de Barcelona. 7ª Edición. Masson, 2006.
- 3) Luis Rodrigo MT, Fernández Ferrín C., Navarro Gómez MV. De la Teoría a la Práctica. El Pensamiento de Virginia Henderson en el Siglo XXI. 2ª d. Masson, 2000.
- 4) Cuestionario. Test e Índices para la Valoración del Paciente. Sevilla: SAS. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2004.
- 5) Gordon M. Diagnósticos enfermeros. Proceso y aplicación. Ed. Mosby–Doyma. 3ª ed. Barcelona, 1996.
- 6) Jonson M, et al. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. Ed. Hartcut. 1ª ed. Madrid, 2002.
- 7) Libro del Residente de Urología. Dr. Jesús Castiñeiras Fernández. Asociación Española de Urología. 2004.
- 8) E. Broseta, A. Budía, J.P. Burgés, S. Luján, A.Serrano, J.F. Jiménez Cruz. Atlas quirúrgico de urología práctica. Ene Ediciones. 2008.
- 9) García Morato, JM. Derivaciones Urinarias–Cuidados de Enfermería. Editores Médicos, S.A. 1994.
- 10) Manual sobre Derivaciones Urinarias. Coloplast Productos Médicos, S.A. Madrid 2001.
- 11) Martínez Agulló, E. Aproximación a la Incontinencia Urinaria. Indas, S.A.: 55–61.
- 12) González García, F.J.; Angulo Cuesta, J. Cistoprostatectomía radical con preservación neurovascular para el tratamiento del cáncer vesical. Revista Internacional de Andrología. 2009; 07(02):121–130.
- 13) Disfunción Sexual Eréctil. Publicación Pfizer, México 1998.
- 14) <http://www.alfinal.com/salud/disfunciónsexual.php>.
- 15) <http://www.espill.org/images/7–disfuncióneréctil.pdf>.
- 16) <http://www.urovirtual.net/paciente/saber/.../articulo7.asp>.

# CONSULTA DE ENFERMERÍA EN CLIMATERIO Y MENOPAUSIA DEPENDIENTE DE LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA DE LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS VIRGEN DEL ROCÍO EN EL CENTRO DE ESPECIALIDADES PERIFÉRICO DR. FLEMING

- **Elvira García de las Heras Barbado<sup>1</sup>**
- **Mercedes Oliva Rodríguez<sup>2</sup>**
- **M<sup>a</sup> José Párraga Carretero<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Licenciada en Antropología Social. Diplomada en Enfermería. Unidad de Ginecología C.P.E. Dr. Fleming. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>2</sup>Diplomada en Enfermería. Unidad de Ginecología C.P.E. Dr. Fleming. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

<sup>3</sup>Técnico Especialista en Informática de Gestión. Auxiliar Administrativa. Unidad de Ginecología C.P.E. Dr. Fleming. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

## Resumen

En las consultas de Ginecología del Centro de Especialidades Periférico (CEP) Dr. Fleming, perteneciente al Área Hospitalaria de los Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, se atienden a mujeres con patologías ginecológicas. El equipo de enfermería de dicha Unidad ha detectado que un porcentaje elevado de las mujeres que acuden a éstas consultas, derivadas por su médico de familia, demandan atención a una etapa de su vida, para ellas nueva y desconocida (la menopausia), que no puede ser tratada como una patología.

La enfermería de Ginecología de dicho centro con la creación de esta consulta, pretende ofrecer unos cuidados a la mujer y una educación sanitaria, desde el punto de vista bio-psico-socio-cultural, para ayudarla a dar calidad de vida a los años y afrontar esta nueva etapa de su vida.

## PALABRAS CLAVE:

- ✓ Climaterio
- ✓ Menopausia
- ✓ Prevención
- ✓ Cuidados
- ✓ Educación Sanitaria

## INTRODUCCIÓN

**La** menopausia, es uno de los cambios naturales que experimenta el organismo de la mujer en un periodo de su vida. No es una enfermedad ni un estado mental, si no que es sencillamente un cambio fisiológico consecuencia de una carencia de hormonas necesarias para el organismo en la etapa de la reproducción.

La demanda asistencial a estas mujeres se hace presente a través de las consultas de Ginecología, en las que observamos la preocupación que los síntomas que aparecen en la menopausia ocasionan en las mujeres, su desconocimiento, desmitificación de la menopausia, justificando la aplicación de cuidados de enfermería y educación sanitaria.

En las consultas de Ginecología Jerarquizada, del Centro de Especialidades Periférico (C.E.P.) Dr. Fleming, perteneciente al Área Hospitalaria Virgen del Rocío (Hospital de la Mujer), se

atiende a una población aproximada de 180.000 mujeres con edades comprendidas entre 45 y 65 años. Dicha población demanda una respuesta a sus temores e inquietudes relacionados con la menopausia que requieren una serie de cuidados que competen a los profesionales de enfermería. (Fig. 1).

La demanda de la creación de una consulta de cuidados de enfermería que dé asistencia a esa población nos llega a través de nuestras consultas de Ginecología.

Los cambios sociológicos que se han producido desde la segunda mitad del siglo XX (incremento de la esperanza de vida, incorporación de la mujer al mundo laboral, ...), añadido a una mayor exigencia a la hora de vivir su sexualidad, nos lleva a ofrecer unos cuidados de enfermería enfocados al envejecimiento sano y satisfactorio.

## JUSTIFICACIÓN

Al existir continuidad de los cuidados incrementamos los niveles de salud, puesto que se lograra una adecuada coordinación con las consultas de Ginecología, consiguiendo la captación de mujeres que presenten manifestaciones debido a la menopausia y evitando la aparición de enfermedades en relación con el envejecimiento en la mujer, reduciendo la demanda de consultas ginecológicas y a su vez el gasto farmacéutico.

### Mejoras Sociales

Gracias a nuestra intervención en los cuidados y en los criterios adoptados para definir como prioridad sanitaria para la mujer según la O.M.S. "Vidas mas largas, vidas mas sanas", es decir dar vida a los años y no solo años a la vida. Además de esto con la creación de esta nueva consulta lograremos reducir el absentismo laboral, así como alteraciones familiares de índoles diversas.

### Mejoras Económicas

Con nuestra consulta se reduciría la demanda a otras consultas de diferentes especialidades (Traumatología, Cardiología, Psiquiatría, Dermatología, Urología, Nutrición...). Porque con la aplicación de cuidados específicos en la menopausia realizamos la prevención de enfermedades e incrementamos la salud en las mujeres ya que contamos con un equipo multidisciplinario.

## METAS DEL SERVICIO

Garantizar en nuestra consulta la aplicación de los cuidados de enfermería que aumente el estado de salud en la menopausia, con la colaboración interdisciplinaria y capacidad resolutive.

## MISIÓN

Nuestro equipo será eficiente para la consecución de los objetivos previstos con la utilización racional de los recursos; cualificado con la preparación adecuada para el desarrollo de

nuestras funciones; empáticos con capacidad de comprensión y compenetración con las usuarias y capacidad de trabajar en equipo multidisciplinar.

## VISIÓN

Que nos vean como una consulta orientada a la ayuda y cuidados a las mujeres menopáusicas, capacitadas, coordinadas, controladas, resolutivas y con un gran trato humano personalizado.

## CONSULTA DE MENOPAUSIA

*Cuidados de enfermería en la menopausia*

### OBJETIVOS DEL PROGRAMA

**GENERAL:** Mejorar la calidad de vida de las mujeres y contribuir a elevar su nivel de bienestar en el periodo climatérico a través de acciones de promoción de educación de la salud, prevención de riesgo y asistencia a los cambios que se producen en esta etapa de la vida.

### ESPECÍFICOS

- Mejorar el nivel de conocimientos sobre los cambios del climaterio en las mujeres.
- Fomentar conductas que contribuyan a mejorar la calidad de vida.
- Prevenir riesgos y problemas de salud tanto los relacionados con el climaterio en particular como los asociados a la edad en general.
- Garantizar la atención sanitaria específica a las mujeres, según criterios científicos y a través de los protocolos establecidos en el servicio de Ginecología.
- Contribuir a la formación–reciclaje de los profesionales y a la investigación en esta área.

### ORGANIZACIÓN DEL PROGRAMA

#### Atención de enfermería al Climaterio

La consulta de enfermería de atención al climaterio desarrolla actividades tanto asistenciales como información general dirigidas a:

- 1) Las mujeres con problemas específicos, a través de la asistencia individual.
- 2) Las mujeres en menopausia / climaterio a través de las actividades grupales.

#### Captación de mujeres

El acceso a las consultas de menopausia / climaterio se realizará a través de Atención Especializada en nuestras consultas de Ginecología Jerarquizada del C.P.E. Dr Fleming tratando de garantizar la continuidad y la accesibilidad de la población a dicho Servicio. (Fig. 2)



Captación de las mujeres por parte de enfermería y en colaboración con el Ginecólogo en la consulta

**Criterios de priorización**

Aunque de estas actividades de promoción de la salud podrán beneficiarse todas las mujeres incluidas en nuestra área de salud, es necesario establecer unos criterios de priorización si existe una alta demanda.

Los criterios propuestos son:

- 1) Mujeres con menopausia precoz.
- 2) Mujeres con sintomatología climatérica intensa.

- 3) Mujeres con factores de riesgo: sedentarismo, obesidad, hipertensión, diabetes, hábitos tóxicos...
- 4) Mujeres sin patología psiquiátrica pero con malestar psicológico susceptibles de mejorar con esta actividad.
- 5) Mujeres que de forma explícita expresen el deseo de recibir información y ser incluidas en el programa.

**Atención a la mujer en la primera consulta**

- 1) Apertura de hoja de registro de enfermería (Fig. 3 y Fig. 4).
- 2) Entregar a la mujer unos cuestionarios de salud: Test de Calidad de Vida de Whoqol-Bref y Escala de Greene (sintomatología).
- 3) Realizaremos una valoración integral de la mujer recogiendo los datos en un registro, agrupándolos por patrones funcionales de M. Gordon para establecer un protocolo específico de cuidados, apropiado para las mujeres que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el proceso de Menopausia. Para establecer el diagnóstico de Enfermería utilizaremos la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Ante los problemas detectados nos plantearemos, de acuerdo con la mujer unos objetivos utilizando la taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification ).Para medirlos utilizaremos sus indicadores con la escala LIKERT. Las intervenciones a seguir con estas mujeres se planificarán utilizando la taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification).

REGISTRO DE ENFERMERÍA-CONSULTA DE MENOPAUSIA/CLIMATERIO					
FECHA:	Nº H. CLÍNICA:		Nº H. ENFERMERÍA:		
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:				
DIRECCIÓN:	TELÉFONO:				
ESTADO CIVIL					
SOLTERA	CASADA		PAREJA ESTABLE	SEPARADA	VIUDA
HIJOS	SI	NO	CONVIVEN	SI	NO
NIVEL DE ESTUDIOS-SITUACIÓN LABORAL					
NINGUNO	PRIMARIOS		MEDIOS	UNIVERSITARIO	
TRABAJA FUERA DE CASA:	SI		NO		
ANAMNESIS					
FECHA U.R.	MENOPAUSIA		SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA A MENOPAUSIA		
			* SUDORACIONES NOCTURNAS		
			* PALPITACIONES		
			* INSOMNIO		
			* SEQUEDAD VAGINAL		
			* OTRAS		
PATOLOGÍAS DIAGNOSTICADAS:					
EXAMEN DE SALUD					
TALLA:	PESO:		TA:		
ANALÍTICA BÁSICA	HEMOGRAMA		PERFIL BÁSICO BIOQUÍMICA		
DENSITOMETRÍA					
A. F. MATERNOS:	CA MAMA		CA OVARIO	CA COLON	
A. F. PATERNOS:	CA MAMA		CA OVARIO	CA COLON	
INCLUIDA:	PROCESO DE CÉRVIX		PROCESO DE MAMA		
ENFERMERA:					



Recogida de datos para cumplimentar la hoja de registro de enfermería (toma de constante)

A partir de los resultados de la exploración física y analítica y teniendo en cuenta los resultados de los cuestionarios, se realiza una valoración de la situación de salud en la mujer, en función de los factores de riesgo y calidad de vida, distinguiendo cada uno de ellos y su posibilidad de abordaje.

La evolución de la mujer se realizará a los seis meses y al año, con el objetivo de medir la efectividad de las intervenciones planificadas.

### Metodología de trabajo

Los cuestionarios que entregamos a la mujer debidamente explicados y asegurándonos su comprensión se recogerán, una vez cumplimentados en el control de enfermería, en sobre cerrado para preservar la confidencialidad y si precisa algún tipo de aclaración solicitar segunda consulta individual.

La duración de la primera consulta (dependiendo del nivel sociocultural de la mujer) calculamos que puede variar entre veinte o treinta minutos.

Una vez valorados los cuestionarios por parte de enfermería se formarán los distintos grupos de trabajo teniendo en cuenta la homogeneidad del mismo, atendiendo a los criterios:

- Edad
- Nivel socio-cultural
- Necesidades y problemas
- Demanda de cuidados

### Educación sanitaria en grupo

El trabajo en grupo favorece la comunicación, el intercambio de información entre las participantes, la posibilidad de compartir experiencia y la creación de nuevas alternativas al facilitar la escucha de otros puntos de vista.

El objetivo de esta intervención será proporcionar a las mujeres información y recursos, habilidades e instrumentos para que sean las protagonistas y promotoras de su propio bienestar.

### Cualidades del grupo

- Tamaño del grupo: 15 a 20 mujeres.
- Coordinación: Personal de enfermería de la consulta de menopausia.
- Lugar: CEP Doctor Fleming aula de formación.
- Horario: Por determinar.
- Sesiones (según el número de mujeres incluidas).

En el debate posterior a la exposición detectaremos necesidades e inquietudes que demanda el colectivo que no hayamos detectado en la entrevista individual para en posteriores sesiones abordar temas específicos desarrollados por profesionales de apoyo (equipo multidisciplinar).

- Psicólogos (Sexólogos).
- Fisioterapeutas.
- Nutricionistas.
- Ginecólogos.
- Reumatólogos.

### AGRADECIMIENTOS

Al personal de la Unidad de Ginecología del C.E.P. Dr. Fleming: Ginecólog@s, Administrativas y en especial al personal de Enfermería por su ayuda y colaboración para la elaboración de este trabajo.

A Mercedes Barroso Vázquez de la Unidad de Coordinación Asistencial de los HH.UU. Virgen del Rocío, que siempre que la hemos necesitado nos ha prestado su colaboración.

### BIBLIOGRAFÍA

Junta de Andalucía. Consejería de Salud. "Guía de atención a la salud de la mujer en el climaterio y la madurez".

Alexander, I y Knight Karla, A. "La menopausia". EDAF. 2007.

Alexander, I y Knight Karla, A. "Cien preguntas y respuestas sobre la menopausia". EDAF. 2007.

Nanda. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2007-2008 Madrid. Elsevier. 2008.

VV.AA. FUDEN. Valoración Enfermera Estandarizada. Clasificación de los Criterios de Valoración de Enfermería. Observatorio. Metodología Enfermera. 2006.

McCloskey Dochterman, J., Bulechek GL. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 4ª Edición. Madrid. Elsevier Science 2005.

Johnson, M. Moorhead, S. Maas, M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 3ª Edición. Madrid. Elsevier Science 2005.

Becerra Fernández, A. "La edad de la menopausia". Díaz de Santos. 2003.

Pérez-López, F. "La menopausia. Claves para vivirla en plena forma". Editorial Arguval. 2005

VV.AA. "Investigaciones sobre menopausia". Serie de informes técnicos 670. OMS. Ginebra 1981.



Groupama

Seguros



**MUTUA  
EUROPEA  
DE SEGUROS**

**TU SEGURO POR SER ENFERMERA/O  
AÚN MÁS BARATO**

**PREGUNTE EN LA OFICINA DEL COLEGIO  
Y PAGUE MENOS POR SUS SEGUROS:  
COCHE, HOGAR, VIDA, SALUD... ETC**

TELÉFONO OFICINA: 955.09.92.50  
HORARIO: LUNES A VIERNES  
MAÑANAS: 9 A 14h. TARDES: 17 A 20h.

**PRECIOS  
INCREIBLES**

**Atención Personalizada.**

# XXVI

## Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla

Luis Román Arriaga

### 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 cumplir las siguientes

### BASES

- 1ª. DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2ª. OBJETO:** Los premios se concederán a trabajos científicos e informes de investigación de Enfermería, así como que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo. El Certamen se organiza con un carácter bianual en "Enfermería Juvenil" y desde el año 1.989 hasta, se otorgará al autor o autores el trabajo de investigación mejor de los presentados al Certamen por un jurado de evaluación conformado por profesores de las escuelas de enfermería de las distintas universidades españolas, así como por miembros de la comunidad científica de enfermería que acredite el título de licenciado de la especialidad de enfermería. El trabajo entregado no podrá presentarse simultáneamente a los premios y al concurso. Cualquier autor que durante los siguientes tres meses de la publicación del presente concurso, no haya sido mencionado en el caso de presentarse con el "XXVI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla", tendrá derecho a presentar su trabajo al próximo Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven".
- 3ª. DOTACIÓN:** La dotación económica será de 3.600 Euros para el trabajo ganador en primer lugar, 1.800 Euros para el trabajo ganador en segundo lugar y 1.200 Euros para el ganador en tercer lugar.
- 4ª. PRESENTACIÓN:** Los trabajos que se presenten a este concurso deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria hará saber, en todas las copias de trabajo y acompañando debidamente. Se presentará por triplicado en formato A4, A-1, mecanografiado o doble espacio por otro lado con y encuadrado. Incluirá en el reverso en un momento de los mismos, no superior a dos páginas.
- 5ª. CONCURRENCIAS:** Solo podrán concurrir profesionales en posesión del título de A.T.N. o I.D.E. y que se encuentren en activo.
- 6ª. JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en su lugar. Será miembros, además de los miembros que integran el Colegio de Sevilla. El Consejo de Salud de la Junta de Andalucía más miembros del profesorado de las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno de entre los representantes de las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del Jurado serán designados en el presente. Será el mismo Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla. Asimismo, para el año 11º jurado será nombrado un suplente.
- 7ª. INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen expresa la aceptación de las presentes bases.
- 8ª. DECISION DEL JURADO:** Los participantes, por el hecho de haber participado en el Concurso, tendrán a su favor de su parte personal o profesionalmente el fallo del jurado, que será irrevocable. Los premios no podrán quedar devueltos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- 9ª. DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán evaluados por un jurado conformado con un representante de cada una de las escuelas de enfermería del Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla de los Reinos y Ceut. el 20 de Abril de 2007 Sevilla en poder de cada una de las instituciones "XXVI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE SEVILLA". No será necesario el mismo para datos de identidad con los datos.
- 10ª. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presenten en el Certamen quedan en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de ellos o de otros trabajos de los autores de los mismos. Los autores presentados a este concurso serán responsables de su contenido. Los trabajos presentados a este concurso serán propiedad de cada uno de los autores, pero los datos de identidad de los mismos que se han presentado en el "XXVI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11ª. TITULAR DEL PREMIO:** Será el título del autor de los premios (titular o presentador como único o primer autor) del trabajo. Podrá optar al mismo los trabajos presentados hasta el 28 de octubre de 2006. Los premios serán comunicados a los autores o autores titulares por el Secretario del Jurado, mediante correo electrónico. El fallo del jurado se hará pública el día 30 de diciembre de 2006.



145 Años avanzando con la profesión

### PREMIOS 2009

- 1º: Manuel J. García Martínez (Sevilla)  
2º: Esperanza B. García Navarro (Huelva)  
3º: Ángel Rodríguez Hurtado (Sevilla)

Patrocinador

