

HYGIA de ENFERMERIA

Nº 78, Año XVIII - 2011

Colegio de Enfermería de Sevilla

Pronación
dolorosa del
codo (codo
de niñera) en
el Servicio de
Urgencias del
Hospital
Infantil de
Sevilla

Utilización de
diagnósticos
de
Enfermería y
modelos de
evaluación en
Centros
Geriátricos
de Andalucía

Cuidados del
paciente
encamado: las
úlceras por
presión

Depresión en
el anciano



El Colegio te protege con



3.500.000 €

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

Nuevo Seguro

DE RESPONSABILIDAD

CIVIL DE

LA ORGANIZACIÓN

COLEGIAL

CON LA COMPAÑÍA

MAPFRE

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

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

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

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

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

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

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

- **Riesgo cubierto:** responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal y como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y “piercing”.
- **Manteniendo el importe de la prima, la cobertura por siniestro se incrementa hasta 3.500.000 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.**

Es compatible la pensión y el ejercicio libre profesional

La propuesta del Gobierno, por fortuna fallida, de prohibir el ejercicio de las profesiones liberales tras la jubilación ha sido uno de los capítulos mas sorprendentes, enrevesados y polémicos en los que se han visto envuelto miles y miles de titulados de todo el espectro del conocimiento –desde arquitectos a abogados pasando por sanitarios y docentes– quienes vieron cercana y latente la amenaza de no poder llevar a cabo un derecho adquirido como es la compatibilidad de la pensión de jubilación con la continuidad del trabajo libremente decidido.

La polémica se desencadenó cuando, de forma inopinada, el Ministro de Trabajo, Valeriano Ruiz, puso firma a la Orden TIN/1362/2011 de 23 de mayo por la que se decidía la incompatibilidad de la percepción de la pensión de jubilación con la actividad por cuenta propia de los profesionales colegiados en España. Nada mas conocerse dicha Orden a través de las páginas del BOE, la alarma se extendió por un incontable número de sectores de profesionales de actuaciones tan diversas como, por ejemplo, médicos, arquitectos, ingenieros, abogados, licenciados, enfermeras, químicos o matemáticos.

Este cambio, calificado por juristas de experiencia como el decano del Colegio de Abogados de Sevilla, José Joaquín Gallardo de "radical y que vulnera derechos adquiridos y consolidados" suponía entrar en una situación de indefensión y de inseguridad jurídica para cientos de miles de afectados que veían a muy corto plazo cómo se iban a recortar sus derechos plena y legalmente adquiridos a través del tiempo la decisión, a todas luces precipitada, del ejecutivo y que supondría un gran perjuicio para aquellos profesionales que encontraban en el ejercicio de sus actividades, una vez jubilados, la vía para

asegurar y mantener un nivel de vida acorde con el que habían desarrollado hasta ese momento.

Ni que decir tiene que la Orden del Ministerio de Trabajo puso en marcha una serie de actuaciones entre las que debemos destacar la intervención de la Unión Profesional (UP) organismo que, como se sabe, representa a más de 1.000 Colegios Oficiales de todas las carreras en España y que, en consecuencia, representa, y habla en nombre de, aproximadamente, un 1.500.000 titulados. La cohesión, firmeza y unanimidad presidió la rápida toma de contactos a nivel de los Consejos Generales (enfermería entre ellos) quienes anunciaron la urgente interposición de recursos para frenar esa maniobra del Gobierno presidido por José Luis Rodríguez Zapatero quien, posiblemente, podría perseguir o bien reducir el número de pensionistas o bien dejar libre algunos puestos de trabajo dado que, ante la imposibilidad de hacer compatible ambos frentes, los miles de afectados tendrían que decidirse por uno u otro camino.

Pero, como decimos, el problema se fue encauzando ante la determinante intervención de la UP que preside Carlos Carnicer. Manos a la obra, comenzó manteniendo diálogos con los grupos parlamentarios para conocer las impresiones producidas tras la Orden de Trabajo. Primero fue el PP quien se comprometió a presentar dos enmiendas a la Ley de Modernización del Sistema de la Seguridad para que quedara sin efecto dicha Orden Ministerial, que lesionaba gravemente los derechos adquiridos por miles y miles de profesionales. Carlos Carnicer ratificó la decisión de atajar el problema dado que, como expuso, "la compatibilidad entre el cobro de la pensión de jubilación y el ejercicio privado de aquellos profesionales que libre-

mente lo decidan reporta al sistema un valor extraordinario en términos de experiencia y talento y, por supuesto, del trabajo que, desde sus respectivas actividades, dan a miles de profesionales de todos los sectores laborales".

El desenlace a unas muy intensas jornadas de negociación fue, sobre todo, que los grupos parlamentarios de Convergencia y Unión y PSOE se hicieron eco tanto de la postura, firme, del PP como de la decisión de la UP de recurrir ante los tribunales la citada Orden de Trabajo con el objetivo de dejar sin efecto la TIN/1362/2011 de 23 de mayo. El PSOE aceptó la enmienda transaccional en base a enmiendas del PP y de CiU a La ley de actualización y adecuación y modernización del sistema de Seguridad Social consistente en la previsión que recogería la Ley que regule la compatibilidad entre pensión y trabajo, garantizando el relevo generacional y la prolongación de la vida laboral para quien libremente lo decida tal como viene sucediendo año tras año así como el tratamiento en condiciones de igualdad de las diferentes actividades.

No obstante, y unido a lo citado, UP anunció su decisión de interponer un Recurso contencioso-administrativo contra la Orden del Ministerio de Trabajo solicitando la suspensión de su entrada en vigor, prevista para el mes de julio 2011. Como se puede apreciar, la tormenta que pudo ser acabó disipándose cuando el Gobierno rectificó una medida que atacaba principios tan sólidos como mantener en el mercado laboral a quienes, con su experiencia, talento y capacidades, optan por prolongar el ejercicio profesional en beneficio de otros titulados mas jóvenes y, sobre todo, de la sociedad que recibe su magisterio.

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: Naturaleza "Viva"
Autora: Julia Núñez Núñez
Nº Colegiada: 6.928
Cámara: PANASONIC DMC-FZ5

Sumario

- 5 PRONACIÓN DOLOROSA DEL CODO (codo de niñera) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE SEVILLA
Mejías Montañó F.M., Núñez Romero A., Sanz Ruiz E.C.
- 11 ESTUDIO DIFERENCIAL: CICATRIZ HIPERTRÓFICA Y CICATRIZ QUELOIDEA. MANEJO TERAPÉUTICO.
Palomo Gómez J.M., Ávila Arriaza M.A.
- 18 LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL MAR (I)
Torralbo Aranda E.
- 26 UTILIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y MODELOS DE VALORACIÓN EN CENTROS GERIÁTRICOS DE ANDALUCÍA
Pérez Sánchez J.A., González Ojeda M.R.
- 29 LABOR DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA
Rueda Camino B., Rubio Corona F., Espejo Villalva M.
- 35 ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON COMPORTAMIENTO SUICIDA
Caballero Guerrero M.J., López Sánchez O., Jiménez León I. Sánchez Lima, F.J.
- 40 DISEÑO DE UNA UNIDAD DE ENFERMERÍA EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA
García Velázquez M.C., Poley Guerra A.J., Pérez Galán R.J.
- 46 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA EN NIÑOS. HOSPITAL ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA
Lares Correa M., Sancho Porras D., Valcárcel Araque A. M^a
- 53 CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO: LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN
Papaleo Pérez R.
- 62 DEPRESIÓN EN EL ANCIANO
Carrasco Muñiz S.

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.

PRONACIÓN DOLOROSA DEL CODO (codo de niñera) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL DE SEVILLA

PAINFUL PRONATION OF ELBOW (nursemaid elbow) IN THE EMERGENCY SERVICE OF THE INFANTILE HOSPITAL OF SEVILLE

■ Francisco Manuel Mejías Montaña¹

■ Amparo Núñez Romero¹

■ Elena Carmen Sanz Ruiz²

¹ Enfermero UGC de Cuidados críticos y urgencias del hospital infantil Virgen Del Rocío de Sevilla

² Enfermera UGC de Pediatría del hospital infantil Virgen del Rocío de Sevilla.

Resumen

La pronación dolorosa se produce cuando al darle un tirón del antebrazo al niño, la articulación del codo se luxa y el miembro afecto queda inmóvil, impotente, sin funcionalidad. El niño pasa a utilizar el otro brazo, no se queja de dolor, simplemente pasa a valerse con el lado no afectado. Se puede confundir con una fractura del hombro pero el hombro está indemne. Existe una maniobra para reducir esa subluxación y unas recomendaciones que enfermería debe transmitir a la familia para evitar que este hecho se reproduzca como ocurre frecuentemente.

SUMMARY:

The painful pronation takes place when giving him a pull of the forearm to the boy, the joint of the elbow luxa and the member affection remains immovable, impotent, without functionality. The young one happens to use the other arm, not pain complaint, simply passes merit with the side nonaffected. Undamaged one can be confused with a fracture of the shoulder but the shoulder this. One exists maneuvers to reduce to that subdislocation and recommendations that infirmary must transmit the family to avoid that this fact reproduces as it happens frequently.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ subluxación,
- ✓ radio,
- ✓ niño,
- ✓ tirón,
- ✓ pronación dolorosa,
- ✓ reducción

KEY WORDS:

- ✓ subluxación,
- ✓ radio,
- ✓ boy,
- ✓ pull,
- ✓ painful pronation,
- ✓ reduction

INTRODUCCIÓN:

La pronación dolorosa es una de las urgencias traumatológicas infantiles más frecuentes. Representa una lesión leve pero muy aparatosa y responde a un tipo especial de torcedura brusca del codo. Generalmente se produce en niños cuya edad está comprendida entre 1 y 4 años (edad preescolar), y de este hecho deriva la denominación de “codo de niñera” como también es conocida esta lesión.

Se suele manifestar mediante una inmovilización más o menos llamativa que efectúa el niño (deja de mover el brazo afectado), sin que responda este hecho a ningún traumatismo previo. Esta inmovilización conlleva el acercamiento del brazo al cuerpo y su ocasional sujeción con la otra mano, dependiendo si existe además la presencia de dolor. Habitualmente no pasa de la molestia y no hay dolor salvo que se manipule el miembro afectado como ocurre cuando se trata de realizar la maniobra de reducción de la lesión. Es posible que por esta actitud corporal se sospeche una lesión de hombro o muñeca y que los padres puedan pensar que se trata de la fractura de algún hueso del brazo. Son tres los huesos que forman el codo: húmero, cúbito y radio, y son tres las articulaciones que lo componen: húmero-radial, húmero-cubital y cúbito-radial. Es en esta última articulación donde radica la lesión que nos ocupa (subluxación o pérdida de contacto incompleta o parcial entre las superficies de los huesos). La carilla articular presente en la pared lateral de la cabeza del radio deja de articularse con la cavidad sigmoidea menor del cúbito (en situación de normalidad el adecuado contacto nos permite hacer los movimientos de supinación y pronación del antebrazo). Además un ligamento que se encuentra alrededor de la cabeza del radio (ligamento anular), se desplaza y en vez de rodear el extremo de este hueso, se queda atrapado entre dos por lo que la articulación se bloquea y no se puede girar el antebrazo con el consiguiente dolor.

Como enfermero de un servicio de traumatología creo necesario hacer una descripción del proceso que se realiza en nuestro departamento en relación a la atención de la pronación dolorosa, y poner de manifiesto el abordaje de este tipo de lesión y subrayar la importancia de la labor que realizan los profesionales de enfermería en su prevención, diagnóstico y tratamiento.

MECANISMO DE PRODUCCIÓN Y SÍNTOMAS:

El ser humano en su evolución filogenética se puso de pie y comenzó a andar, en la actualidad los niños comienzan la marcha entre el mes 11 y 18 de vida y es frecuente que los familiares para evitar accidentes, al principio traten de ayudarles. Se suelen sujetar por ambas manos mientras el crío intenta caminar para evitar caídas y lesiones. A medida que mejora la marcha y anda con cierta seguridad se suelen relajar las medidas de prevención y es frecuente que solo se sujete de una sola mano. Es el momento crítico donde se puede producir la pronación dolorosa. Con frecuencia, dada su escasa estabilidad, el infante puede perder el equilibrio y caerse. De forma instintiva es posible

que, en un intento de evitar lesiones, la reacción del acompañante sea tirar bruscamente de la mano con que tiene cogido al niño produciendo en consecuencia la lesión que nos ocupa.

En otras ocasiones su mecanismo de producción es diferente pues parte del intento de hacer caminar al pequeño, que se niega a andar, se enfada, llora y muestra su desacuerdo en la deambulación, es el momento en que el acompañante puede forzar la situación tirando del brazo de la criatura.

También existen otras formas de producción como pueden ser la práctica de determinados juegos, entretenimientos (levantarlo por ambos brazos y hacer balanceo), etc. que termina provocando una subluxación de la articulación del codo.

En esta edad los ligamentos de esta articulación suelen ser más elásticos y posibilitan con más frecuencia la salida de la cabeza del radio fuera del ligamento que lo sostiene, (fig. 1) dejándolo en una situación “pellizcamiento” al quedarse atrapado dentro de la propia articulación. Como ejemplo sería algo parecido (salvando las diferencias) a lo que ocurre cuando paseamos en bicicleta y se le sale la cadena, no hay rotura pero no funciona la transmisión por estar fuera de lugar.

Los síntomas más característicos del “codo de niñera” suelen incluir: dolor inmediato en el brazo, negación o inhabilidad de dañar la extremidad dañada, llanto persistente, ansiedad y rechazo al juego. Existen otros menos específicos y frecuentes que dependen de la situación de cada niño. De todas formas no suele presentarse eritema, calor, edema o muestras de traumatismo. Y habitualmente el brazo presenta una adecuada circulación, sensibilidad y pulso distal.

DIAGNÓSTICO. APARIENCIA DEL NIÑO Y PRIMERA ASISTENCIA

El diagnóstico del llamado “codo de niñera” es fundamen-



Figura 1. Mecanismo de producción del “codo de niñera” o “pronación dolorosa”.

talmente clínico. Una buena exploración y sobre todo una acertada anamnesis, son decisivas para llegar a diagnosticar el caso. No es necesario utilizar pruebas complementarias como las radiografías, puesto que no hay presencia de fractura y de esta forma logramos evitar exponer al niño radiaciones innecesarias y acumulativas, que no le aportarán ningún beneficio.

En el servicio de traumatología de nuestro hospital y por la bibliografía consultada en la mayoría de otros hospitales, la enfermería juega un papel clave a la hora de orientar al traumatólogo pediátrico en lo que al diagnóstico se refiere. La enfermera de triaje es el primer profesional sanitario que atiende al niño a su llegada al hospital y desde su actuación clasifica el nivel de urgencia, realiza la primera evaluación del traumatismo y del estado del pequeño y realiza en su anamnesis las primeras investigaciones acerca de cómo se ha producido la lesión. Los familiares son la fuente más importante de información y sus declaraciones pueden ser orientativas y junto con la clínica pueden dirigir la sospecha diagnóstica hacia la lesión que nos ocupa.

En la primera valoración se observa que el niño acude generalmente sin llanto ni otras manifestaciones de dolor, derivado del reposo producido a través de la inmovilización espontánea que realiza que hacen que progresivamente el dolor ceda o desaparezca. No suele haber un compromiso inflamatorio. Y es característica una actitud de pronación del antebrazo (la palma de la mano mirando al suelo) con el codo en discreta flexión y la presencia de una reacción muy dolorosa a la manipulación y/o movilización activa o pasiva del brazo.

En la anamnesis es muy importante delimitar el mecanismo de lesión, es decir, como se ha llegado a producir el accidente. A la pregunta *¿Qué le ha pasado al niño?* la respuesta generalmente es suficiente, ya que la familia aclara perfectamente lo sucedido, es decir, refieren que le han tirado del brazo al cogerlo o cuando le han obligado a andar. Aunque a veces los acompañantes no están dispuestos a contar lo sucedido por miedo o temor al sentirse culpable de la lesión y suelen contar que *el niño se ha dado un golpe y no puede mover el brazo*, razón suficiente para seguir preguntando sobre lo sucedido.

Habitualmente se sigue preguntando si, *¿Ha habido traumatismo directo sobre el codo o brazo? o ¿Se ha dado un golpe justo en el codo o puede ser que se le haya tirado del brazo sin querer?* y suelen admitir la existencia de un "tirón" del brazo y por tanto la orientación sobre el diagnóstico. Que se debe completar con la valoración de la apariencia del niño. También puede ocurrir que persistan en la actitud de que efectivamente ha habido un traumatismo en el brazo, y en este caso obliga a la realización de estudio radiográfico para descartar entre otras cosas, una posible fractura.

TRATAMIENTO DE LA LESIÓN: REDUCCIÓN

La pronación dolorosa no es grave pero para su curación requiere una maniobra que coloque el ligamento en su posición anatómica normal, es lo que se denomina "reduc-

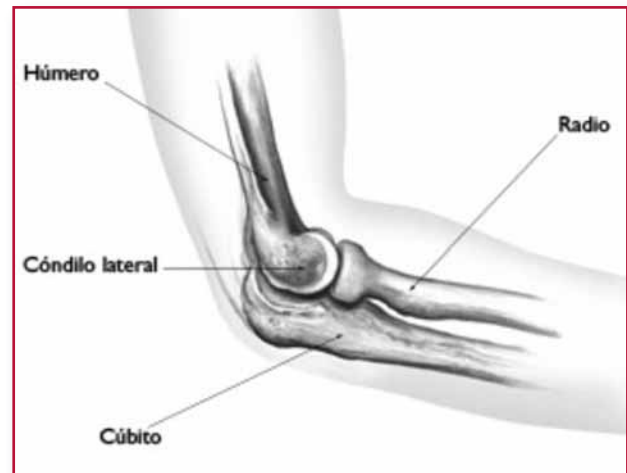


Figura 2. Anatomía de codo.

ción". Tras esta maniobra se recupera la movilidad del brazo y se resuelve el episodio en un 96% de los casos. Sin embargo puede ser necesaria la inmovilización con vendaje rígido si se ha retrasado la reducción más de 12 horas o tras varios intentos no se ha conseguido reducir. Inmovilización que se mantiene durante 7 ó 10 días y posteriormente se resuelve procediendo a su retirada. El procedimiento de maniobra de reducción se inicia cuando en la exploración no hay presencia de dolor en la manipulación del codo. Si existe duda razonable con respecto al diagnóstico, es prudente administrar analgesia vía rectal y solicitar radiografía. Los pasos a seguir para practicarla son los siguientes (figs. 3, 4, 5 y 6):

1. Explicarle al niño y a sus padres el procedimiento a realizar, pidiéndole su colaboración.
2. Colocar una mano rodeando la muñeca del niño, el pulgar de la otra mano se coloca sobre la cabeza del radio y el resto de los dedos rodeando la flexura del codo.
3. Una vez inmovilizado el codo y palpada la región de la cabeza radial, la otra mano aplica la compresión axial en la muñeca seguido del movimiento de prono-supinación. Mientras que se manipula el brazo, suele sonar un tecleo o un broche de presión.
4. A continuación se hace la flexión del codo y ya, normalmente está reducida la pronación dolorosa. Tras esto recupera la movilidad del brazo en unos minutos y le deja de doler.
5. Ofrecer al niño cualquier cosa para que lo coja con el miembro superior anteriormente afectado y valorar la normalidad del movimiento.

RECOMENDACIONES DE ENFERMERÍA AL ALTA PARA EL CUIDADO DE LA PRONACIÓN DOLOROSA

En nuestro servicio de urgencias del hospital infantil el personal de enfermería ha elaborado unas recomendaciones al alta para el cuidado de la pronación dolorosa (fig. 7), con el objetivo de dar a conocer esta lesión a los padres y



Figura 3. Posición que adopta el niño al producirse la lesión.



Figura 4. Inicio de la maniobra de reducción.



Figura 5. Continuación de la reducción con el movimiento de prono supinación del miembro afecto.



Figura 6. Flexión del codo y finalización de la reducción.

familiares del niño. Así tratamos de evitar que haya el menor número de recidivas posible. Estas recomendaciones vienen reflejadas en un folleto informativo que enfermería adjunta con el informe de alta del servicio de urgencias de traumatología. No obstante y antes de abandonar urgencias, la enfermera trata de explicarles a los padres las medidas de precaución y cuidados que requiere el “codo de niñera” y se les invita a preguntar sus dudas. Las recomendaciones sugeridas y recogidas en el folleto que facilitamos al usuario son las siguientes:

- *Sujetar al niño por las axilas o por la cintura al levantarlo del suelo.*
- *Sujetar al niño por ambas axilas o ambos brazos para ayudarlo a caminar cuando esté aprendiendo.*
- *Si al caerse lo llevamos sujeto de un brazo, no debemos tirar del brazo, mejor sujetarlo con la mano que nos quede libre.*
- *No tirar del niño para subir escalones ni para que ande más de prisa.*
- *Evitar que el niño de vueltas sujeto por la mano o antebrazo.*

ACTUALIDAD DEL ABORDAJE DE LA PRONACIÓN DOLOROSA EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

A principios del año 2008, el servicio de urgencias del hospital infantil "Virgen del Rocío" de Sevilla, instauró un sistema de triage basado en cinco niveles de gravedad. Este sistema proviene de la asociación canadiense de emergencias y su método: "canadian triage and acuity scale". En base a esto clasificamos los episodios de urgencias pediátricas desde "nivel I" o emergencia, hasta "nivel V" o urgencia banal. Nuestro triage ubica la pronación dolorosa en un nivel III o IV dependiendo del valor resultante al aplicar una escala de "valoración del dolor". Esto conlleva un tiempo de demora antes de la reducción de un periodo de 1 ó 2 horas en periodos de alta frecuencia. Tras una reunión multidisciplinar, se acordó, para

disminuir dicha demora y con ello mejorar la calidad asistencial y realizar un protocolo de actuación ante la sospecha de pronación dolorosa. Enfermería en este protocolo asume un papel fundamental, iniciando una serie de acciones terapéuticas que van desde la petición radiológica (si el resultado del protocolo así lo sugiriera) pasando por la aplicación de analgesia hasta las maniobras de reducción en algunos casos.

Esta forma de proceder protocolizada, donde cabe destacar el trabajo en equipo entre enfermera de triage, enfermera de la consulta de traumatología y traumatólogo, estaría pendiente de validación por parte del comité de calidad. Una vez se aprobara se procedería al programa de formación y puesta en marcha.

Así quedaría el flujo de nuestros usuarios si el protocolo pudiera ser implantado (fig. 8).

Recomendaciones y cuidados adicionales:	 Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE SALUD RECOMENDACIONES AL ALTA CUIDADOS PRONACIÓN DOLOROSA HH.UU. Virgen del Rocío H. Infantil Sevilla
PRONACIÓN DOLOROSA La pronación se produce cuando un hueso del codo se sale de su lugar debido a un tirón brusco. Es una lesión leve pero aparatosa. Es una lesión recurrente, es decir, se repite con frecuencia, sobre todo en las primeras 48 horas. Suele confundirse con un daño en el hombro o en la muñeca. Se suele dar con mayor frecuencia en edades inferiores a los 6 años. Su hijo ha sufrido una pronación dolorosa tenga en cuenta las siguientes recomendaciones para evitar que se repita: 1. Sujetar al niño por las axilas o por la cintura al levantarlo del suelo. 2. Sujetar al niño por ambas axilas o ambos brazos para ayudarle a caminar cuando esté aprendiendo.	3. Si va a caerse y lo llevamos sujeto de un brazo, no debemos tirar del brazo, mejor sujetarlo con la mano que nos quede libre. 4. No tirar del niño para subir escalones ni para que ande más de prisa. 5. Evitar que el niño de vueltas sujeto por la mano o antebrazo. Si tiene alguna duda, contacte con el equipo de Enfermería que le ha atendido. Teléfono de la Unidad: 95501.....

Figura 7.

FLUJO DE PACIENTES

TRIAJE

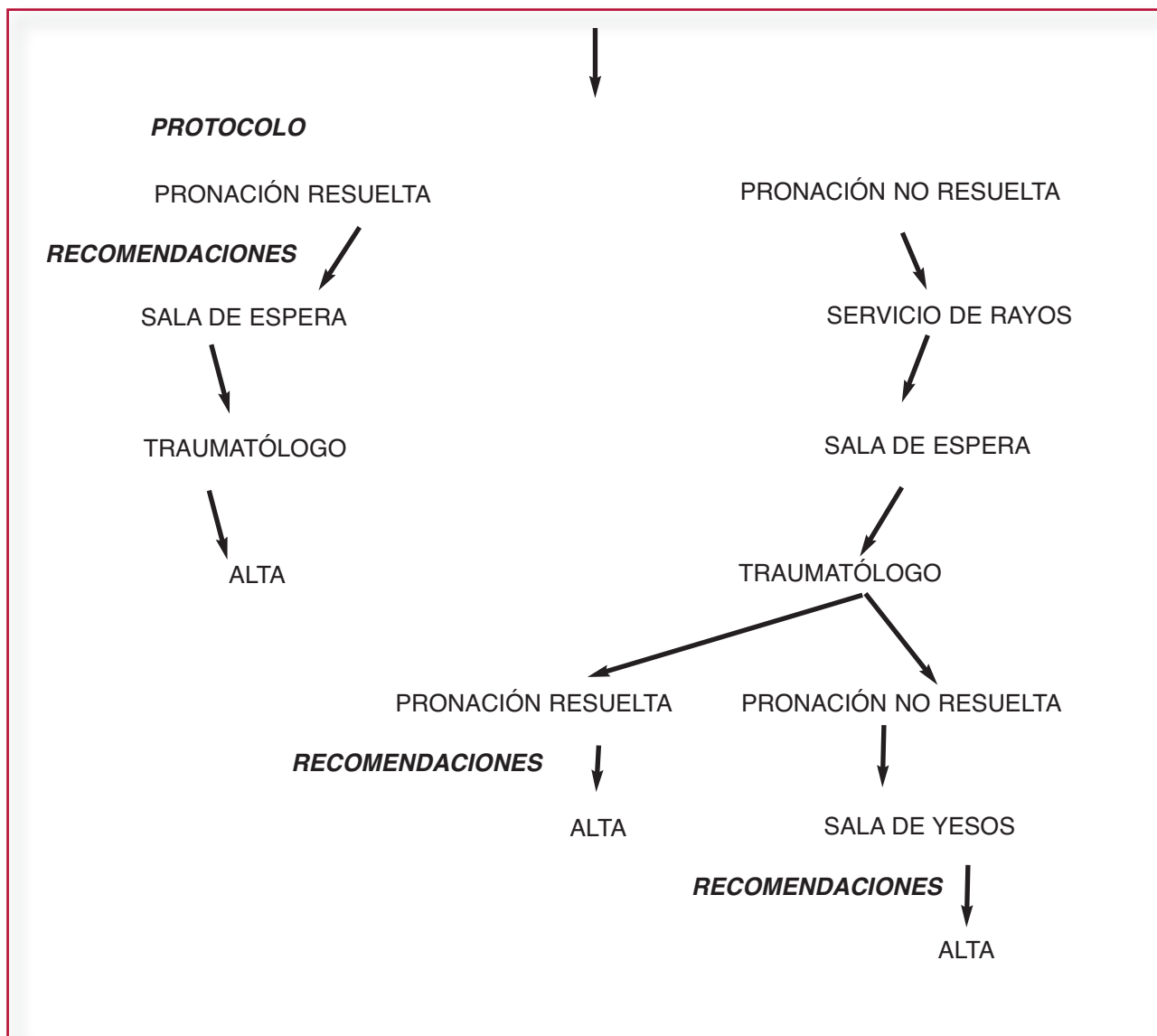


Figura 8.

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal del servicio de urgencias del hospital infantil de Sevilla, por su gran profesionalidad y dedicación diaria y en especial al antiguo turno 1 (puerta, observación y trauma). También a Lola Guillén, nuestra antigua supervisora por su perseverancia y entrega a la unidad.

BIBLIOGRAFÍA:

- Kaplan R. and Lillis K. Recurrent Nursemaid's Elbow (Annular Ligament Displacement) Treatment Via Telephone. *Pediatrics* 2002; 110; 171-174.
- Lewis D., Argall J. Reduction of pulled elbows. *Emerg. Med. J.* 2003; 20(1):61-2.
- Macías C., Bothner J. and Wiebe R.A. Comparison of Supination/Flexion to Hyperpronation in the Reduction of Radial Head Subluxations. *Pediatrics* 1998; 102; e 10.
- Meckler GD., Spiro DM. Technical tip: Radial head subluxation. *Pediatr Rev.* 2008;29(7): e 42-3.
- Neil E., Green, Marc F. Swionkowski. *Skeletal Trauma in Children* 3ª edición, 2003.
- Schunk JE. Radial head subluxation: epidemiology and treatment of 87 episodes. *Ann Emerg Med.* 1990;19(9):1019-23.
- Choung W., Heinrich SD. Acute annular ligament interposition into the radiocapitellar joint in children (nursemaid's elbow). *J. Pediatr. Orthop.* 1995;15(4):454-6.
- Green DA., Linares MY., García Peña BM., Greenberg B., Baker RL. Randomized comparison of pain perception during radial head subluxation reduction using supination flexion or forced pronation. *Pediatr. Emerg. Care* 2006;22(4):235-8.
- Griffin M.E. Review Article: Subluxation of the Head of the Radius in Young Children. *Pediatrics* 1955; 15; 103-106.

ESTUDIO DIFERENCIAL: CICATRIZ HIPERTRÓFICA Y CICATRIZ QUELOIDEA. MANEJO TERAPÉUTICO

DIFFERENTIAL STUDY: SCAR HIPERTRÓFICA AND KELOID. THERAPEUTIC MANAGING

■ José Manuel Palomo Gómez¹

■ Mario Alberto Ávila Arriaza²

¹ Diplomado En Enfermería. Centro Asistencial Fremap Alcalá de Guadaira. Sevilla.

² Diplomado En Enfermería. Centro Asistencial Fremap Ciudad Jardín. Sevilla

Resumen

El proceso de cicatrización de una herida siempre ha estado marcado por el resultado final de la misma que no siempre tiene un final esperado por el paciente, e incluso puede hacer que tenga repercusiones funcionales, cosméticas e incluso psicosociales. La incidencia con que estos resultados ocurren van a depender de características como las edad, profundidad, localización, tipo de tratamiento, predisposición genética e incluso la raza del individuo afectado. Aunque son muchas las investigaciones llevadas a cabo, no existen aún hoy tratamientos únicos para obtener un resultado satisfactorio, sino que más bien son complementarios entre sí.

ABSTRACT:

The process of cicatrization with one hurt always has been marked by the final result of the same one that not always has an end waited by the patient, and even it can do that it has functional, cosmetic repercussions and even psychosocial. The incident with which these results happen they are going to depend on characteristics as the age, depth, localization, type of treatment, genetic predisposition and even the race of the affected individual. Though the researches are great carried out, the only treatments do not exist still today to obtain a satisfactory result, but rather they are complementary between.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ cicatriz hipertrófica,
- ✓ queloides,
- ✓ herida,
- ✓ cicatrización

KEY WORDS

- ✓ hypertrophy scar,
- ✓ keloid,
- ✓ wound,
- ✓ cicatrization

INTRODUCCIÓN

Ya en el antiguo Egipto, en el Papiro de Smith hace casi 4000 años, se describió por primera vez una cicatrización exagerada, pero no fue hasta finales del s. XVIII cuando se describieron y comenzaron a estudiarse realmente estos cuadros.

Por la propia naturaleza del ser humano, el hecho de producirse un proceso traumático como por ejemplo una herida, quemadura, etcétera tiene como resultado, por parte del organismo, un intento de remedar la neodermis, aunque ésta, nunca llegará a tener la estructura y organización de la original. Estas cicatrices no siempre tienen unos resultados esperados o al menos deseados, ya que características

como color, grosor, tamaño, textura, elasticidad, pueden verse alterados, y son muchos los factores que influyen en que estas características se den en mayor o menor grado. Dos son los tipos más frecuentes y estudiados de procesos patológicos en la cicatrización: *queloides* y *cicatrices hipertróficas*, y aunque son claras las diferencias entre ambos, aún hoy el personal sanitario no reconoce eficazmente las diferencias entre estos dos tipos de alteraciones, lo cual es básico para poder tanto prevenir las secuelas como tratarlas cuando ya han aparecido.

Estos dos tipos de cicatrices se pueden considerar como tumores incompletos, y son un ejemplo de lesión que se detiene en la fase proliferativa, no progresando por tanto a la fase de maduración. Tienen además características típi-

cas de malignidad como son: la mala regulación del crecimiento, proliferación más allá de la injuria inicial y una síntesis incrementada de colágeno.

Es por todo esto por lo vamos a dar a conocer las diferencias fundamentales y las pautas de prevención, manejo y tratamiento de estos dos tipos de cicatrices patológicas.

CLASIFICACIÓN DE CICATRICES

La **cicatriz ideal** es aquella que devuelve la normalidad anatómica y funcional a la zona afectada, sin cicatriz externa, pero esta forma de cicatrización sólo se da en el modelo humano en la fase de cicatrización fetal.

Se pueden distinguir principalmente tres tipos de cicatrices según el modelo presentado por Rohrich y Robinson² que diferencian entre: **cicatriz normal, patológica e inestética**.

- **Cicatriz normal.** Es aquella que deja cicatriz pero devuelve la integridad anatómica y funcional. Es ésta la que estamos obligados a esperar tras una herida.
- **Cicatriz Patológica.** A diferencia de la anterior, en ésta existe una sobreproducción de tejido cicatrizal debido a un desequilibrio entre síntesis y degradación de matriz celular, a favor del primero. Todo esto va a determinar una cicatriz sobreelevada, sintomática, roja, indurada o contraída y que por todo ello pueden desencadenar trastornos funcionales y estéticos a pacientes. En este otro tipo de cicatriz, podemos a su vez diferenciar dos subdivisiones:
 - a) **C. patológica excesiva.** Existe una sobreproducción de cicatriz (queloides y cicatrices hipertróficas. (fig. 1 y 2)).
 - b) o bien, **C. patológica insuficiente.** En esta otra lo que existe es un déficit de cicatriz, por ejemplo, heridas crónicas e inestables.
- **Cicatriz Inestética.** En este tercer tipo lo que existe es un proceso de cicatrización normal, pero por su ubicación, dirección o técnica de reparación no tiene resultados estéticos-cosméticos aceptables y va a requerir obligatoriamente una revisión quirúrgica para mejorarla.

FISIOPATOLOGÍA DEL PROCESO CICATRICIAL

El proceso de cicatrización después de un injuria cutánea lo podemos diferenciar en tres fases: **inflamatoria, fibroproliferativa y de remodelación**². Así la herida se transforma en una cicatriz sintomática, roja y solevantada (cicatriz inmadura o activa) y posteriormente en una cicatriz normal como la describimos anteriormente (cicatriz madura). Este proceso es muy variable dependiendo de muchos factores. Las cicatrices patológicas están precedidas por una prolongación en el proceso inflamatorio de cicatrización, lo que se traduce en un aumento de la matriz extracelular, base fundamental de estos desórdenes, junto con el aumento de las fibras de colágeno, que impiden el ordenamiento de las

misma y por tanto la remodelación de los tejidos.

Así determinaron matemáticamente que después de la epitelización las cicatrices son planas y lineales, luego en forma gradual aumentan en altura y volumen alcanzando un máximo, para finalmente comenzar a aplanarse y suavizarse llegando a una línea basal semejante al inicio. El tiempo necesario para completar este proceso es muy variable entre pacientes pudiendo oscilar entre los 6 meses y los 2 años. Esto va a depender entre otras cosas de la causa de la lesión, una fase inflamatoria prolongada, tipo de tratamiento y predisposición genética³.

Parece entonces claro que el límite entre una cicatriz normal y una patológica es el tiempo, antes de 6 meses sólo podemos hablar de una cicatriz inmadura o activa o en fase de remodelación, debiendo tomar sólo medidas preventivas durante dicho período. Sólo después de esa fecha estaremos en condiciones de hablar de una cicatriz patológica e iniciar medidas terapéuticas con objetivos concretos.

Recientemente se ha involucrado a las glándulas sebáceas como elementos desencadenantes. Se postula que la ruptura pilo-sebácea y la extravasación de sebo producirían el estímulo antigénico. Esto explicaría por que hay mayor infiltrado inflamatorio alrededor de estas glándulas en cortes histológicos de estas lesiones. También permitiría entender por que solo ocurre en humanos (las glándulas sebáceas son propias del ser humano), por que no se producen en palmas ni plantas (no hay glándulas sebáceas en estas zonas), por que ocurre mayormente en la adolescencia (mayor secreción por estímulos hormonales), por que se localizan preferentemente en tórax, orejas y hombros (zonas seboreicas) y por que es más frecuente en razas de color negras y orientales, ya que ambos tienen mayor secreción de sebo que los caucásicos.

MÉTODOS DE EVALUACIÓN DE CICATRICES

Una escala de evaluación que ayude a describir la apariencia de una cicatriz es de vital importancia para su seguimiento, cuantificación de resultados con diferentes tratamientos y comparación entre distintas investigaciones, pero lamentablemente, en la actualidad no existe ningún instrumento que sea universalmente aceptado y que cumpla con todos los requerimientos estadísticos necesarios para ser empleado en forma generalizada.

La escala ideal debe ser cuantitativa, de bajo costo y fácil de aplicar. Debe realizar la secuencia de evaluación clínica que se utiliza en cualquier patología. Primero, evaluar las molestias del paciente (anamnesis: prurito, dolor). Segundo, determinar a la inspección y palpación (examen físico) elementos útiles en su cuantificación (color, textura y grosor). Y finalmente, cumplir con el requerimiento estadístico de tener una buena correlación entre observadores para que baste con un evaluador para poder tener confianza en su resultado.

DIFERENCIAS PATOLÓGICAS

ENTRE

CICATRICES

La cicatriz hipertrófica y el queloides son patologías o desórdenes fibroproliferativos de la dermis, que se presenta sólo en humanos y que ocurren después de una cirugía, quemadura, inflamación o cualquier tipo de trauma.

La **cicatriz hipertrófica** es una lesión fibrosa, eritematosa, levantada y pruriginosa que se forma dentro de los bordes iniciales de una herida, habitualmente en un área de tensión. Suelen tener un patrón de regresión espontánea, aunque sea parcial y tiene poca tendencia a la recidiva pos extirpación quirúrgica (Figura 1).

La **cicatriz queloidea** es una lesión con aspecto tumoral, color rojo rosado o púrpura y a veces hiperpigmentada. Los contornos están bien demarcados, pero son irregulares, sobrepasando los márgenes iniciales de la herida. El epitelio sobre la lesión es delgado y puede presentar áreas focales de ulceración. Puede presentar prurito y dolor. Raramente regresa en forma espontánea y la recidiva es muy frecuente pos extirpación quirúrgica (Figura 2).

Existen varios factores predisponentes de cicatrización queloidea, entre los cuales tenemos; predisposición genética, edad joven, razas negras, grupo sanguíneo A, ubicación de la herida en hombros, dorso, región preesternal o áreas de tensión cicatricial. Contrariamente existen áreas no queloideas, como por ejemplo párpados, genitales, palmas de las manos y plantas de los pies.

Como se puede apreciar en la Tabla 1 existen muchas diferencias entre cicatriz hipertrófica y queloidea, tanto del tipo histopatológicas, fisiopatológicas, clínicas y evolutivas.

DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS

Los diagnósticos enfermeros más frecuentes que podemos desarrollar en estos dos procesos de cicatrización sería los de: *riesgo de infección, riesgo de deterioro de la integridad cutánea, manejo infectivo del régimen terapéutico, ansiedad, baja autoestima situacional, trastorno de la imagen corporal*, aunque dependiendo del paciente y de su entorno podrían darse muchos otros.

Para poder ver más intuitivamente los diagnósticos, intervenciones y actividades relacionadas con cada uno de ellos, hemos desarrollado una tabla, donde están relacionados cada uno de ellos. Ver anexo tabla 2.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS CICATRICES PATOLÓGICAS

Si bien algunos queloides se desarrollan sobre zonas traumáticas o de infección y llegan a nosotros una vez establecidos, nuestro deber es prevenir aquellos en los que el enfermero o cirujano intervienen, o sea nuestras cirugías diarias.

Antes de nada, debemos estar atentos a pacientes o heridas con alto riesgo de desarrollar una cicatrización queloidea. Se trata de pacientes de raza negra, antecedentes personales o familiares de alteraciones cicatriciales, cierres cutáneos a tensión, cicatrices ubicadas en región preesternal, lóbulo de oreja u hombros y heridas que presentaron una cicatrización retardada.

En todas las cirugías y especialmente en aquellas con algunos *factores de riesgo* para desarrollar cicatriz hipertrófica o queloidea, debemos tomar las siguientes precauciones:

1. Evitar intervenciones quirúrgicas en área de mayor incidencia de cicatrización queloidea, como por ejemplo hombros, dorso, región pectoro-esternal.
 2. Especiales cuidados en paciente morenos o de raza negra.
 3. Orientar las incisiones cutáneas según las líneas de fuerza de la piel (Líneas de Langers).
 4. Manipular la piel de la manera menos traumática posible.
 5. Evitar o disminuir el número de electrocoagulaciones.
 6. Suturar las incisiones con el mínimo de tensión posible.
 7. Evitar todos aquellos elementos que favorezcan la inflamación: cuerpos extraños, material de sutura inadecuado, etc.
 8. Tomar todas las medidas posibles para prevenir la infección quirúrgica.
 9. Tratamiento compresivo de cicatrices de riesgo (presoterapia):
 - Ropa compresiva.
 - Geles de silicona.
 - Clips auriculares.
 10. Corticoides intralesionales, en casos seleccionados, de tendencia a hipertrofia clínica de la cicatriz.
 11. Control y observación periódica de evolución cicatricial.
- Múltiples son las alternativas de tratamiento que se han utilizado para los queloides, todas con distintos grados de éxito y recurrencias. La principal dificultad para su análisis es la falta, en la mayoría de los estudios, de métodos estandarizados de tratamiento y sobre todo de medición de los resultados. A continuación, revisaremos algunas de las alternativas terapéuticas utilizadas en la actualidad y otras recientemente propuestas (fig. 3).

A) Tratamientos quirúrgicos. La excisión quirúrgica simple tiene una alta tasa de recurrencia y actualmente está en desuso, por lo que únicamente podrá concebirse asociada a otros tratamientos, dado que ésta ocasionará una reactivación del proceso inflamatorio. Si la cicatriz es amplia sería incluso necesario la implantación de un colgajo o injerto de piel.

B) Corticoides intralesionales. Es una de las terapias más utilizadas en la actualidad, en especial con Acetónido de Triamcinolona, su efectividad es relativa al 50 %. Se aplica cada 3-4 semanas en un total de 6-8 sesiones. Entre los efectos adversos del tratamiento con inyección intralesional de corticoides se pueden mencionar: dolor en el sitio de

la inyección (que puede ser disminuido por la infiltración simultánea de un anestésico local y con velocidad de inyección muy lenta), atrofia cutánea, telangectasias, necrosis, ulceración y Síndrome de Cushing.

C) Presoterapia, sólo es eficaz en los queloides jóvenes y para prevenir las recidivas después de exéresis quirúrgicas. Posee una acción antiinflamatoria, principalmente antiinflamatoria. La presión ejercida debe ser superior a los 25 mmHg, permanente y prolongada de 6 meses a 1 año. Dentro de la presoterapia podemos a su vez diferenciar entre: ropa compresiva, geles de silicona, etcétera. Los parches o geles de silicona son efectivos hasta en cicatrices de 2 años de antigüedad y deben aplicarse como mínimo durante 12 de las 24 horas y ser diariamente lavados con el fin de que no irriten. Cada placa puede utilizarse durante unas dos semanas. Debe recordarse el tamaño de la cicatriz rebasándola de 1 ó 2 cm. Su mecanismo de acción se debe tanto a la presión ejercida, a la generación de corriente estática a través del parche y a la creación de un ambiente idóneo de hidratación a través de la oclusión, disminuyendo con todo esto la actividad capilar y la actividad de fibroblastos. Los resultados comienzan a hacerse visible a las 4 semanas, y los mejores resultados sobre los 3-4 meses de tratamiento.

D) Radioterapia, se aplica por lo general inmediatamente después de la cirugía, sus contraindicaciones son el uso durante la niñez, el embarazo y la proximidad de órganos radio sensibles. La más utilizada en la actualidad es la **Curie terapia**, que se practica suturando lo más lineal posible la cicatriz con hilo o línea de Iridio 192.

E) Crioterapia, nitrógeno líquido, ha sido utilizada como técnica aislada y como complemento a la terapia con corticoides intralesionales y es más eficaz en lesiones de menos de 2 años de evolución.

J) Láser, daña selectivamente la zona microvascular de las lesiones sin producir nuevas cicatrices, reduciendo en forma importante el eritema, prurito y el volumen de las lesiones tratadas.

Por todo ello, no existe una terapia única para el tratamiento, sino un conjunto de las mismas, y siempre tenemos que tener claro el algoritmo para la toma de decisiones (ver figura 3).

CONCLUSIÓN

Como hemos visto, el planteamiento ante una cicatriz patológica va a depender del tipo del que estemos hablando. Por todo esto, es básica una buena prevención con el fin de que los efectos no deseados se minimicen, ya que aunque factores de riesgo como la raza, edad o incluso la zona no son modificables, sí podemos interferir y de manera muy eficaz, en otros como por ejemplo: las líneas de tensión, la profilaxis infecciosa, etc.

Además, a pesar de los numerosos estudios e investigaciones en los tratamientos posibles, hemos podido observar que no existe un tratamiento único, sino que los mejores resultados se obtienen al combinarlos entre sí, dependiendo de la fase en la que estemos y de las características concretas de cada cicatriz.

Diferencias clínicas y patológicas entre cicatriz hipertrófica y cicatriz queloidea

Cicatriz hipertrófica	Cicatriz queloidea
1. Más frecuentes en superficie de flexión (articulaciones, abdomen)	Más frecuente en orejas, hombros, región preesternal, etc.
2. Casi siempre en zonas de tensión	No se relaciona directamente con tensión cutánea
3. Aparece precozmente después de la cirugía	Puede aparecer meses después de la cirugía
4. Tamaño se relaciona con la injuria	Tamaño es desproporcionado respecto a la injuria
5. Límites dentro de la cicatriz inicial	Límites sobrepasan la cicatriz inicial
6. Tendencia a mejorar espontáneamente con el tiempo	No mejora con tiempo de evolución
7. Desaparece con terapia compresiva	No desaparece con terapia compresiva
8. Recidiva rara después de cirugía	Recidiva frecuente pos cirugía

Tabla 1

ANEXOS



FIGURA 1. Cicatriz hipertrófica.



FIGURA 2. Cicatriz queloidea.

Diagnósticos e intervenciones de enfermería

Diagnósticos	Intervenciones	Actividades
0004. Riesgo de infección	3660. Cuidados de la herida y protección contra las infecciones	- Observar signos y síntomas de infección - Mantener las normas de asepsia
0047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea	3584 Cuidados de la piel. Vigilar signos/síntomas	- Informar y educar cuidados de la piel
0081. Manejo infectivo del régimen terapéutico	4410. Establecimiento de objetivos comunes 4360. Modificación de la conducta 5250. Apoyo en la toma de decisiones 7110. Fomentar la implicación	- Apoyo emocional - Asesoramiento nutricional y de cuidados - Reforzar la decisiones constructivas - Enseñanza procedimientos/tratamientos - Hacerlo partícipe del tratamiento y también a la familia
0146. Ansiedad	5230. Aumentar el afrontamiento y reforzar la conducta 5606. Enseñanza individual	- Proporcionar información objetiva con respecto al diagnósticos, tratamiento y pronóstico - Fomentar un dominio de la situación - Valorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal - Animar a desarrollar situaciones
0120. Baja autoestima situacional	5250. Apoyo en la toma de decisiones 5220. Potenciación de la imagen 4920. Escucha activa	- Informar al paciente sobre la existencia de puntos de vista alternativos y las soluciones de forma clara y con todo el apoyo - Identificar grupos de apoyo disponibles para el paciente - Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto - Ayudar al paciente a identificar las partes del cuerpo que ofrecen percepciones positivas relacionadas con ellas - Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones - Establecer el propósito de la interacción
0118. Trastorno de la imagen corporal	5230. Aumentar el afrontamiento 5240. Asesoramiento	- Alentar al paciente - Animar al paciente a desarrollar relaciones - Establecer una relación terapéutica - Ayudar a identificar el problema o la situación causante del trastorno - Proporcionar información objetiva

Tabla 2

Algoritmo de la toma de decisiones para el tratamiento de cicatrices patológicas excesivas.

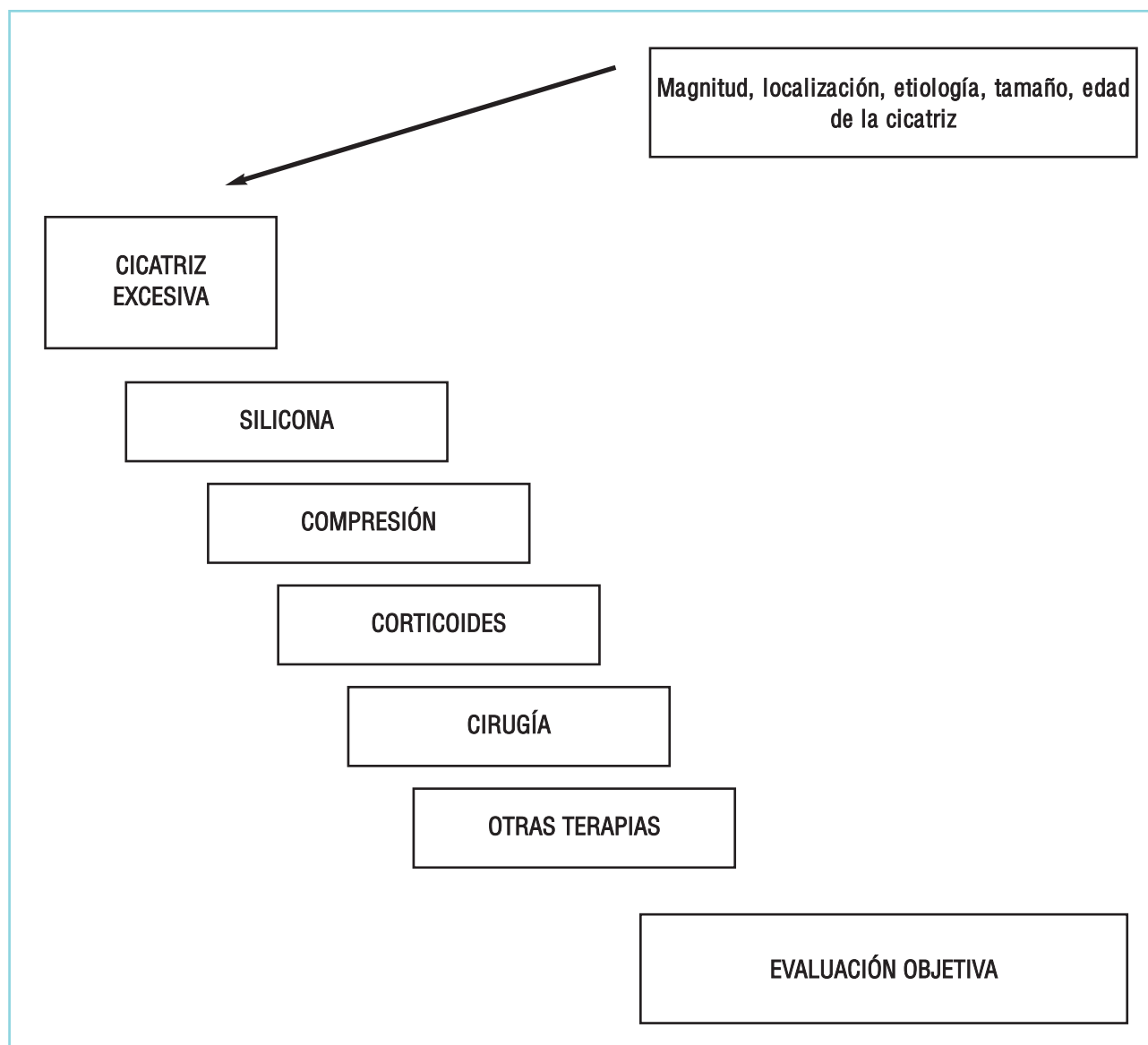


FIGURA 3

BIBLIOGRAFÍA

- Andrades P., Benítez S., Prado A. Recomendaciones para el manejo de cicatrices hipertróficas y queloides*. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 58 nº 2. Abril 2006. Pág. 78–88.
- NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. 2005–2006. Editorial Elsevier.
- Clasificación de intervenciones de enfermería. Cuarta Edición. Editorial Elsevier. 2005. Joanne McCloskey Dochterman, Gloria M. Bulechek.
- Clasificación de resultados de enfermería. Segunda edición. Editorial Harcourt. 2001. Marion Jonson, Merodean Maas, Sue Moorhead.
- Drago H., Bossi S., Sereday C., Sturla F. Utilización de placas de geles polímeros elásticos en el tratamiento preventivo de las cicatrices hipertróficas. Abril 2005.
- Enciclopedia Médico Quirúrgica. Fisiología de la cicatrización. Elsevier; 2003.
- Enríquez MJ y col. Opciones terapéuticas para cicatrices queloides e hipertróficas Rev. Cent. Dermatol. Pascua. Vol. 16, Núm. 2. May–Ago 2007.
- Castillo P., Troncoso A., Villamán J., Prado A. Queloides auriculares. Tratamiento quirúrgico y compresivo. Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 57 nº 5. Octubre 2005. Pág. 379–383.
- Sandoval B. Tratamiento de queloides. Folia Dermatológica Peruana. Vol. 10. nº 4. Diciembre de 1999.
- Salem C., Vidal A., Mariangel M., Concha M. Cicatrices hipertróficas y queloides. Cuadernos de Cirugía, Vol. 16 nº 1, 2002, pp. 77–86.

LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL MAR (I)

■ Encarnación Torralbo Aranda

Enfermera

Resumen

El presente trabajo pretende acercar al profesional de enfermería a una realidad desconocida para muchos como es el caso de la Sanidad Marítima Española, y en concreto al Programa de Sanidad Marítima que lleva acabo el Instituto Social de la Marina (ISM). Dicho programa se divide en dos áreas: el *Área Preventiva* que abarca diferentes ámbitos, y que en este trabajo se centra en el “Botiquín Sanitario” que llevan a bordo los buques. En concreto, se desarrollan aspectos relacionados con la normativa legislativa que los regula, su clasificación, dotación y contenido, la documentación sanitaria que debe de acompañarlo, las características del mobiliario donde se guardan y la revisión de los mismos.

El segundo pilar básico de este programa es el *Área Asistencial*, en este apartado se explican dos de los recursos con que cuenta la Sanidad Marítima como son el Centro Radio Médico Español y los Centros Asistenciales en el Extranjero. Un tercer recurso son los Buques de Asistencia Médica y Logística, que se desarrollará su contenido en el próximo trabajo que llevará por título: “La Asistencia Sanitaria en el Mar II: Buques-Hospitales”.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Buque,
- ✓ Mar,
- ✓ Botiquín Sanitario,
- ✓ Sanidad Marítima Española,
- ✓ Instituto Social de la Marina

1. INTRODUCCIÓN

Pocos lo saben pero España es, junto a otros países de la Unión Europea, pionera en la Atención Sanitaria Marítima, así como en la introducción de leyes reguladoras en esta materia. El objetivo de esta asistencia es la de garantizar la atención sanitaria de los trabajadores del mar, que desarrollan su actividad laboral en un medio adverso, la mar, y en un lugar móvil, de espacio limitado, el barco, que además es, para gran parte del colectivo, su vivienda durante los períodos en los que permanecen embarcados, en ocasiones lejos del territorio nacional.

2. LA SANIDAD MARÍTIMA EN ESPAÑA (1)

Para entender la Sanidad Marítima de hoy en día es preciso hacer referencia a la protección social que el sector marítimo-pesquero ha mantenido desde la antigüedad. (Tabla 1).

Los riesgos de esta profesión imponían, desde antaño, la configuración de Organizaciones peculiares. Así nacen en el siglo XII, las Cofradías de Mareantes y Pescadores, antece-

dente claro de lo que más tarde sería la Seguridad Social. El enlace de estas organizaciones, emanadas del propio sector, con el Ministerio de Trabajo se produce en 1927, al aprobarse los Estatutos de la Caja Central de Crédito Marítimo, que había sido creada en el año 1919, Real Decreto (RD) firmado en octubre por el Rey Alfonso XIII. En los Estatutos se ampliaba la gestión de la Entidad y se le atribuía la misión de desarrollar el ejercicio de la acción social marítima en todos sus aspectos.

El 26 de febrero del año 1930 se aprobó por RD el cambio de denominación de la Caja Central que pasa a ser nombrado como “Instituto Social de la Marina” (ISM). Este organismo desaparece durante los años 1936-1938 en el periodo de la guerra civil española.

Posteriormente la Ley de 18 de octubre de 1941, reorganiza de nuevo al Instituto, razón por la que es considerada como norma fundacional del ISM, junto con la Ley de Bases de la Seguridad Social de 1963 (2). Pero es en 1981 cuando esta entidad, destinada a la protección social del trabajador marítimo, adopta y actualiza sus actuales competencias como entidad gestora pública, con personalidad jurídica propia, bajo la dirección y tutela del Ministerio de Trabajo e Inmigración, adscrita a la Secretaría de Estado de la Seguridad Social.



La estructura orgánica de la que consta el ISM es la siguiente (3):

- Dirección General, tiene su sede en Madrid y es de ámbito central
- Direcciones Provinciales y Locales, son de ámbito periférico y suman un total de cuarenta y dos centros de sanidad marítima que se encuentran ubicados por el interior peninsular, como es el caso de Madrid y Sevilla, y por las distintas zonas costeras así como en algunos países del continente africano. Estas entidades suelen estar representadas físicamente, en las zonas del litoral, por las denominadas “Casas del Mar”.

El ISM tiene como funciones (4, 5):

- La gestión, administración y reconocimiento de las prestaciones del Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores del mar.
- La atención sanitaria preventiva en tierra y la asistencial a bordo y en el extranjero.
- La formación, profesional y ocupacional, e información marítima y sanitaria.
- El control de los medios sanitarios a bordo y de las condiciones higiénicas de las embarcaciones.
- Y cualesquiera otras funciones de medicina preventiva, educación sanitaria y promoción del bienestar que le sean delegadas.

En 1983 la Subdirección General de Acción Social Marítima, ver tabla I, creó el **Servicio de Sanidad Marítima** con el fin de desarrollar y llevar a cabo un programa sanitario para atender las necesidades de los marinos y pescadores.

Este proyecto denominado *Programa de Sanidad Marítima* (PSM) desarrolla su actividad en dos áreas bien diferenciadas pero a la vez interrelacionadas: el Área Preventiva y el Área Asistencial (6, 7).

2.1. PROGRAMA DE SANIDAD MARÍTIMA: ÁREA PREVENTIVA (8)

Las acciones básicas del PSM a nivel preventivo son las siguientes:

1. *Reconocimientos Médicos de Embarque Marítimo*: son periódicos, obligatorios y totalmente gratuitos.

2. *Formación Sanitaria*: se imparten cursos teórico-prácticos con distinto contenido y complejidad que variará en función de los niveles existentes.
3. *Estudios Epidemiológicos*: sirven de base para posteriores campañas de prevención y divulgación sanitarias.
4. *Campañas Sanitarias de Promoción de la Salud y de Prevención*: sida, paludismo, etc.
5. *Campañas de Vacunación*: principalmente tétanos, gripe, hepatitis B e información sobre vacunas para viajes internacionales.
6. *Control de las condiciones higiénico-sanitarias a bordo, y revisión de los botiquines*.
7. *Publicaciones*: guía sanitaria de a bordo, folletos, carteles, etc.

Todas estas actividades se desarrollan principalmente en las sedes provinciales y locales con un mayor colectivo.

Los recursos humanos de que disponen estos centros, desde el punto de vista sanitario, lo forman como mínimo un médico, un enfermero y un auxiliar de enfermería.

2.1.1. BOTIQUINES EN LOS BUQUES ESPAÑOLES

2.1.1.1. CONCEPTO DE BUQUE Y BOTIQUÍN

BUQUE: Según la Orden PRE/3598/2003 es “toda embarcación debidamente registrada y abanderada en España, capaz de navegar en el mar o que practique la pesca de bajura de propiedad pública o privada, con exclusión de (Tabla 1):

- Navegación fluvial.
- Buques de guerra.
- Embarcaciones de recreo utilizadas para fines no comerciales y que no dispongan de una tripulación profesional.
- Remolcadores que naveguen en la zona portuaria” (9).

El concepto de buque que se expone es sólo a efectos de la obligación legal de llevar botiquín a bordo en las embarcaciones con tripulación *contratada*, ya que esta obligación no exime a los buques de pasaje de pasar una revisión de abanderamiento por parte de Sanidad Exterior. Dichas autoridades de Sanidad Exterior, en estos casos tan concretos, emiten un certificado de validez del botiquín que es independiente con el expedido por el ISM.

BOTIQUÍN: Según la Directiva 92/29/CEE, sobre las disposiciones mínimas de seguridad y de salud para promover una mejor asistencia médica a bordo de los buques, define el término botiquín “como la dotación de medicamentos, el material médico y la estructura o soporte donde se almacenan y protegen” (10).

2.1.1.2. LEGISLACIÓN

La legislación vigente que afecta a los botiquines de los barcos españoles, básicamente es la siguiente:

La asistencia sanitaria en el mar (I)

- Orden de 4 de diciembre de 1980, sobre botiquines a bordo de los buques y embarcaciones mercantes nacionales (11). Sólo de aplicación a los botiquines de embarcaciones de recreo y para abanderamiento de buques de pasaje. Derogada su aplicación a botiquines de buques con tripulación contratada.
- Directiva 92/29/CEE del Consejo de 31 de marzo de 1992 relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud para promover una mejor asistencia a bordo de los buques (10).
- Real Decreto (RD) 258/1999, de 12 de febrero, por el que se establecen las condiciones mínimas sobre la protección de la salud y la asistencia médica de los trabajadores del mar (12).
- Orden PRE /3598/2003, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el RD 258/1999, de 12 de febrero, en materia de revisión de los botiquines de los que han de ir provistos los buques (9).
- Orden PRE/568/2009, de 5 de marzo, por la que se modifica el contenido de los botiquines que deben llevar a bordo los buques según lo establecido en el anterior RD (13).

2.1.1.3. CLASIFICACIÓN (9, 12)

Todo buque, según la definición dada anteriormente, deberá estar provisto de su correspondiente botiquín, que variará en función de (Tablas III y IV):

- La zona de navegación en la que está incluida
- Tipo de actividad de los buques
- Características de la travesía
- Si lleva o no tripulación contratada
- El número de pasajeros y/o tripulantes a bordo
- Distancia habitual de la costa
- Duración de los embarques...

Teniendo en cuenta esta aclaración, los botiquines se clasifican en:

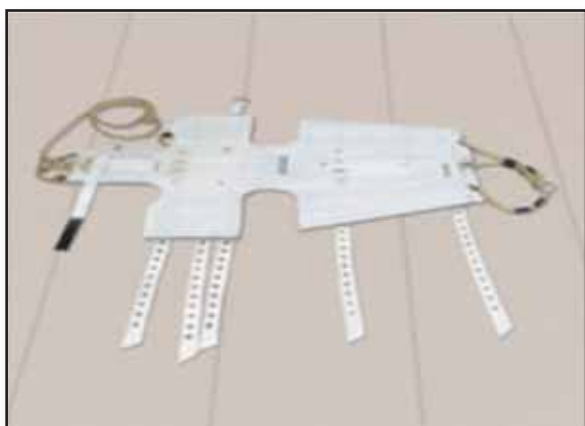


Fig 2. Camilla para evacuación de heridos, tipo "Neil-Robertson", desplegada (foto extraída de <http://www.seg-social.es>)

Botiquín tipo "A": Deben llevarlo los buques que realicen navegación o pesca marítima, sin limitación de zona geográfica, Buques de categoría (catg) A, ver tabla II.

Botiquín tipo "B": Deben llevarlo los buques que realicen navegación o pesca marítima en zonas situadas entre 12 y 150 millas náuticas del puerto más próximo equipado de forma adecuada desde el punto de vista médico (Buques de catg B).

Botiquín tipo "C"/Botes Salvavidas: Deben llevarlo los buques que realicen navegación o pesca marítima íntegramente dentro de aguas interiores (rías, radas o bahías) o en zonas situadas a menos de 12 millas náuticas de la costa o que no dispongan de más instalaciones que un puente de mando (Buques de catg C), además cada uno de los botes salvavidas del barco ("son botes autohinchables, normalmente va dentro de un contenedor y están diseñados para salvar la vida de las personas en caso de problemas en el mar"(9)).

Botiquín de Balsas de Salvamento, deben llevarlo en cada una de las balsas de salvamento ("son botes rígidos diseñados para salvar las vidas a las personas en caso de emergencia en el mar, suelen estar ubicados en el puerto o cerca de éste para auxiliar a los barcos que tengan problemas" (9)).

2.1.1.4. DOTACIÓN Y CONTENIDO (9, 13, 14)

La dotación del material médico y de los medicamentos será distinta por el tipo de botiquín en sí y por el número de la tripulación de a bordo.

El contenido de los botiquines es el siguiente: ver tablas III y IV.

Otro material que se incluye es el siguiente:

1. Maletín con equipo de reanimación (botiquín A y B).
2. Férula apta para la polea (férula de Thomas) o colchón de moldeo al vacío (sólo botiquín A).
3. Camilla para evacuación de heridos, tipo "Neil-Robertson": posee un sistema de sujeción, con cuerdas

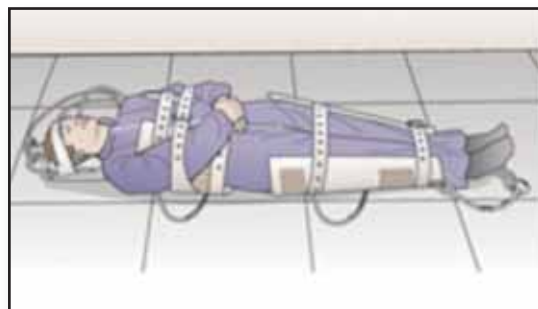


Fig 3. Camilla para evacuación de heridos, tipo "Neil-Robertson", plegada (foto extraída de <http://www.seg-social.es>)

y cinchas permite sujetar y elevar al paciente en lugares de difícil acceso (sólo botiquín A), ver fig. 2 y 3.

4. Material para la higiene y desinfección del barco (botiquín A y B).

Un oficial de puente es el “responsable sanitario” designado para la correcta utilización y reposición del maletín.

Con el fin de mantener continuamente actualizado el contenido de los botiquines, existe la denominada “Comisión Técnica de Actualización del Contenido de los Botiquines a Bordo” que se reúne una vez al año para analizar las novedades científicas en esta materia, y aconsejar la rápida modificación del contenido de los botiquines; aunque en la práctica sólo se han reunido dos veces desde 1999.

2.1.1.5. DOCUMENTACIÓN SANITARIA (9, 15, 16, 17)

La *documentación* que debe acompañar a los botiquines es la siguiente:

- **Hojas de gráficas de temperatura.**
- **Sobres de información confidencial y etiquetas adhesivas informativas** para los casos de evacuación sanitaria de los tripulantes.
- **Libro de Revisión del Botiquín**, de acuerdo con la categoría que le corresponda, A, B o C. El personal del ISM encargado de las revisiones irá anotando las anomalías, si las hubiera, y las observaciones que se hagan en cada revisión.
- **Libro de Registro de la Administración de Fármacos a bordo**, el responsable sanitario de la embarcación deberá anotar todos los consumos de medicamentos que se produzcan durante los embarques, detallando la persona a quien se administran, fecha, medicamento, dosis y responsable de la prescripción.
- **Guía Sanitaria a Bordo**, está configurada como un vademécum de los conocimientos básicos que deben tener los responsables sanitarios de los buques y como un catálogo práctico de procedimientos a seguir pero siempre bajo indicación de los facultativos del Centro Radio-Médico Español (CRME), como más adelante se explicará. Este documento está editado y distribuido en habla hispana e inglesa, aunque ésta última sólo se puede consultar on-line ya que la versión papel que es la obligatoria, y que debe ir siempre junto al botiquín, está sólo en español.

Además, en el caso de buques, incluidos los de tipo trasbordador, que transporten sustancias peligrosas deberán llevar:

- **Libro de Revisión de Antídotos** generales y específicos según la sustancia que se transporte.
- **Guía de Primeros Auxilios para uso en caso de accidentes relacionados con mercancías peligrosas**, editada por la Organización Marítima Internacional (OMI).

Cuando algunos de estos libros estén completos deberán

presentarse en cualquier Dirección Provincial o Local del ISM para efectuar la diligencia de su cierre y la apertura de uno nuevo. Toda la documentación citada se facilitará gratuitamente. Estos libros deberán guardarse junto con la documentación del buque, al menos, durante un período de diez años con posterioridad a su finalización.

2.1.1.6. CARACTERÍSTICAS DEL MOBILIARIO (9, 12)

El mobiliario donde se distribuyen los botiquines A y B consta de tres y dos armarios, respectivamente, con unas dimensiones preestablecidas. Los cajones donde va distribuido el material sanitario están enumerados del uno al quince.

En el caso del botiquín C y los botes salvavidas, al igual que para los antídotos, se disponen de unas cajas-contenedores de material de plástico, con estanqueidad en su contenido y de color naranja, entre otras características ver fig. 4.

Por último, para las balsas de salvamento se debe de disponer de un recipiente o contenedor completamente estanco, de alta resistencia, apertura y cierre sencillo, de fácil manejo y de color naranja.



Fig 4. (foto extraída de <http://www.seg-social.es>)

2.1.1.7. REVISIÓN (9, 12, 18)

La revisión de los botiquines será de carácter anual. Los de tipo C se realizarán en los Centros Provinciales y Locales de Sanidad Marítima por el personal sanitario designado por el ISM. Mientras que los de tipo A y B, por razón de sus dimensiones y características, será un responsable sanitario quien se desplazase hasta el buque para verificar lo establecido en la Orden PRE/568/2009. El control de los botiquines de los *botes salvavidas* se efectuará al mismo tiempo que se realice la inspección del botiquín del buque. En el caso de las *balsas de salvamento* se hará coincidir con la revisión anual del mantenimiento de las mismas y se efectuará en las estaciones de servicio encargadas de la revisión de las mismas.

2.2. PROGRAMA DE SANIDAD MARÍTIMA: NIVEL ASISTENCIAL

Hace algunos años el ISM desarrollaba sus competencias médico-asistenciales de forma coordinada con otros servicios sanitarios del sistema público de salud; sin embargo, en la actualidad los servicios de salud respectivos de las CCAA no han subrogado los conciertos que existían entre los centros sanitarios y servicios ajenos a la Seguridad Social. Lo cual ha significado un retroceso para los marinos que gozaban de esos conciertos (17).

Las Comunidades Autónomas a las que se han transferido la Asistencia Sanitaria Ambulatoria, la hospitalaria nunca ha sido competencia del ISM, son (19):

- ☆ Andalucía
- ☆ Asturias
- ☆ Cantabria
- ☆ Cataluña
- ☆ Comunidad Valenciana
- ☆ Galicia
- ☆ Islas Baleares
- ☆ Madrid
- ☆ Región de Murcia
- ☆ País Vasco
- ☆ Ciudades Autónomas: Ceuta y Melilla

Ante la imposibilidad de recibir una atención sanitaria semejante a la de los trabajadores en tierra, el ISM pone a disposición de los trabajadores del mar los recursos operativos siguientes (17):

- ✓ Centro radio médico español (CRME)
- ✓ Buques de asistencia médica y logística
- ✓ Centros asistenciales en el extranjero

2.2.1. CENTRO RADIO-MÉDICO ESPAÑOL (20, 21, 22, 23)

El CRME, inaugurado el 1 de mayo de 1979, está ubicado en los servicios centrales del ISM en Madrid y su misión es dar cobertura sanitaria de forma gratuita y permanente durante todo el año, en horario de veinticuatro horas, a los pescadores y marinos, con independencia de la nacionalidad, que soliciten su atención al personal facultativo de esta entidad. Ofrece también *asesoramiento médico* a los centros asistenciales en el extranjero y a las consultas que plantean los responsables sanitarios de los barcos, en este caso con el fin de proporcionar la mejor asistencia posible a los tripulantes enfermos o accidentados con los medios disponibles a bordo y de informar, si fuera preciso, del puerto más idóneo al que dirigir el buque cuando sea necesaria la asistencia médica del paciente en tierra, en tal caso se actuaría en coordinación con el Centro Nacional de Salvamento Marítimo (Ministerio de Fomento). En definitiva, la labor del CRME no finaliza hasta que el paciente es dado de alta o, en caso necesario, ingresado en un centro hospitalario en tierra.

Para facilitar el control sanitario y la asistencia médica se utiliza como herramienta informática el fichero "SANIMAR", que es un banco de datos unificado, automatizado y centralizado con toda la información clínica sobre los marinos. En concreto, recoge en una historia clínica única para cada trabajador, todos los antecedentes médicos de interés que han sido recogidos por cualquiera de los Centros de Sanidad Marítima (Centros Nacionales de Sanidad Marítima, CRME, Buques-Hospitales). Estos datos clínicos pueden ser consultados por el médico de la Sanidad Marítima que disponga de un terminal informático conectado al ordenador central. Las medidas de seguridad garantizan la privacidad de los datos, tanto sanitarios como personales, que contiene SANIMAR.

Entre los recursos tecnológicos que emplea el CRME están: la *radiotelefonía*, la comunicación *vía satélite* (Inmarsat) y la *telefonía móvil automática* (TMA), siendo éstos los sistemas de contacto más utilizados.

2.2.2. CENTROS ASISTENCIALES EN EL EXTRANJERO (CASE) (24)

Los centros asistenciales que el ISM gestiona en el exterior carecen de carácter representativo y quedan sujetos, como parte de la Administración del Estado en el exterior, al principio de unidad de acción y sometidos a la dependencia del correspondiente jefe de la misión diplomática permanente a efectos de coordinación, sin perjuicio de su dependencia orgánica y funcional de la Dirección General del ISM.

Estos centros prestan con las limitaciones propias del país donde se encuentran asistencia ambulatoria a los tripulantes españoles que lo requieren, consultas radio-médicas, acompañamiento a repatriados/evacuados sanitarios, revisión de botiquines y vacunaciones. Se ubican en diferentes puertos del continente africano, es decir, donde existe una presencia notable de la flota española por la existencia de caladeros de pesca. En la actualidad están en funcionamiento:

- Dakar (Senegal).
- Victoria (Islas Seychelles), con cobertura temporal (unos tres meses al año) por desplazamiento de un facultativo, de la flota atracada en el puerto malgache de Antsiranana.
- Nouadhibou (República Islámica de Mauritania).
- Walvis Bay (Namibia).

3. AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento al Dr. Francisco Antonio Fernández Jiménez, Médico del Centro Provincial de Sanidad Marítima (Sevilla) Instituto Social de la Marina, por su interés y colaboración en este trabajo.

Tabla I

MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN:

- Secretaría de Estado de la Seguridad Social:
 - Instituto Social de la Marina:
 - Subdirección General de Acción Social Marítima
 - Subdirección General de la Seguridad Social de los Trabajadores del Mar
 - Subdirección General de Administración y Análisis Presupuestario
 - Secretaría General
 - Instituto Nacional de la Seguridad Social
 - Tesorería General de la Seguridad Social
 - Intervención General de la Seguridad Social
- Secretaría General de Empleo
- Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración
- Subsecretaría

Tabla III

Cajón número	BOTIQUÍN tipo A y B
1	Aparato cardiovascular y antihemorrágicos
2	Aparato digestivo
3	Analgésicos, antipiréticos, antiinflamatorios y espasmolíticos
4	Sistema nervioso
5	Antialérgicos y antianafilácticos
6	Aparato respiratorio
7	Ojos, oídos, boca y garganta
8	Antibióticos y antiinfecciosos
9	Anestésicos locales
10	Uso dermatológico
11	Material de examen médico y control de utilización del botiquín
12	Instrumental médico y material de inyección y sutura
13	Rehidratación, aporte calórico, sueros y vitaminas
14	Antisépticos y material de cura
15	Férulas y otro material médico general

Tabla II

		TIPO DE BOTIQUÍN		
	Actividad del buque	A	B	C
	○ BUQUES DE CARGA			
1.	Buques de carga dedicados a viajes largos sin limitación de pasaje.	X		
2.	Buques de carga que naveguen a más de 150 millas de la costa y/o realicen travesías de más de 48 horas de navegación.	X		
3.	Buques de carga que naveguen entre 12 y 150 millas del puerto más próximo equipados de forma adecuada, desde el punto de vista médico, y no realicen travesías de más de 48 horas de navegación.		X	
4.	Buques de carga dedicados a viajes cortos que naveguen a menos de 12 millas de la costa española y no permanezcan fuera de puerto más de 24 horas.			X
	○ BUQUES DE PESCA			
5.	Buques de pesca de gran altura y sin limitación de pasaje o que faenen en caladeros extranjeros de países no comunitarios.	X		
6.	Buques de pesca que faenen a más de 150 millas de la costa y/o se encuentren a más de 48 horas de navegación del puerto más cercano.	X		
7.	Buques de pesca que faenen entre 12 y 150 millas del puerto más próximo equipado de forma adecuada, desde el punto de vista médico, y que se encuentren a menos de 48 horas de navegación.		X	
8.	Buques de pesca que faenen a menos de 12 millas de la costa española y que no permanezcan fuera del puerto-base más de 24 horas.			X
	○ BUQUES DE RECREO Y SERVICIOS DE PUERTO			
9.	Embarcaciones de recreo con tripulación contratada que realicen viajes en los que permanezcan alejadas de la costa más de 150 millas.	X		
10.	Embarcaciones de recreo con tripulación contratada que realicen viajes en los que permanezcan alejadas de la costa entre 12 y 150 millas y/o se encuentren a mas de 48 horas de navegación del puerto más cercano equipadas de forma adecuada, desde el punto de vista médico.		X	
11.	Embarcaciones de recreo con tripulación contrastada que realicen viajes en los que permanezcan alejadas de la costa a menos de 12 millas y que no permanezcan mas de 24 horas fuera de puerto.			X
12.	Remolcadores, lanchas, gabarras, etc., que salen a la mar en travesías de más de 8 horas y/o permanecen alejados de la costa más de 150 millas.	X		
13.	Remolcadores, lanchas, gabarras, etc., que salen a la mar en travesías de menos de 48 horas y/o permanecen alejados del puerto más próximo equipados de forma adecuada, desde el punto de vista médico, entre 12 y 150 millas.		X	
	○ EMBARCACIONES SALVAVIDAS			
14.	Botes salvavidas			X
15.	Balsas de salvamento	Llevarán la dotación especificada en el Anexo II del RD 258/1999		

Tabla IV

BOTIQUÍN tipo cada Bote Salvavidas	BOTIQUÍN de Balsas de Salvamento	
Antianginoso Antihemorrágicos Antiulcerosos y antiácidos Antiemético Antidiarréico Analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorio Anticinetótico Glucocorticoide Antisépticos Pomada antiinflamatoria y analgésica	Antianginoso Antihemorrágicos Antiemético Antidiarréico Analgésicos, antipiréticos y antiinflamatorio Anticinetótico Antisépticos	MEDICAMENTOS
Cánulas orofaríngeas Gelatina hemostática Vendas elásticas adhesivas Vendas elásticas Compresas de gasa estériles Esparadrappo hipoalergénico Guantes de látex Apósitos autoadhesivos estériles Apósitos compresivos estériles Apósitos adhesivos plásticos Suturas adhesivas Gasas grasas Tijera recta aguda Termómetro médico digital (32°-42°) Guía médica Jeringas desechables con agujas Férulas de aluminio maleables para dedos Collar cervical para inmovilización Manta para quemados y supervivientes termoisolante oro-plata	Cánulas orofaríngeas Vendas elásticas adhesivas Compresas de gasa estériles Algodón hidrófilo Esparadrappo hipoalergénico Guantes de látex Apósitos compresivos estériles Gasas grasas Apósitos adhesivos plásticos Suturas adhesivas Manta para quemados y supervivientes termoisolante oro-plata	MATERIAL MÉDICO

4. BIBLIOGRAFÍA

- Antecedentes del Instituto Social de la Marina http://www.seg-social.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/HistoriadelSegurid47711/index.htm [09/06/10].
- Antecedentes del Instituto Social de la Marina <http://www.seg-social.esLey193/1963>, de 28 de diciembre, sobre Bases de la Seguridad Social.
- Antecedentes del Instituto Social de la Marina <http://www.seg-social.es> Ministerio de la Presidencia. RD 171/2010, de 19 de febrero, por el que se modifican el RD 1414/1981, de 3 de julio, por el que se reestructura el Instituto Social de la Marina y el RD 2358/1982, de 27 de agosto, por el que se determina la estructura orgánica del ISM.
- Antecedentes del Instituto Social de la Marina <http://www.seg-social.esFuncionesdelInstitutoSocialdeMarina>. http://www.segsocial.es/Internet_1/LaSeguridadSocial/Quienessomos/InstitutoSocialde29421/index.htm [09/10/09].
- Antecedentes del Instituto Social de la Marina <http://www.seg-social.esCanosaRodrigo>, M: Competencias y funciones del Instituto Social de la Marina Tribuna social: Revista de seguridad social y laboral, nº 49, 1995:52-64. 5639.
- Antecedentes del Instituto Social de la Marina <http://www.seg-social.esProgramadeSanidadMaritima>. http://www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=70 [29/04/09].
- Donadeu González-Coviella, J et al: Controles higiénico-sanitarios para el área médica de sanidad exterior (guía de preguntas y respuestas), Ministerio de Sanidad y Política Social, Secretaría General de Sanidad. Vol. 1, Febrero 2009.
- Programa de Sanidad Marítima: Área Preventiva. http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/Trabajadoresdelmar/SanidadMaritima/MedicinaPreventiva/index.htm [07/03/10].
- Ministerio de la Presidencia. Orden PRE /3598/2003, de 18 de diciembre, por la que se desarrolla el RD 258/1999, de 12 de febrero, en materia de revisión de los botiquines de los que han de ir provistos los buques.
- Consejo de las Comunidades Europeas. Directiva 92/29/CEE del Consejo de 31 de marzo de 1992 relativa a las disposiciones mínimas de seguridad y de salud para promover una mejor asistencia a bordo de los buques. Diario Oficial de las Comunidades Europeas (DOCE) L 113 de 30.4.1992, p.19).
- Ministerio de la Presidencia. Orden de 4 de diciembre de 1980, sobre botiquines a bordo de los buques y embarcaciones mercantes nacionales.
- Ministerio de la Presidencia. RD 258/1999, de 12 de febrero, por el que se establecen condiciones mínimas sobre la protección de la salud y la asistencia médica de los trabajadores del mar.
- Ministerio de la Presidencia. Orden PRE/568/2009, de 5 de marzo, por la que se modifica el contenido de los botiquines que deben llevar a bordo los buques según lo previsto en el RD 258/1999, de 12 de febrero, por el que se establecen condiciones mínimas sobre la protección de la salud y la asistencia médica de los trabajadores del mar.
- Contenido de los botiquines. http://www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=70 [13/01/2009].
- Guía sanitaria a bordo. http://www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=70 [26/03/2009].
- A. Sáez, S. Navarro, MC. Cirac Canals. Ideas para una nueva edición de la Guía Sanitaria a bordo española. Revista de Medicina Marítima Vol. 2, Núm. 2, Junio 2001.
- Fernández Jiménez, Francisco A. Ponencia: "Programa Nacional de Sanidad Marítima". Foro "La Medicina y Enfermería del Trabajo en los Trabajadores del Mar". Congreso Español de Medicina y Enfermería del Trabajo, 2009.
- Revisión periódica de los botiquines. http://www.seg-social.es/Internet_1/Lanzadera/index.htm?URL=70 [16/02/2009].
- Traspaso de las funciones y servicios de la Seguridad Social en materia de asistencia sanitaria encomendada al Instituto Social de la Marina. http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/Trabajadoresdelmar/SanidadMaritima/AsistenciaSanitaria/index.htm [16/05/2010].
- Centro Radio Médico Español. http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/Trabajadoresdelmar/SanidadMaritima/MedicinaAsistSM/CentrRadMedico/index.htm [23/04/2009].
- Martínez Ramos, C. Telemedicina en España. Reduca (Recursos Educativos). Serie Medicina, Vol. 1, Núm. 1, 2009.
- Ferrer-Roca, O. Asistencia sanitaria urgente en alta mar: Papel de la telemedicina. Revista Jano Núm. 1708, Septiembre-Octubre 2008.
- Gómez Muñiz. Telemedicina a bordo. Revista de Medicina Marítima Vol. 9, Núm. 2, Diciembre 2009.
- Centros Asistenciales en el Extranjero. http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/Trabajadoresdelmar/SanidadMaritima/MedicinaAsistSM/CentrAsistExtr/index.htm [23/08/2009].

UTILIZACIÓN DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA Y MODELOS DE EVALUACIÓN EN CENTROS GERIÁTRICOS DE ANDALUCÍA

UTILIZATION OF INFIRMARY DIAGNOSTICS AND MODELS OF EVALUATION IN GERIATRIC CENTERS OF ANDALUSIA

■ **José Antonio Pérez Sánchez**¹

■ **M^a Rocío González Ojeda**²

¹ Hospital de Traumatología Virgen del Rocío (Sevilla)

DE de la Residencia de Ancianos Madre de Dios (Almonte-Huelva)

² DE del Hospital Alta Resolución Sierra de Sevilla (Constantina)

Resumen

La residencia geriátrica es el dispositivo de acogida por excelencia para los ancianos que presentan enfermedades crónicas, problemas sociales, psicológicos, familiares, etc. En estos centros es donde el papel de la Enfermería cobra una gran importancia, puesto que los ancianos requieren una atención especializada.

Para que esta atención se desarrolle adecuadamente y con calidad, se requiere de unos registros y un modelo de valoración protocolizados y universalmente conocidos, basados en la NANDA.

Por ello el presente artículo pretende hacer ver la importancia del uso de diagnósticos enfermeros, taxonomía NANDA, modelos de valoración del anciano, y lo más importante si realmente se utilizan en centros geriátricos de Andalucía.

ABSTRACT:

The geriatric residence is the device of excellent reception for the elders who present chronic diseases, social, psychological, family problems, etc. In these centers it is where the role of the Nursing receives a great importance, since the elders need a specializing attention. In order that this attention develops adequately and with quality, it is needed of a few records and a model of valuation taken minutes and universally known, based on the NANDA.

For it the present article tries to make see the importance of the use of diagnostic nurses, NANDA classification, models of valuation of the elder, and the most important thing if really they are in use in geriatric centers of Andalusia.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Anciano,
- ✓ Residencia Geriátrica,
- ✓ Diagnóstico Enfermero,
- ✓ Modelo de Valoración.

KEY WORDS:

- ✓ Elder,
- ✓ Geriatric Residence,
- ✓ Diagnostic Nurse,
- ✓ Model of Valuation.

INTRODUCCIÓN

España envejece y hoy día nos encontramos con una de las poblaciones más viejas de Europa y del mundo, reflejándose en el aumento del número de ancianos, así como en la longevidad de los mismos, que conlleva el aumento de patologías y discapacidades.

A medida que el tiempo pase, el campo de la tercera edad será uno de los yacimientos de empleo para la Enfermería.

Las agudizaciones de las enfermedades crónicas junto a

problemas sociales, psicológicos, familiares, etc., son la razón del ingreso de los ancianos en los centros geriátricos. Hoy día existen muchos dispositivos de acogida para el anciano, pero el más conocido es la residencia geriátrica. Existen muchas residencias de ancianos en Andalucía. El plan gerontológico nacional da una especial importancia a la calidad de atención. Es aquí donde la Enfermería juega un papel importante.

Debido a los cambios que produce el envejecimiento, el anciano requiere de una atención especializada por parte de

enfermería y por consiguiente el empleo de diagnósticos de enfermería en geriatría, igual que se realiza en centros de otros niveles asistenciales (hospitales, clínicas etc).

Los Diagnósticos de Enfermería constituyen un área nueva, un lenguaje de comunicación universal propio de la Enfermería, que debe emplearse en todos los niveles asistenciales y en todos los centros, con el fin de garantizar una adecuada comunicación entre profesionales de Enfermería. Desde hace no mucho tiempo es un hecho el inicio de la utilización de los diagnósticos de enfermería, (como lenguaje enfermero universal), en hospitales, clínicas sanitarias, etc, pero por otra parte no hay estudios de enfermería en gerontología, a nivel de Andalucía que evidencien el empleo de los diagnósticos de enfermería en centros geriátricos. Y es que uno de los problemas esenciales que se encuentra la enfermería es que cuando llegan ancianos procedentes de centros geriátricos no sabemos cuáles son las necesidades o patrones alterados que presentan aquellos a la llegada al hospital puesto que no se reflejan diagnósticos de enfermería al no traer normalmente ningún registro.

Por lo tanto el objetivo general del presente estudio es conocer si en los Centros Geriátricos de Andalucía, se emplean por protocolo los diagnósticos de enfermería como herramienta de detección de problemas o necesidades del anciano y como herramienta de comunicación para la Enfermería entre distintos niveles asistenciales.

En el caso en que se utilizasen los diagnósticos enfermeros, como objetivos específicos se plantean conocer que modelo o teoría siguen dichas residencias para la valoración del anciano, y saber si el uso del Diagnóstico Enfermero se hace sólo a nivel interno, como herramienta para traslados a centros especializados o a nivel general.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó de forma analítica, longitudinal y retrospectiva.

Dicho estudio se realizó desde Enero a Diciembre de 2007. La población de estudio fueron todas aquellas residencias geriátricas de Andalucía.

Para la base de datos se realizó una encuesta elaborada con preguntas cerradas y abiertas, y que contestaron de forma voluntaria y con respuestas que no dieron lugar a dudas. La referencia de datos de las residencias se tomó a través del buscador "google" de Internet, y las preguntas que se hicieron en la encuesta fueron:

¿Se utiliza en la Residencia los Diagnósticos de Enfermería?

Si se utiliza, ¿se emplea a nivel interno, externo o traslados, o para ambos?

¿Qué Teoría o Modelo de Enfermería se emplea para la valoración de los ancianos?

Una vez realizada la encuesta durante ese periodo de tiempo se obtuvo una población de estudio de 81 residencias geriátricas en toda Andalucía.

RESULTADOS

Una vez realizada la encuesta sobre la totalidad de la base de datos de residencias en Andalucía se obtuvieron los siguientes resultados:

- Solo el 30,86% de los Centros Geriátricos de Andalucía utilizaban los Diagnósticos de Enfermería según la Taxonomía NANDA (fig. 1).

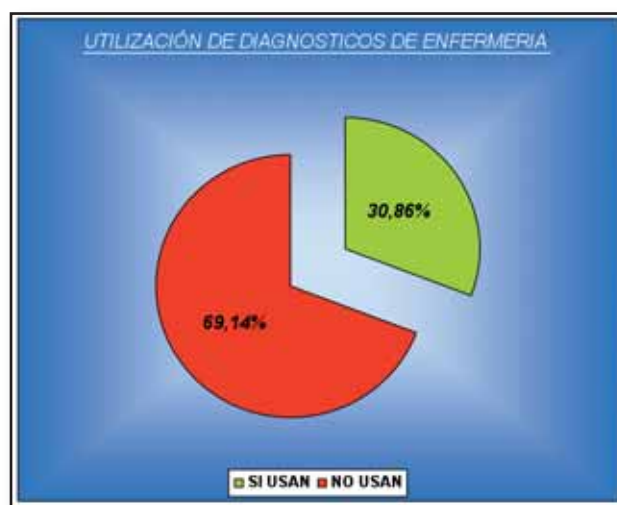


Fig 1.- Utilización de Diagnósticos de Enfermería

- En las Residencias Geriátricas donde se empleaban los Diagnósticos Enfermeros, cabe destacar respecto a su utilización que el 64% de los registros se hacía sólo a nivel interno, el 16% para traslados a centros hospitalarios u otros centros, y que tan solo el 20% se hacía, como protocolo, para ambos (a nivel interno y externo) (fig. 2).

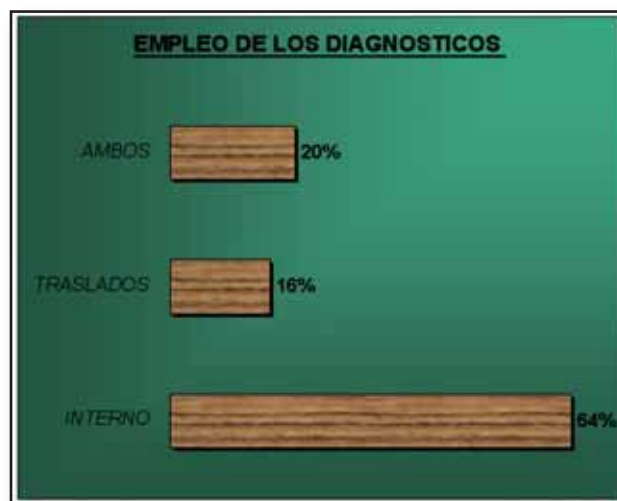


Fig 2.- Empleo de los Diagnósticos

- Según el Modelo de Valoración empleado por protocolo para evaluar al anciano, destaca que el 11,11% de los Centros Geriátricos no hacen una valoración integral al anciano.
- El Modelo de Valoración empleado por excelencia es el de Virginia Herdenson (según necesidades básicas, con un 48,15%).
- En el 35,80% de las residencias la valoración la hace el médico de atención primaria.
- En el 2,47% de los centros se emplea el modelo de Patrones Funcionales de M. Gordon.
- En el 2,47% restante la valoración se hace por modelo propios creados en los centros, por el médico privado de la residencia, etc. (fig. 3).

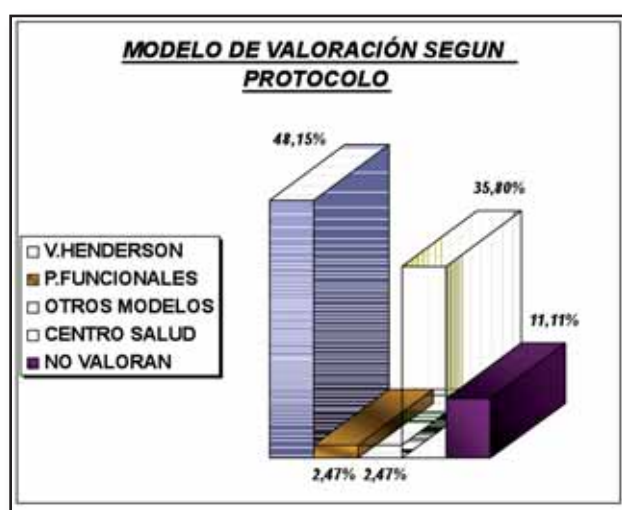


Fig 3.- Modelo de Valoración según protocolo

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos, se puede llegar a una conclusión general, y es que a pesar de que Enfermería dispone de un lenguaje universal, en los centros geriátricos no se emplean los diagnósticos como protocolo, tan solo en aproximadamente un 30% de los centros.

Además podemos concluir que cuando se utilizan diagnósticos enfermeros por protocolo los registros mayoritariamente se emplean a nivel interno (64%), por lo que en el caso de que el anciano tuviese que acudir a otros centros por necesidades médicas, sólo en un 36% se dispondría de un registro donde se reflejaran las necesidades o patrones alterados del anciano.

Se puede resumir también que el modelo de valoración empleado por excelencia es el Modelo de Virginia Herdenson, donde el paciente se valora según necesidades

básicas. Asimismo se puede observar que a pesar del papel tan importante de la enfermería en estos centros geriátricos, aún existen muchos de éstos (35,80%) donde la valoración la realiza el médico de la residencia o el propio centro de salud.

Además también se aprecia que existen muchas residencias donde ni siquiera se valora al anciano desde un punto de vista enfermero, sino que sólo se hace una valoración médica y se atiende a demanda del anciano.

El otro modelo enfermero empleado, aunque mínimamente, es según los Patrones Funcionales de M. Gordon.

Podríamos llegar a una consideración general, y es que si en todas las residencias geriátricas, ya no sólo de Andalucía, sino de España y del mundo, se emplearan los Diagnósticos Enfermeros por protocolo, existiría una adecuada comunicación entre profesionales de enfermería de distintos niveles asistenciales, mejorando la calidad de la asistencia y la calidad de vida del anciano, puesto que se detectarían precozmente los problemas esenciales que la enfermería podría abordar. Pero para ello se debería llegar a un consenso, de cuál sería el modelo de valoración ideal para su empleo.

Por lo tanto se debería hacer un esfuerzo de toda la enfermería de todos los niveles asistenciales y especialmente aquellos compañeros enfermeros que trabajasen en centros geriátricos.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece con especial relevancia a todo el personal de enfermería que respondieron de forma desinteresada al cuestionario planteado.

BIBLIOGRAFÍA

1. *La Valoración de las Personas Mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir*. Cáritas Española, Editores. Edición 2001.
2. *Geriátria y Gerontología. Atención Integral al Anciano*. Formación Continuada Logoss, S.L. 8ª Edición: agosto 2005.
3. HOSTEL, M. *Enfermería Geriátrica. Cuidados de personas ancianas*. Madrid: Paraninfo, 1998.
4. Rodrigo L. *Diagnósticos enfermeros*. Barcelona: Masson, 2000.
5. Rodrigo Luis MT. *Diagnósticos Enfermeros de la NANDA: definiciones y clasificación*. Madrid: Editorial Elsevier, 2004 (Edición especial para el Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud).

ENFERMERÍA EN EL PROCESO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN SERVICIO DE RADIOLOGÍA

- Beatriz Rueda Camino
- Francisco Rubio Corona
- Maite Espejo Villalva

Enfermeras del Servicio de Radiología del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla)

Resumen

En el servicio de Radiodiagnóstico, la obtención del consentimiento informado escrito es un requisito ineludible en la mayor parte de las pruebas que realizamos por lo que para nosotros es fundamental que el paciente llegue a nuestro servicio bien informado. Aunque la información relativa a diagnóstico, pronóstico y tratamiento es responsabilidad del médico, la enfermera debe implicarse también en este proceso, siempre dentro de sus competencias. Nuestro objetivo fundamental ha sido establecer una consulta de enfermería no presencial que nos permitiera conocer el nivel previo de información de nuestros pacientes sobre la preparación necesaria para la prueba y saber si disponían del documento de consentimiento informado, así como los servicios de procedencia, lo que nos permitirá establecer áreas de mejor. Establecer esta consulta nos ha ayudado a elevar el nivel de información de nuestros pacientes informándoles previamente de lo que tienen que hacer antes de la prueba, solucionarles las dudas que plantean en el momento de la llamada y evitar recitaciones.

ABSTRACT::

At Radiodigagnosis Service, to obtain a written Informed Consent is an absolute requirement in most of the tests and diagnosis procedures that we perform, so, for us, it's very important that patients arrive to our service updated. Although physicians are responsible of the process of giving information about diagnosis, prognosis and treatment, nursery staff must be involved in this process, always in its range of competence. Our basic purpose has been establishing a non presencial nursery consultation in order to know the previous information level of patients about preparation for test, determine if they had the Informed Consent document, and the provenance service, thus we could define areas where an improvement was necessary. Establishing this consultation has helped us to rise the information level of our patients, letting the know what they must do before test, solving asked questions during the call and avoid reciting.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ consentimiento informado,
- ✓ autonomía,
- ✓ información

KEY WORDS:

- ✓ informed consent,
- ✓ autonomy,
- ✓ information.

INTRODUCCIÓN

La relación clínica clásica siempre se ha basado en el paternalismo beneficiante del médico en el que el paciente era un individuo sin capacidad para decidir sobre su propio cuerpo y al que no hacía falta informar: el médico decidía lo que era mejor para el enfermo. El principio moral que subyace en este tipo de relación es la beneficencia paternalista., pues trata de procurar bienintencionadamente el bien

del enfermo, tal como el médico entiende dicho bien como profesional cualificado que es. Este principio es el que gobernaba la ética de los médicos hipocráticos y el que por herencia directa de éstos ha configurado a lo largo de los siglos la concepción de la excelencia moral de los médicos (1).

En cuanto a la enfermera, la relación que se establecía era de sumisión al médico, la enfermera se limitaba a seguir las órdenes médicas. Casi parecía que la enfermera,

al obedecer las órdenes del médico estaba exenta de responsabilidad propia (2). Tanto un tipo de relación como el otro, han ido cambiando enormemente en los últimos tiempos: por un lado, el paciente ya no es el individuo sumiso e ignorante que acude a la consulta del médico para escuchar unas prescripciones, sino que es una persona que quiere saber qué le ocurre con el fin de participar en la toma de decisiones y por otro lado, la enfermería ya no actúa como un simple cumplidor de órdenes médicas sino que tiene funciones propias e independientes de las del médico. Por tanto, en lo que al paciente se refiere, estamos asistiendo a un cambio muy importante, desde el paternalismo tradicional o beneficencia médica al reconocimiento de su autonomía.

El primer precedente importante sobre la autonomía y el consentimiento informado lo encontramos en EE UU en la sentencia del juez B. Cardozo en la que se defiende el derecho a la autodeterminación de los pacientes y que pronunciaría una frase que lo haría famoso: *“Todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene derecho a determinar lo que debe hacerse con su propio cuerpo y un cirujano que realiza una intervención sin el consentimiento de su paciente comete una agresión por la que se le puede reclamar daños”* (3).

En Europa, hasta después de la II guerra mundial, cuando se promulgó el código de Núremberg (4), la medicina se había basado en el paternalismo tradicional. Este código nació después de los juicios del mismo nombre, que juzgaban los crímenes cometidos contra la humanidad durante el nazismo. Tanto en este documento como en otros, como la Declaración de Helsinki (5), se encuentra la pretensión de acabar con los experimentos en humanos realizados hasta el momento en la Europa Nazi por “el bien de la humanidad”.

Posteriormente, en el año 1979 se publica el informe Belmont (6) que establece códigos éticos relacionados con la investigación como desarrollo en beneficio de la comunidad frente al desarrollo de la práctica clínica. Desarrolla la idea de respeto hacia las personas basándose en los conceptos de autonomía y vulnerabilidad, el beneficio que les puede ofrecer y por último, el concepto de justicia distributiva en relación de quién y cómo debe recibir los recursos.

En España la teoría del consentimiento informado tiene un sustrato jurídico y deontológico sólido. Nuestro ordenamiento jurídico entiende que la obligación de informar forma parte de la *lex artix*. La norma jurídica de mayor rango que existe en estos momentos es el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina, denominado abreviadamente Convenio de Oviedo (7).

A la luz de este convenio se han ido promulgando diferentes normativas a nivel autonómico hasta que en el año 2002 se promulga la Ley Básica Reguladora de la

Autonomía del Paciente y de los Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación clínica (8). En esta ley se especifica claramente en los artículos 8 al 11 que el paciente debe dar su consentimiento antes de cualquier intervención ya sea diagnóstica, terapéutica o quirúrgica. Este consentimiento debe ser fundamentalmente verbal y debe quedar registrado en la historia clínica. En algunos casos se necesitará el consentimiento también por escrito como es el caso de las intervenciones quirúrgicas o pruebas invasivas. Sin embargo, ningún documento leído y firmado puede sustituir al diálogo en la relación clínica, por lo que seguimos haciendo hincapié en que el paciente tiene derecho a ser informado verbalmente de las diferentes opciones terapéuticas o diagnósticas y de los riesgos y ventajas de cada una de ellas. Esta obligación corresponde al médico responsable del paciente, sobre todo lo relativo a diagnóstico, pronóstico y tratamiento, pero el resto del equipo profesional que trata al paciente también debe colaborar en el proceso de información, cada uno según sus competencias profesionales.

Respecto a esto, la enfermería juega un papel muy importante en todo el proceso de consentimiento por varias razones tanto de tipo técnico como ético-legal (2):

- La enfermera/o participa en todas las fases de preparación para procedimientos médico-quirúrgicos y diagnósticos, llegando incluso a utilizar técnicas invasivas para administración de medicación, etc.

- Nosotros, como enfermeras de Radiología, participamos en todas las técnicas invasivas diagnósticas.

- Asumimos un papel importante en el control del paciente después de las pruebas o intervenciones del tipo que sean, en su bienestar y confort.

- Desde el punto de vista ético-legal es conveniente que existan dos criterios diferentes, el del médico y el de enfermería, para valorar conjuntamente el grado de comprensión de la información por parte del paciente.

- Como hemos mencionado anteriormente, la obligación de informar corresponde al médico responsable, pero tanto en la Ley General de Sanidad (9) como más recientemente en la Ley sobre Autonomía del paciente se dice que el resto del equipo también debe colaborar en la información cada uno según sus competencias.

- Es el personal que más tiempo pasa con el paciente y sus familiares, llegando a conocer a estos en profundidad. El personal de enfermería debe colaborar en aclarar dudas del paciente o procurarle la forma de aclararlas cuando se trate de información médica que no pueda dar. Además el hecho de conocer al paciente puede ser de gran valor para proporcionarle al médico información sobre el paciente y sus familiares y la forma más adecuada de abordarlo y darle la información (10), (11).

En nuestro caso, como enfermeras de radiología, tratamos al paciente durante un corto espacio de tiempo por lo que no conocemos a nuestro paciente tanto como la enfermería de hospitalización, atención primaria, etc. Por eso,

para nosotros es de vital importancia que el paciente llegue a nuestro servicio lo mejor informado posible sobre el tipo de prueba que se le va a realizar, la preparación que necesita para la misma y que tenga el documento de consentimiento informado (CI) firmado, ya que en nuestro caso también es necesario el documento escrito. Desde nuestro punto de vista, el paciente se encuentra en una situación de desventaja, ya que acude a un sitio altamente tecnificado a hacerse una prueba que generalmente desconoce y que suele producir altos niveles de ansiedad. Un paciente mal informado no es libre para tomar decisiones.

Con respecto a esto, uno de los problemas más frecuentes que nos encontramos es que los pacientes acuden a realizarse la prueba sin la preparación necesaria, sin saber qué medicamentos puede tomar o no y en muchos casos sin CI. Por este motivo, decidimos establecer una consulta de enfermería no presencial (telefónica) en la que se le explica al paciente todos los requisitos necesarios para poder hacerle la prueba y se le aclaran las dudas que el paciente plantea. Todos los datos obtenidos a través de esta consulta se han registrado en una base de datos que posteriormente hemos analizado.

OBJETIVOS

El objetivo general del estudio es conocer el nivel de información que tienen nuestros pacientes sobre la prueba que se le va a realizar.

Como objetivos específicos nos planteamos los siguientes:

- Proporcionar información general sobre la prueba a través de la llamada telefónica.
- Proporcionar información sobre la preparación necesaria para la prueba.
- Solucionar dudas concretas planteadas por el paciente.

METODOLOGÍA

Hemos realizado un estudio descriptivo con los datos recogidos de una muestra de 306 pacientes, llevada a cabo desde junio hasta noviembre de 2010.

Los criterios de inclusión de los pacientes en el estudio son los siguientes:

- Pacientes mayores de edad citados para hacerse una tomografía computarizada (TC) de cuello, tórax o abdomen. Nos hemos limitado a estas pruebas porque son las que necesitan una preparación específica.
- Pacientes localizables en el momento de la llamada.
- Aquéllos casos en los que se habla con un familiar del paciente y este conoce los datos sobre los que se les pregunta.
- Criterios de exclusión:

- Pacientes hospitalizados o procedentes de urgencias.
- Pacientes no localizados en el momento de la llamada.
- Aquéllos casos en los que se habla con un familiar que desconoce los datos sobre los que se les pregunta.

El estudio se realizó de la siguiente manera: una de las enfermeras de radiología realizaba una llamada telefónica dos o tres días antes de la prueba a los pacientes que hemos mencionado anteriormente.

Los datos sobre los que se les preguntaba son los siguientes:

- Si conocía la preparación necesaria para la prueba.
- Si dispone del documento de consentimiento informado.

Previamente, la enfermera revisaba en la historia clínica los factores de riesgo del paciente, ya que dependiendo de éstos la preparación puede ser más o menos compleja, así como la función renal (creatinina y volumen de filtrado glomerular), ya que en el caso de estar alterada esta función también se necesita una preparación especial.

Durante la llamada, además de registrar estos datos, se le explicaba al paciente todas las dudas planteadas, ya que éste es uno de los objetivos de la llamada.

Los casos en los que no localizábamos al paciente o hablábamos con un familiar que desconocía los datos necesarios los hemos excluido, aunque en el caso de hablar con un familiar se le recuerda todo lo necesario para la realización de la prueba.

Los servicios solicitantes incluidos en el estudio son: cirugía (CGD); neumología (NEU), medicina interna (MIR), otorrinolaringología (ORL), cardiología (CAR), ginecología (GIN), urología (URO), hematología (HEM) y atención primaria (EXT).

Los datos han sido analizados con el programa SPSS V.18.

RESULTADOS

Una vez analizados los datos hemos obtenido los siguientes resultados: (Anexos)

1. De los 306 pacientes, 238 son los datos válidos para el análisis sobre los pacientes que disponen de C.I. De estos, el 29% habrían acudido a la prueba sin CI de no haber recibido nuestra llamada.
2. En cuanto a la preparación, de los 306 pacientes 241 son los datos válidos para el análisis y de éstos el 38% de los pacientes habrían acudido a la prueba sin la preparación adecuada, siendo el motivo más frecuente la falta de ayuno las horas previas a la prueba, siendo además uno de los motivos más frecuentes de recitación.
3. En el caso de la preparación en pacientes con antecedentes alérgicos o asma (43 en total), 18 no disponían de la preparación antialérgica (7,5%).

4. Analizando los datos por servicios solicitantes, obtenemos que el 30,9% de los pacientes sin consentimiento proceden de neumología, el 22,1% de cirugía, y el 20,6% de medicina interna, siendo estos los servicios con porcentajes más elevados.
5. Si relacionamos estos datos con el volumen de pruebas que solicitan los diferentes servicios obtenemos que los servicios que menos proporcionan el CI a sus pacientes son cirugía y otorrinolaringología con un 46,9% y 72,6% respectivamente.
6. En el 29% que no tenían CI hemos revisado la historia clínica encontrando que en el 96% de los casos tampoco estaba registrado en la misma.

DISCUSIÓN

En nuestro hospital está establecido que el paciente, una vez sale de la consulta con la cita para la prueba, acuda a nuestro servicio para que le proporcionemos la preparación que proceda (por ejemplo, la preparación oral la entregamos nosotros). Una vez allí, además de la preparación se le proporciona el documento escrito de CI ya que es habitual que no lo tengan, y aunque este dato no lo hemos cuantificado, sabemos con seguridad que el porcentaje de pacientes sin CI al salir de la consulta es menor del 71% que hemos obtenido en el análisis. Para realizar la recogida de datos solo preguntábamos si disponían del documento o no; no se le preguntaba si se lo había dado el médico prescriptor o si se lo había dado en el mismo servicio de Radiología.

Está claro que el consentimiento, por regla general, no se registra en la historia clínica, lo cual, según hemos visto anteriormente debería hacerse incluso antes de dar el documento escrito. En todos los casos encontramos frases del tipo “solicitamos TC de ...” pero el hecho de que el médico considere que esa prueba es necesaria no implica que el paciente quiera hacérsela, por lo que debe quedar registrado que el paciente da su consentimiento. En los casos en los que los pacientes plantean dudas sobre si hacerse la prueba o no, nosotros podemos aclarar dudas en cuanto al desarrollo de la prueba o sobre los riesgos y ventajas, pero en ningún caso vamos a poder decidir hacerle otra prueba al paciente. En estos casos no queda más opción que remitir al paciente de nuevo a su médico especialista, con la consiguiente pérdida de tiempo que conlleva.

En cuanto a la preparación necesaria para la prueba el porcentaje de pacientes sin preparar es cercano al 40%. Esto supondría la recitación en la mayor parte de los casos, excepto en casos muy excepcionales en los que se puede pasar por alto el hecho de que el paciente no haya acudido en ayunas o con preparación antialérgica, etc. Además del problema ya mencionado de la recitación, en muchos casos supone reclamaciones por parte del paciente, que se

queja de que nadie le haya avisado de como tenía que acudir para la prueba y situaciones de ansiedad, ya que este tipo de pruebas son muy frecuentes para realizar estudios de extensión en procesos tumorales o para el diagnóstico de patologías que para su tratamiento necesitan primero esta prueba de imagen.

Por tanto, creemos que la consulta telefónica es muy útil para informar al paciente de todos los puntos anteriormente citados y para que en caso de que no quiera hacerse la prueba podamos remitirlo a su médico especialista lo antes posible.

Por otro lado, al valorar los factores de riesgo detectamos con antelación pacientes que tienen alterada la función renal a los que con una adecuada hidratación antes de la prueba podríamos administrarles contraste yodado en caso de necesitarlo (en TC de tórax y abdomen es muy frecuente tener que administrarlo), también se detectan los pacientes en los que estaría totalmente contraindicado administrar contraste como por ejemplo el hipertiroidismo sin tratamiento; los pacientes con insuficiencia cardíaca también son valorados con antelación para evitar reagudizaciones de su patología de base por sobrecarga de líquidos, etc.

Creemos que con esta consulta aumentamos el nivel de calidad de nuestro servicio, cuyo objetivo desde el punto de vista de la enfermería, es el confort y cuidado del paciente y el adecuado desarrollo de la prueba, para evitarle al mismo molestias innecesarias.

CONCLUSIÓN

Todavía queda un largo camino por recorrer para que el consentimiento informado sea entendido como un reconocimiento a la dignidad del paciente a través de su autonomía. En muchos casos, se sigue viendo como un simple requisito legal para que, en el caso de que las cosas no vayan como inicialmente se había previsto, el médico goce de protección legal, aunque ya hemos visto en la introducción que no es suficiente con que el paciente firme el papel, sino que debe estar adecuadamente informado.

Creemos que el personal de enfermería se debe implicar mucho más en el proceso de información, el equipo debe funcionar multidisciplinariamente, cada uno dentro de sus competencias, cuyo objetivo sea el bienestar y confort del paciente y familiares o allegados.

La consulta de enfermería no presencial nos ha servido para conocer en qué punto estamos, para mejorar la calidad y el nivel de información de nuestros pacientes y para evitar recitaciones, ya que les explicamos todo lo que deben hacer antes de la prueba para obtener el mejor resultado posible y evitar que tengan que volver otro día por falta de información.

ANEXOS

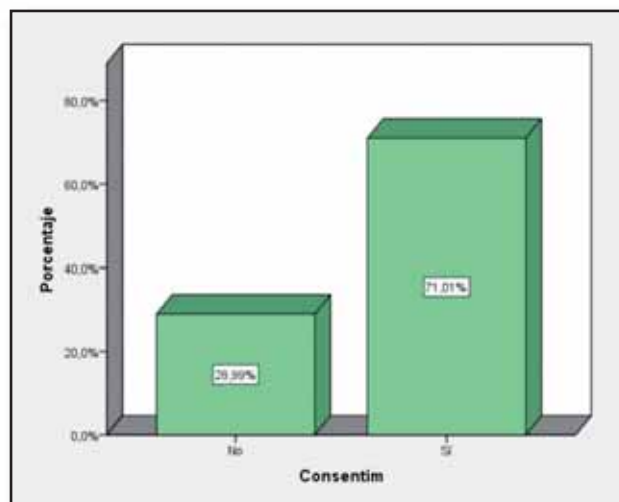
SERVICIOS DE PROCEDENCIA DE PACIENTES SIN CONSENTIMIENTO RELACIONADO CON EL VOLUMEN DE PRUEBAS

			Consentimiento		
			No	Sí	Total
Servicio	CAR	Recuento % dentro de Servicio Residuos corregidos	0 ,0% -1,1	3 100% 11,1	3 100%
	CGD	Recuento % dentro de Servicio Residuos corregidos	15 46,9% 2,4	17 53,1% -2,4	32 100,0%
	DIG	Recuento % dentro de Servicio Residuos corregidos	3 16,7% -1,2	15 83,3% 1,2	18 100,0%
	EXT	Recuento % dentro de Servicio Residuos corregidos	1 100,0% 1,6	0 ,0% -1,6	1 100,0%
	GIN	Recuento % dentro de Servicio Residuos corregidos	1 10,0% -1,3	9 90,0% 1,3	10 100,0%
	HEM	Recuento % dentro de Servicio Residuos corregidos	1 33,3%, 2	2 66,7% -,2	3 100,0%
	MIR	Recuento % dentro de Servicio Residuos corregidos	14 20,3% -1,8	55 79,7% 1,8	69 100,0%
	NEU	Recuento % dentro de Servicio Residuos corregidos	21 33,9% 1,0	41 66,1% -1,0	62 100,0%
	ORL	Recuento % dentro de Servicio Residuos corregidos	8 72,7% 3,3	3 27,3% -3,3	11 100,0%
	TRA	Recuento % dentro de Servicio Residuos corregidos	0 ,0% -,6	1 100,0% ,6	1 100,0%
	URO	Recuento % dentro de Servicio Residuos corregidos	4 14,8% -1,7	23 85,2% 1,7	27 100,0%
Total		Recuento	68	169	237

CONSENTIMIENTO

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	69	22,5	29,0	29,0
Sí	169	55,2	71,0	100,0
Total	238	77,8	100,0	
Perdidos Sistema	68	22,2		
Total	306	100,0		

Porcentaje de pacientes con y sin consentimiento

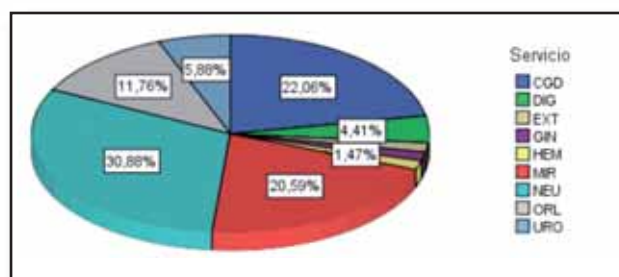


Gráfica de pacientes con y sin consentimiento

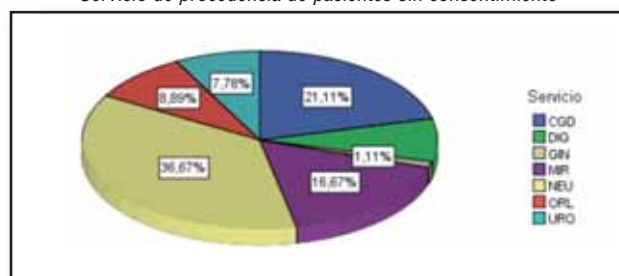
PREPARACIÓN

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos No	150	49,0	62,2	62,2
Sí	91	29,7	37,8	100,0
Total	241	78,8	100,0	
Perdidos Sistema	65	21,2		
Total	306	100,0		

Pacientes con y sin consentimiento



Servicio de procedencia de pacientes sin consentimiento



Servicio de procedencia de pacientes sin preparación

BIBLIOGRAFÍA

1. La relación médico-enfermo a través de la historia. J. Lázaro, Diego Gracia. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2006. Vol. 29, suplemento 3.
2. La enfermería y el consentimiento informado. Cuadernos de bioética. Vol. 9, nº 33. 1998.
3. El consentimiento informado. Teoría y práctica. Pablo Simón. Editorial Triacastela.
4. <http://www.pcb.ub.es/bioeticaidret/archivos/norm/CodigoNuremberg.pdf>
5. http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/17c_es.pdf
6. <http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html>
7. <http://www.unav.es/cdb/coeconvencion.html>
8. http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/transparencia/ley_autonomia_paciente.pdf
9. http://www.observatoriobioetica.com/legislacion/ley_general_sanidad.pdf
10. Guía sobre el consentimiento informado del comité de bioética de Cataluña. 2002.
11. El consentimiento informado y el profesional de enfermería: estudio cualitativo en el hospital de Chile. Revista Eleuthera. Vol. 3, enero-diciembre 2009, págs. 221-237.

ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON COMPORTAMIENTO SUICIDA

ACTION BEFORE PATIENTS WITH SUICIDAL BEHAVIOR

- Manuel Jesús Caballero Guerrero¹
- Olga López Sánchez²
- Inmaculada Jiménez León³
- Francisco Jesús Sánchez Lima⁴

¹ DE Hospital Nuestra Señora de la Merced - Unidad de Agudos de Psiquiatría

² DE Hospital Infanta Margarita

³ DE Hospital Santa Isabel. Subdelegación en Écija

⁴ DE Hospital Nuestra Señora de la Merced. Unidad de Agudos de Psiquiatría.
Licenciado en Psicología

Resumen

El suicidio y la conducta suicida suponen un importante problema de salud pública en todo el mundo, de ahí la importancia de saber identificar conductas que nos puedan inducir a que una persona este planificando llevarlo a cabo, y conocer algunos de los factores desencadenantes del intento suicida.

En este artículo cuya metodología utilizada es la revisión bibliográfica intentamos dar a conocer cuales son esos factores que aumentan el riesgo suicida y la actuación a llevar a cabo para prevenir el intento. Así como desmitificar varias creencias erróneas sobre el suicidio.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Suicidio /
Suicide
- ✓ Conducta suicida /
Suicidal conduct
- ✓ Riesgo de suicidio /
Risk of suicide
- ✓ Parasuicidio /
Parasuicide

1. DEFINICIÓN

¿Qué entendemos por suicidio y parasuicidio? La palabra suicidio proviene del latín sui caedere, matarse a uno mismo. Es la acción de quitarse la vida de forma voluntaria y premeditada ⁽¹⁾.

Por el contrario el parasuicidio o lesión deliberada sería el conjunto de conductas donde el sujeto de forma voluntaria e intencional se produce daño físico, cuya consecuencia es el dolor, desfiguración o daño de alguna función y/o parte de su cuerpo, sin la intención aparente de matarse. Incluimos en esta definición las autolaceraciones (como

cortes en las muñecas), los autoenvenenamientos (o sobredosis medicamentosas) y las autoquemaduras. ⁽²⁾

2. CARACTERÍSTICAS DEL COMPORTAMIENTO SUICIDA

El comportamiento suicida abarca las siguientes manifestaciones ⁽³⁾:

- **El deseo de morir.** Representa la inconformidad e insatisfacción del sujeto con su modo de vivir en el momento presente y que puede manifestar en frases como: "la

vida no merece la pena vivirla”, “lo que quisiera es morirme”, “para vivir de esta manera lo mejor es estar muerto” y otras expresiones similares.

- **La representación suicida.** Constituida por imágenes mentales del suicidio del propio individuo.
- **Las ideas suicidas.** Consisten en pensamientos de terminar con la propia existencia y que pueden adoptar las siguientes formas de presentación:
 - *Idea suicida sin un método específico*, pues el sujeto tiene deseos de matarse pero al preguntarle cómo lo va a llevar a efecto, responde: “no sé cómo, pero lo voy a hacer”.
 - *Idea suicida con un método inespecífico o indeterminado* en la que el individuo expone sus deseos de matarse y al preguntarle cómo ha de hacerlo, usualmente responde: “De cualquier forma, ahorcándome, quemándome, pegándome un balazo.”
 - *Idea suicida con un método específico no planificado*, en la cual el sujeto desea suicidarse y ha elegido un método determinado para llevarlo a cabo, pero aún no ha ideado cuándo lo va a ejecutar, en qué preciso lugar, ni tampoco ha tenido en consideración las debidas precauciones que ha de tomar para no ser descubierto y cumplir con sus propósitos de auto-destruirse.
 - *El plan suicida o idea suicida planificada*, en la que el individuo desea suicidarse, ha elegido un método habitualmente mortal, un lugar donde lo realizará, el momento oportuno para no ser descubierto, los motivos que sustentan dicha decisión que ha de realizar con el propósito de morir.
- **La amenaza suicida.** Consiste en la insinuación o afirmación verbal de las intenciones suicidas, expresada por lo general ante personas estrechamente vinculadas al sujeto y que harán lo posible por impedirlo. Debe considerarse como una petición de ayuda.
- **El gesto suicida.** Es el ademán de realizar un acto suicida. Mientras la amenaza es verbal, el gesto suicida incluye el acto, que por lo general no conlleva lesiones de relevancia para el sujeto, pero que hay que considerar muy seriamente.
- **El intento suicida**, también denominado parasuicidio, tentativa de suicidio, intento de autoeliminación o autolesión intencionada. Es aquel acto sin resultado de muerte en el cual un individuo deliberadamente, se hace daño a sí mismo.
- **El suicidio frustrado.** Es aquel acto suicida que, de no mediar situaciones fortuitas, no esperadas, casuales, hubiera terminado en la muerte.
- **El suicidio accidental.** El realizado con un método del cual se desconocía su verdadero efecto o con un método conocido, pero que no se pensó que el desenlace fuera la muerte, no deseada por el sujeto al llevar a cabo el acto.
- **Suicidio intencional.** Es cualquier lesión autoinfligida

deliberadamente realizada por el sujeto con el propósito de morir y cuyo resultado es la muerte.

De todos los componentes del comportamiento suicida, los más frecuentes son las ideas suicidas, los intentos de suicidio y el suicidio consumado, sea accidental o intencional.

3. FACTORES DE RIESGO

SOCIODEMOGRÁFICOS

- **Sexo y Edad.**- En la mayoría de los países, mas varones que mujeres consuman el suicidio, mientras que existe una mayor incidencia de tentativas en mujeres ⁽⁴⁾. En el varón la frecuencia aumenta con la edad, con una incidencia máxima a los 75 años. Consuman el suicidio 2-3 veces más que las mujeres. En las mujeres la edad de mayor incidencia está entre los 55 y 65 años. Intentan suicidarse 2-3 veces más que los hombres.
- **Estado Civil.**- Estudios epidemiológicos respaldan de forma consistente el concepto de que el estado civil influye decisivamente en la conducta suicida, tanto en hombres como en mujeres, en todos los grupos de edad. Así el suicidio es mas frecuente entre los divorciados y los viudos, seguidos a gran distancia por los solteros y los casados sin hijos, y finalmente por los casados con hijos ⁽⁴⁾.
- **Medio rural y urbano.**- No se conoce con exactitud si el suicidio es mas frecuente en uno u otro medio. En las ciudades se registran un mayor número de tentativas, aunque su letalidad es menor, probablemente a un mejor acceso a la estructura sanitaria.
- **Factores socioeconómicos.**- La mayoría de los estudios coinciden en señalar la existencia de una relación entre las conductas suicidas y diversos marcadores socioeconómicos, entre los que destacan el desempleo, la duración de éste, o la clase social a la que pertenece ⁽⁵⁾

TRASTORNOS FÍSICOS

Ciertas enfermedades crónicas de larga duración (enfermedades renales, óseas, cardiovasculares), neurológicas como la epilepsia, neoplasmas, y VIH aumentan el riesgo de intentos de suicidios. Este riesgo según estudios es mayor al momento de confirmar el diagnóstico y en las etapas tempranas de la enfermedad.

TRASTORNOS MENTALES

El 90% de los pacientes que efectúan un intento de suicidio padecen algún tipo de trastorno mental ⁽⁶⁾. La presencia de síntomas psicóticos, y el consumo de alcohol o tóxicos aumentan el riesgo de conducta suicida.

- **Trastornos Afectivos.**- El 15% de los pacientes depresivos endógenos consuman el suicidio ⁽⁷⁾. En las diferentes etapas evolutivas de la depresión hay tres perío-

dos en los que el riesgo suicida es mayor: al inicio del episodio, al inicio de la mejoría tímica (disminución de la inhibición), y a los pocos meses de la recuperación clínica si no se alcanza el nivel de adaptación previo ⁽⁸⁾.

- **Trastornos de la personalidad.**- El 25% de los intentos de suicidio presentan un trastorno de la personalidad, siendo los más frecuentes:
 1. El trastorno límite (inestabilidad en las relaciones interpersonales, la auto imagen y los afectos, y con una notable impulsividad, así como una gran inestabilidad emocional). Es la causa mas frecuente de suicidio consumado.
 2. Trastorno histriónico de la personalidad.- Es un patrón de conducta que se caracteriza por una emotividad excesiva y demanda de atención. Es el trastorno de personalidad que nutre las cifras de tentativas suicidas, mas bien como chantaje afectivo o forma de llamar la atención que como conducta autolítica como tal, es también una forma de coacción hacia las personas que se ocupan de ellos.
 3. Trastorno narcisista de la personalidad.- Se caracteriza por una conducta de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía. Representa un importante riesgo suicida fundamentalmente cuando el paciente entra en edades donde pierde sus "cualidades" no pudiendo soportar el deterioro de su imagen.
 4. Trastorno antisocial de la personalidad.- Se caracteriza por un desprecio y violación de los derechos de los demás y una baja tolerancia a la frustración, esto último unido al consumo de drogas hace que los antisociales presenten una gran cantidad de conductas autolesivas, que son mas una forma primaria de mal control de la agresividad, que una conducta suicida elaborada.
- **Esquizofrenia.**- La esquizofrenia, por su mal pronóstico, cronicidad, progresivo desgaste de los recursos del paciente y los de su entorno y la parcial respuesta al tratamiento que contribuye con sus efectos secundarios a ese desgaste, constituye una entidad cuyo riesgo suicida es equiparable a los trastornos afectivos mayores. Siendo el suicidio la primera causa de muerte entre los jóvenes que padecen esquizofrenia ⁽⁸⁾.

4. MANEJO DE PACIENTES EN CRISIS SUICIDAS

Ante una crisis suicida es de suma utilidad tener en cuenta los siguientes principios:

- Tratarlo con respeto
- Tomarlo en serio
- Creer lo que nos manifiesta
- Escucharle con genuino interés
- Permitirle expresar sus sentimientos (llanto, ira, disgusto)
- Preguntar sobre la idea suicida

Si la persona manifiesta que ha pensado suicidarse es necesario realizar una secuencia de preguntas para determinar la planificación suicida. Esta secuencia es la siguiente:

- ¿Cómo, cuándo, dónde, por qué, para qué ha pensado suicidarse?

Para poder obtener una respuesta que permita conocer cómo piensa se deben evitar las preguntas que puedan ser respondidas con monosílabos ⁽⁹⁾.

Una vez considerados estos principios se debe tener una idea del riesgo de suicidio

Los errores más frecuentes en la evaluación con un paciente suicida que por tanto debemos evitar son los siguientes ⁽⁹⁾:

1. No preguntar al paciente por sus intenciones y pensamientos suicidas para evitar la ansiedad del profesional.
2. Adoptar una actitud distante, crítica moralizadora.
3. No dar importancia al intento suicida, en especial cuando el paciente avisa previamente de ello.
4. Descalificar o criticar las intenciones o acciones manipuladoras.
5. Realizar promesas de solución de la conducta suicida a corto plazo.
6. Dejarse influir por el pesimismo del suicida y ver como el la única salida en el suicidio.

Una vez realizada la valoración del riesgo suicida se tomarán las siguientes medidas:

- Enviar al paciente a casa con supervisión familiar, y seguimiento ambulatorio:

Los pacientes que no entrañan un grave riesgo, y no sea posible que puedan empeorar inmediatamente pueden ser remitidos a su domicilio; previamente se establecerá un plan de actuación con la cooperación de la familia, que incluye:

1. Supervisión
 2. Restricción del acceso al método suicida
 3. Control y monitorización farmacológica: El facultativo deberá tener en cuenta las dosis letales de los fármacos y prescribirlos en dosis pequeña.
- Ingreso en un hospital general, si el paciente esta clínicamente inestable tras una tentativa y precisa cuidados medico-quirúrgicos.
 - Ingreso en a unidad de psiquiatría.- La indicación de la hospitalización se hará cuando exista inestabilidad clínica consecutiva a la tentativa, persistencia de la intención letal, utilización de métodos violentos, paciente deprimido, intoxicado o psicótico, gravedad de psicopatología adyacente, y un alto nivel de ansiedad/agitación. Los pacientes de altísimo riesgo pueden precisar sedación y/o contención mecánica.

Llevando a cabo en todo momento dentro de la unidad las siguientes medidas:

1. La prevención de lesiones es una de nuestras funciones más importantes controlando todo lo que pueda

- resultar nocivo (objetos cortantes: cubiertos, cristales de gafas, vasos, muelles de camas, productos cáusticos: lejías, jabones, antisépticos; otros: ventanas, tomas de corriente, cinturones, etc.).
2. Es importante no dramatizar la situación,
 3. Por lo demás es importante entablar una relación normal, mostrándonos comunicativos, y dando la sensación de que estamos siempre dispuestos a escucharlos.
 4. El paciente debe entender nuestro respeto por su estado pero también por la vida y estas medidas están destinadas a preservarla.
 5. La habitación del paciente no debe presentar riesgos
 6. Hay muchas mas formas de suicidio que medidas podamos tomar, por lo que la medida más eficaz es nuestra presencia a su lado y continua supervisión.
 7. A veces esta indicado que el paciente duerma en una habitación compartida, ya que la soledad en muchas ocasiones puede potenciar el suicidio.
 8. Es importante recalcar al paciente, que aunque no esta en condiciones de entenderlo esto es una etapa pasajera de su vida.
 9. No es conveniente el exceso de visitas, pero si ayuda la presencia de las personas más allegadas al paciente siempre con el consentimiento de este.
 10. Controlar la ingesta y potenciar los hábitos higiénicos del paciente ya que de alguna manera van a estar mermados o anulados.
 11. Una excesiva demostración de vitalidad por nuestra parte solo empeora las cosas, comentarios como “pero si la vida es bella” “es una cobardía matarse” no ayudan en absoluto.
 12. Es importante potenciar los pequeños logros del paciente, haciéndole darse cuenta de sus progresos.

5. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE PACIENTES CON RIESGO DE SUICIDIO

Como principal diagnóstico de enfermería nos encontraríamos según la NANDA⁽¹⁰⁾ con:

00150 Riesgo de suicidio, el cual puede estar condicionado por varios factores como:

- **Conductuales:** Historias de intentos previos de suicidio, compra de armas de fuego, acumulo de medicinas, hacer testamento o cambiarlo, súbita recuperación eufórica de una depresión grave...
- **Verbales:** Amenazas de matarse, expresión de deseos de morir.
- **Situacionales:** Vivir solo, inestabilidad económica, falta de autonomía o independencia.
- **Psicológicos:** Antecedentes familiares de suicidio, enfermedad o trastorno psiquiátrico, culpabilidad.
- **Físicos:** Enfermedad terminal, física, dolor crónico.

- **Sociales:** Pérdida de relaciones importantes, alteración de la vida familiar, duelo, soledad, desesperanza.

Los principales objetivos que tenemos que plantearnos y siguiendo la clasificación de resultados de enfermería (NOC) ⁽¹¹⁾ serían entre otros:

- 1405 Control de impulsos
- 1408 Autocontención del suicidio

- 1409 Control de la depresión

Para lo cual debemos de realizar una serie de intervenciones que siguiendo la clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) ⁽¹²⁾ serían entre otras:

- 4640 Ayuda para el control del enfado
- 5230 Aumentar el afrontamiento
- 6400 Apoyo en la protección contra los abusos
- 6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia

6. CONCLUSIONES

Los intentos de suicidio y los suicidio consumados son hoy en día uno de los principales problemas de salud publica a nivel mundial, de ahí la importancia de conocer cuales son los factores de riesgo que pueden aumentar la incidencia de los intentos para poder prevenir las conductas suicidas y parasuicidas.

Por ello debemos desmitificar muchas de las creencias erróneas que tenemos sobre lo que rodea a la palabra suicidio (Tabla 1)

A su vez debemos de trabajar en el manejo de este tipo de pacientes, siendo de vital importancia tratarlo con respeto, tomar en serio todo lo que nos diga, y actuar con la mayor rapidez posible, ya que en muchos de los casos suelen reaccionar impulsivamente, sin pensar que es lo que están haciendo o las consecuencias que se pueden ocasionar.

Por todo lo expuesto no debemos de dejar de poner énfasis en realizar campañas informativas y divulgativas que sirvan de ayuda y apoyo a personas que busquen el suicidio como única vía de escape y única solución a sus problemas, así como formar a los profesionales de la salud y a la comunidad en sobre el manejo de estos pacientes.

7. AGRADECIMIENTOS

Al personal de la unidad de Salud Mental del Hospital Nuestra Señora de la Merced de Osuna.

Mitos sobre el suicidio

MITOS	ACLARACIÓN/JUSTIFICACIÓN
1.- El que se quiere matar no lo dice	De cada diez personas que se suicidan, nueve de ellas dijeron claramente sus propósitos y la otra dejó entrever sus intenciones de acabar con su vida.
2.- Los suicidas son enfermos mentales	Los enfermos mentales se suicidan con mayor frecuencia que la población en general, pero no necesariamente hay que padecer un trastorno mental para hacerlo. Pero no caben dudas de que todo suicida es una persona que sufre.
3.- El Suicidio no se puede prevenir porque ocurre por impulso	Toda persona antes de cometer un suicidio evidencia una serie de síntomas que han sido definidos como síndrome presuicida
4.- Preguntar a una persona sobre sus intenciones de matarse incrementa el peligro que lo realice.	Está demostrado que hablar sobre el suicidio con una persona en tal riesgo en vez de incitar, provocar o introducir en su cabeza esa idea, reduce el peligro de cometerlo y puede ser la única posibilidad que ofrezca el sujeto para el análisis de sus propósitos autodestructivos.
5.- El suicida desea morir	El suicida está ambivalente, es decir desea morir si su vida continúa de la misma manera y desea vivir si se produjeran pequeños cambios en ella. Si se diagnostica oportunamente esta ambivalencia se puede inclinar la balanza hacia la opción de la vida.
6.- Los que intenta el suicidio no desean morir, sólo hacen el alarde	Aunque no todos los que intentan el suicidio desean morir, es un error tildarlos de alardosos, pues son personas a las cuales les han fracasado sus mecanismos útiles de adaptación y no encuentran alternativas, excepto el intentar contra su vida.
7.- Una persona que se va a suicidar no emite señales de lo que va a hacer	Todo el que se suicida expresó con palabras, amenazas, gestos o cambios de conducta lo que ocurriría.
8.- Todo el que se suicida está deprimido	Aunque toda persona deprimida tiene posibilidades de realizar un intento de suicidio o un suicidio, no todos los que lo hacen presentan este desajuste.
9.- El suicidio se hereda	No está demostrado que el suicidio se herede, aunque se puedan encontrar varios miembros de una misma familia que hayan terminado sus vidas por suicidio. En estos casos lo heredado es la predisposición a padecer determinada enfermedad mental en la cual el suicidio es un síntoma principal, como por ejemplo, los trastornos afectivos y las esquizofrenias.
10.- Si se reta a un suicida no lo realiza	Retar al suicida es un acto irresponsable pues se está frente a una persona vulnerable en situación de crisis cuyos mecanismos de adaptación han fracasado, predominando precisamente los deseos de autodestruirse.

Tabla I (Fuente: Elaboración propia)

8. BIBLIOGRAFÍA

- Bobes García J.; González Seijo J.; Sáiz Martínez PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Psiquiatría Médica. Editorial Masson. 1997.
- Kreitman, N.; Philip, AE. "Parasuicide", Br. J. Psychiatry, 1969.: 115,746-47.
- Mardomingo Cruz MJ. Psicopatología del niño y el adolescente. En: Suicidio e intento de suicidio. Ediciones Driz de Sotos, 1994:415-30.
- Schmidtke A.; Bille-Brahe U.; De Leo D.; Kerhof A.; Bjerke T.; Crepet P. Attempted suicide in Europe: rates, trends and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992. Results of the WHO/EURO Multicentre study on Parasuicide. Acts Psychiatry Scand 1996; 93: 327-338.
- Kaplan HI.; Sadock BJ. Sinopsis de Psiquiatría, 8ª edición, 1999. 983-992.
- Harris EC.; Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 1997; 170: 205-228.
- Isometsä ET. Psychological autopsy studies- a review. Europe Psychiatry 2001; 16: 379-385.
- Miró E.; J. Vallejo Ruiloba.; C. Gastó Ferrer. Trastornos afectivos: ansiedad y depresión. 2ª edición. Edit. Masson 2000; 675-684.
- Sergio A. Pérez Barrero Avances en Salud Mental Relacional Vol.1, núm. 4 - Marzo 2005 Órgano Oficial de expresión de la Fundación OMIE Revista Internacional On-line.
- Sheila Sparks Ralph.; Martha Craft-Rosenberg.; T. Heather Herdman.; Mary Ann Lavin. NANDA Nursing Diagnoses: Definitions and classification 2003-2004 Edit. Elsevier.
- Marion Johnson.; Meridean Maas.; Sue Moorhead. 2ª edition Nursing Outcomes Classification (NOC). Edit Mosby - Harcourt 1999.
- Joanne C.; McCloskey.; Gloria M. Bulechek. 3ª edición Nursing Interventions Classification (NIC) Edit. Mosby-Harcourt. 2000.

DISEÑO DE UNA UNIDAD DE ENFERMERÍA EN UNA RESIDENCIA GERIÁTRICA

DESING OF A NURSING UNIT IN AN OLD PEOPLE'S HOME

- M^a del Castillo García Velázquez¹
- Alfredo Jesús Poley Guerra²
- Ricardo José Pérez Galán³

¹ Diplomada en Enfermería. Máster en Gerontología Social Aplicada. Centro de Salud de Lebrija. Distrito Sanitario Sevilla Sur.

² Diplomado en Enfermería. Licenciado en Psicología. Enfermero C.S. El Cuervo. Distrito Sevilla Sur.

³ Diplomado en Enfermería. Centro de salud de atención primaria de "Ótero" en Ceuta.

Resumen

Las residencias de mayores son un recurso social de alojamiento para la atención integral a los ancianos con dependencia. La Ley obliga a que las residencias cuenten con un DE que se encargue de la gestión de cuidados, bien contratado suministrado por servicios externos.

En este trabajo hemos diseñado una unidad de Enfermería para una residencia de 35 residentes para ello hemos definido los objetivos, hemos propuesto una oferta de servicios y se han enumerado tanto recursos humanos como materiales necesarios.

Este artículo manifiesta que el DE proporciona una actividad indispensable en las residencias; ya que l@s enferme@s que trabajan en residencias geriátricas, independientemente de la tipología de éstas, son responsables de la realización de su rol profesional desde la perspectiva asistencial, docente, investigadora y gestora.

ABSTRACT:

Old's people's homes are a social resource of lodging to care unable old people integrally. Old's peoples homes are obliged to have a nurse, which must be in charge of the management of care. This may be contracted or it may be provided by external services.

This paper offers a design of a nursing unit for an old people's home with a capacity for thirty- five people. In order to do it, objectives have been defined, a supply of services has been proposed and both human and material resources have been enumerated.

This paper states that the nurse provides old people's homes with an essential activity. The main reason is that nurses working in old people's homes, regardless their kind are responsible for their profession from a welfare, educational, research and managing point of view.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ residencia geriátrica,
- ✓ institucionalización,
- ✓ cuidados,
- ✓ dependencia,
- ✓ anciano.

KEY WORDS:

- ✓ it calls to account geriatric,
- ✓ institutionalization,
- ✓ cares,
- ✓ dependency,
- ✓ old.

INTRODUCCIÓN:

Las Residencias son un recurso social de alojamiento temporal o permanente para el desarrollo de la autonomía personal y para la atención integral de los mayores en situación de dependencia.

Se entiende por dependencia el estado en que se encuentran algunas personas que por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la asistencia de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria.

En las residencias se prestan cuidados sociosanitarios continuados que se complementan con una adecuada coordinación con los profesionales de los servicios sociales y sanitarios de la zona territorial en la que se ubican e insertan.

Con la finalidad de desarrollar un programa interdisciplinar de valoración y atención integral personalizados, todas las residencias disponen de los siguientes programas básicos de actuación, en los que ofrece diversos servicios, distribuidos en cuatro áreas funcionales:

I.- Dirección y gestión de la residencia. Integra asuntos de administración, planificación, organización, coordinación y evaluación de servicios.

II.- Atención social y psicosocial. Comprende actividades de acción social, de acompañamiento emocional y animación socio-cultural.

III.- Atención a la salud. Incluye atención médica, de enfermería, de rehabilitación y otras actividades sanitarias

IV.- Cuidados hosteleros. Se preocupa de los servicios de alojamiento, restauración y demás actividades auxiliares. Cada Comunidad Autónoma ha regulado de forma diferente los requisitos que debe reunir el personal que trabaja en una residencia. Añadimos un pequeño cuadro comparativo (anexo 1) en el que se pueden ver las diferencias entre cinco comunidades.

En Cataluña, la Generalitat lleva algún tiempo trabajando en un nuevo modelo asistencial que se basa, entre otros aspectos en la exigencia de un equipo de profesionales muy completo. Exige un director técnico con titulación universitaria de grado medio. La dedicación mínima del director técnico es de 10 horas a la semana, independientemente del tamaño del centro. En residencias de más de 50 plazas la dedicación mínima será de 30 horas/semana. Unas horas a la semana el director técnico deberá estar a disposición de los residentes y familiares. En el tablón de anuncios deben aparecer esas horas.

El DE es el profesional sanitario cuyo currículum mejor se ajusta a la figura del responsable higiénico-sanitario. Ésta figura es de especial relevancia, ya que los centros donde la actuación de enfermería se realiza mediante servicios

externos, la atención integral e individualizada es muy difícil, ya que se dedica poco tiempo a los mayores, por lo que la atención se limita a: realización de curas, control de constantes...

Características del responsable higiénico-sanitario:

- Debe ser un técnico sanitario (médico, diplomado en enfermería o farmacéutico).
- La dedicación mínima es de 5 horas semanales. Una residencia de 100 plazas o más debe tener un responsable a jornada completa, las de menos, las horas proporcionales.
- Tiene muchas responsabilidades que asume junto con el director:
 - Que todos los residentes reciban atención sanitaria pública.
 - Que los medicamentos estén correctamente organizados.
 - Que los menús que se sirvan se ajusten a las necesidades de los residentes contenidas en sus expedientes asistenciales.
 - Que los datos de los expedientes asistenciales estén actualizados.
 - Que sean adecuadas las condiciones higiénicas del establecimiento, usuarios y personal.
 - Que se disponga de los protocolos necesarios para la correcta atención de los usuarios.

Según la orden de 1 de julio de 1997 de la Junta de Andalucía por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad y su modificación parcial en la orden de 3 de Julio de 2006, que tiene como objeto desarrollar las condiciones materiales y funcionales de calidad que se exigen para la acreditación de los centros de atención a las personas mayores y personas con discapacidad, señala que en la plantilla tipo de residencia para mayores, uno de los requisitos es tener un DE a media jornada a partir de 15 usuarios o bien garantizar la prestación de servicios de enfermería mediante servicios externos, privados o del sistema sanitario público de Andalucía. Por lo general, los gestores suelen contar con uno o varios DEs para la asistencia a los mayores que se deben responsabilizar de la atención a la salud de los residentes (actividades de enfermería, citas médica, continuidad de tratamientos...).

Con este trabajo se plantea una unidad de enfermería en una residencia geriátrica de 35 mayores, con el objeto de ofrecer una atención integral y continuada.

MATERIAL Y MÉTODO:

Para el diseño de la unidad de enfermería, hemos definido los objetivos que nos proponemos. Los enfermeros, la oferta de servicios que pretendemos proporcionar así

como los recursos necesarios (tanto humanos como materiales) para que la continuidad de los cuidados en la residencia sea una realidad.

a) Los objetivos generales que se plantean son:

- Asistir a los residentes, sanos o enfermos, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, o a su recuperación (o una muerte serena).
- Aplicar los cuidados de enfermería según las necesidades bio-psico-sociales de los mayores.

b) La oferta de servicios para proporcionar los cuidados a los mayores será:

- Aplicar planes de cuidados de enfermería individualizados
- Realizar actividades de prevención de enfermedades y promoción de la salud de los residentes.
- Atención individualizada de los mayores en situaciones específicas de salud-enfermedad.
- Aplicar los tratamientos médicos: dietéticos, farmacológicos
- Controlar y asesorar la atención médica en sus distintos niveles. Gestión de la salud en la residencia. Diagnóstico, seguimiento, control de residentes con enfermedades crónicas, de procesos agudos y/o específicos, sin menoscabo de la atención que prestan los centros y servicios sanitarios.
- Protocolos de actuación para residentes con enfermedades más frecuentes y con síndromes geriátricos.
- Derivación de los residentes a otros profesionales del equipo terapéutico (médicos, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, podólogo...)
- Asegurar la satisfacción de las necesidades básicas de los mayores para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento personal. Para todo ello, teniendo en cuenta las necesidades biospiciosociales del adulto mayor serán necesarias:
 - Mantener un aporte adecuado de oxigenación.
 - Identificando alteración del intercambio gaseoso o patrón respiratorio ineficaz.
 - Realizando limpieza de las vías aéreas cuando el residente lo precise
 - Llevando a cabo medidas preventivas para residentes con alto riesgo de asfixia.
 - Controlando constantes vitales (tensión arterial, pulso...)
 - Aplicando dispositivos de apoyo (oxigenoterapia, inhaladores...) según prescripción facultativa.
 - Asegurar una adecuada alimentación e hidratación:
 - Identificando alteración de la nutrición por exceso o por defecto.
 - Identificando exceso de líquidos por exceso o por defecto
 - Aportando una adecuada proporción de nutrientes básicos
 - Suministrando dietas especiales a los residentes que la requieran según tratamiento médico.

- Controlando dispositivos para la nutrición enteral (sondas nasogástricas, PEG....) y parenteral
- Controlar una correcta eliminación
 - Evitando problemas de estreñimiento y diarrea
 - Usando métodos para la evacuación de heces: colocación de enemas...
 - Usando dispositivos especiales para la incontinencia fecal y urinaria si precisa
 - Identificando problemas de retención urinaria
 - Enumerando déficits de autocuidados en la eliminación de los residentes.
- Asegurar una adecuada movilidad y movilización
 - Evitando el síndrome del desuso
 - Identificando problemas de movilidad física y derivando a profesionales cualificados (médico, fisioterapeuta...)
 - Identificando alto riesgo de disfunción neurovascular periférica,
 - Realizando un diagnóstico precoz de intolerancia a la actividad,
 - Aplicando dispositivos de apoyo (silla de ruedas, bastón...)
- Adecuando el patrón de reposo / sueño
 - Identificando la alteración del patrón del Sueño
 - Colaborando con medidas físicas y medioambientales para favorecer el sueño
 - Aplicando tratamiento farmacológico prescrito si precisa.
- Asegurar una adecuada higiene de la piel así como indumentaria adecuada.
 - Identificando alteración de la perfusión hística,
 - Previniendo el deterioro de la integridad hística, y tratándola cuando aparecen UPP
 - Identificando alteración de la membrana de la mucosa oral,
 - Supervisando residentes con alto riesgo de deterioro de la integridad cutánea,
 - Identificando déficit de autocuidado, en baño/higiene
 - Identificando déficits de autocuidado en la indumentaria.
- Cerciorar la seguridad apropiada para los residentes:
 - Identificando alto riesgo de lesión,
 - Especificando alto riesgo de traumatismo y/o caídas
 - Enumerando alteración de los procesos familiares,
 - Identificando síndrome de estrés por traslado,
 - Identificando síntomas de dolor crónico
 - Diagnosticando duelo disfuncional y/o anticipado
 - Certificando alto riesgo de: autolesiones, lesiones a otros, violencia...
- Controlar una adecuada comunicación
 - Identificando trastornos de la comunicación verbal
 - Analizando el deterioro de la interacción social
 - Considerando alteración de los patrones de la sexualidad,
 - Analizando alteraciones Senso-perceptivas, visuales, auditivas, cinestésicas, gustativas, táctiles, olfatorias.
- Mantener una adecuada capacidad para realizarse y desempeño del rol

- Identificando alteración en el desempeño del rol,
- Enumerando alto riesgo de alteración familiar
- Clasificando alteración en el mantenimiento de la salud,
- Numerando trastorno de la imagen corporal,
- Identificando trastornos de la autoestima y/o identidad personal

c) Los recursos necesarios serán:

RECURSOS HUMANOS:

El equipo terapéutico estará formado por:

2 diplomados en enfermería

9 auxiliares de enfermería en geriatría.

De tal forma que se dará asistencia de enfermería diariamente, mañana y tarde, complementada con la actuación de las auxiliares 24 horas (2 ó 3 profesionales por turno).

RECURSOS MATERIALES: PLAN DE EQUIPAMIENTO:

a. MATERIAL NO FUNGIBLE:

Mobiliario básico

- Mesas y sillas
- 2 camas mecánicas hospitalarias articulada.
- 1 camilla.
- 1 vitrina para instrumental
- 1 carro de curas.
- 1 carro de unidosis farmacológica.
- 1 frigorífico..
- Muebles para organizar la medicación de cada residente.

Ayudas técnicas:

- 1 silla de ruedas.
- 1 andador.
- colchones antiescaras.
- 2 grúas para movilización.

Material electromédico:

- Termómetros
- Fonendoscopio
- Esfingomanómetro
- Otoscopio
- 1 autoclave
- 1 báscula.
- 1 set de irrigación ótica
- Instrumental quirúrgico de curas.
- Instrumental de sutura.
- Portaagujas
- Pinzas varias
- Hilo de sutura varios
- Glucómetro
- Orinales.
- Bolsa respiratoria autohinchable.
- Laringoscopio con palas varios tamaños para adultos

b. MATERIAL FUNGIBLE:

Material electromédico de diagnóstico:

- Tiras reactivas de orina
- Tiras reactivas de glucemia

Material electromédico de tratamiento:

1 equipo de oxigenoterapia.

- Mascarilla facial simple adultos
- Gafas nasales.
- Mascarilla venturi adultos.
- Cámara de Hudson adultos.
- Cánulas orofaríngeas adultos, varios tamaños.
- Balas de oxígeno
- Tubos endotraqueales, varios tamaños.
- Set de irrigación.
- Set de curas.
 - Gasas
 - Parches diversos de curas de UPP
 - Antisépticos varios: Povidona yodada, alcohol 70°...
- Algodón
- Set de sondaje
 - Sondas varios tamaños
- Set de sueroterapia.
 - Sueros. (Suero fisiológico 500cc y 100cc, Suero glucosado 500cc y 100cc)
 - Sistemas de suero
 - Llaves de 3 vías
 - Obturadores
- Depresores
- Jeringas de un solo uso de 2cc, 5cc 10cc y 20cc
- Aguja desechables de 8 x 40mm y 8 x 25 mm
- Lancetas
- Aguja para bolígrafos de insulina
- Jeringas de alimentación.
- Guantes de látex.
- Bolsas colectoras.
- Contenedores de agujas

Medicación:

- Fármacos orales, rectales, tópicos, endovenosos e intramusculares.
- Medicación básica de urgencias:
 - Adrenalina
 - Atropina
 - Amiodarona
 - Nitroglicerina sublingual y parenteral
 - Dacepam
 - Haloperidol

Material de lencería.

- Sábanas
- Almohadas
- entremetidas

Material de oficina variado.

- Historias clínicas.
- Historias de enfermería (hojas de registro del plan de cuidados).
- Hojas de tratamiento médico.
- Varios: folios, bolígrafos...

RESULTADOS:

- Prestar cuidados preventivos, rehabilitadores y socioasistenciales, mediante una atención integral personalizada.
- Atender situaciones de soporte vital básico y avanzado que se puedan presentar en el entorno de la residencia.
- Ofrecer un hábitat seguro, accesible y adaptado a las necesidades funcionales de las usuarias y usuarios en un ambiente confortable.
- Facilitar la integración y la convivencia en el centro, favoreciendo la interrelación con el entorno, respetando, en todo caso, la intimidad y privacidad individuales.
- Mejorar la calidad de vida de las personas residentes, su bienestar y la satisfacción con el propio proceso de envejecimiento, promocionando su autonomía personal en la toma de decisiones.
- Servir de apoyo a los familiares de las personas residentes y usuarias del centro, a través de programas específicos de orientación e información que posibiliten el acompañamiento personal y la participación en la residencia.

CONCLUSIONES:

- El objetivo fundamental de las competencias de las enfermeras en el ámbito de la atención a las personas mayores, es proporcionar atención integral a este grupo de población en el conjunto de sus necesidades, en cualquier situación en que se encuentren, y en nuestro caso, en la residencia.
- El DE se responsabilizará del proceso de cuidados, es decir que sea capaz de garantizar atención individualiza-

da a la persona anciana, utilizando un método sistemático y organizado, valorando sus necesidades, limitaciones, recursos y posibilidades de funcionamiento autónomo, lo que le permitirá priorizar los problemas y establecer un plan de atención adaptado a la problemática detectada, estableciendo objetivos realistas y alcanzables por el anciano. Además planificará actividades conjuntamente con el anciano que le permitan mantener o recuperar el mayor grado de autonomía al que pueda optar, evaluando los resultados de su intervención.

- Las enfermeras actuales de nuestro país tienen capacidad y autonomía para, mediante intervenciones en educación y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la función perdida, disminuir y retrasar la dependencia de los ancianos, fomentar su autonomía y mejorar o mantener su calidad de vida.
- La asistencia de Enfermería en la residencia geriátrica es indispensable para proporcionar cuidados de calidad. (dependiendo del número de residentes existirán más o menos DEs en plantilla).
- Las comunidades autónomas difieren a la hora de la elaboración de las leyes respecto a la dotación de personal en la residencia. En algunas, se contempla la posibilidad de que la atención de enfermería sea suministrada por servicios externos o por los servicios sanitarios de la comunidad.
- Entendemos que si una residencia de mayores es un lugar para el cuidado de personas con dependencia y ciertas discapacidades, se debe contar con profesionales especializados en el cuidado, esto son: DE.

ANEXO 1. PERSONAL DE RESIDENCIAS

Núm de residentes	Empleados para válidos	Empleados para asistidos
15 a 19	5	9
20 a 24	7	11
25 a 29	8	13

Diseño de una unidad de enfermería en una residencia geriátrica

	Titulación Director	Ratio de personal	Profesionales	Norma
Andalucía	Titulación Universitaria o experiencia de 3 años	0,25 válidos, 0,35 asistidos. Ratio específica de 0,10 de personal cuidador titulado	Titulación adecuada	Orden de 29 de febrero de 2000
Baleares	No especifica	Servicios hoteleros más: Válidos: 1 aux*30 r. Asistidos 1 aux* 15 r.	Asistente Social por 200 r válidos o 70 asistidos	Decreto 22/1991
Canarias	Titulación Universitaria o experiencia de 3 años	0,4 en miniresidencias. 0,25 en residencias Se incrementa en un 0,10 para residentes asistidos (que requieran apoyos personales)	Titulación adecuada	Decreto 63/2000 Anex
Madrid	Titulación universitaria o curso acreditado (Sí a partir de Ley de Calidad)	Válidos 0,25 Asistidos 0,35	No	Decreto 91/1990
Navarra	Hasta 50 plazas universitario grado medio + 50 superior. Posibilidad de sustituir por experiencia	Atención directa: Válidos 0,10 Asistidos 0,35	Médico, enfermero, As. Social, fisioterapeuta, psicólogo (para psicogerítricos).	Decreto Foral 209/1991
Aragón	No especifica	Válidos 0,25 Mixta 0,30 Asist. 0,35	No Capacitación genérica	Decreto 111/1992
País Vasco (*)	No especifica	Válidos 0,25 Asistidos 0,45 (del cual 65% ha de ser de atención directa) Ver cuadro abajo	Enfermero/a	Decreto 41/1998
Cataluña	Titulación universitaria de grado medio	Válidos 0,25 (global) Asist 0,25 (at. directa) 0,10 (indirecta)	No Capacitación genérica	Decreto 284/ 1996
Comunidad Valenciana	En res. Asistidas, el 70% del personal ha de ser de atención cualificado directa el resto de servicios	Válidos 0,25 (global) Asist	No. Capacitación genérica	Orden de 9 de Abril de 1990 Anexo V. De desarrollo del Decreto 40/1990

(*) País Vasco, personal mínimo en residencias de entre 15 y 29 plazas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. M.V. García López. C. Rodríguez Ponce. Enfermería del anciano. 1ª edición. Madrid Ed. DAE; 2001.
2. Carnevali-Pzatrack. Enfermería Geriátrica. 2ª Edición. Madrid. Ed. McGrawHill Interamericana; 1996.
3. I. Ruipérez, P. Llorente. Guía para auxiliares y cuidadores del anciano. Fundamentos y procedimientos. 1º edición. Madrid. McGrawHill Interamericana; 1996.
4. L.F. Rodríguez Suárez. Manual de preparación para el técnico auxiliar de Geriátrica. 1ª edición. Sevilla Ed. Mad; 2000.
5. Residencia para personas mayores. Disponible en: www.jccm.es/social/amayores/residencias.htm
6. Orden del 3 de julio de 2006 de modificación parcial de la de 1 de Julio de 1997 por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad. BOJA nº 142.
7. Comparación entre exigencias normativas en materia de residencias en diferentes comunidades autónomas. Disponible en: www.inforesidencias.com/cuadronorma.asp
8. Personal de la residencia. Disponible en: <http://www.inforesidencias.com/personal.asp>
9. Principios que fundamentan la práctica de la enfermera gerontológica competencias de la enfermera en residencias de ancianos. Disponible en: www.arrakis.es/~seeg

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PROCESO ASISTENCIAL DE AMIGDALECTOMÍA Y ADENOIDECTOMÍA EN NIÑOS. HOSPITAL ALTA RESOLUCIÓN DE ÉCIJA

NURSING CARE IN THE PROCESS OF CARE IN CHILDREN TONSILLECTOMY AND ADENOIDECTOMY. HIGH RESOLUTION OF HOSPITAL ÉCIJA

- Mercedes Lares Correa¹
- Dolores Sancho Porras¹
- Ana M^a Valcárcel Araque¹

¹ Diplomada en Enfermería. Hospital Alta Resolución Écija. Sevilla

Resumen

Nuestro objetivo es comprobar la efectividad de la hoja de ruta quirúrgica en el proceso de adenoamigdalectomías en pacientes pediátricos. Ésta engloba desde que el niño ingresa en planta, su paso por quirófano, el postoperatorio inmediato en la Urpa y el posterior en la planta hasta su alta.

Hemos podido comprobar que se producen menos errores respecto al paciente, siendo ésta un método de seguridad en todo momento, desde que éste ingresa hasta su alta. Ya que en ésta se reflejan todos los datos del paciente, identificación, alergias, antecedentes familiares...

Asimismo, en ella podemos recoger a aquellos pacientes que no se puedan ir de alta en el día, por cualquier complicación, quedando ésta reflejada en la hoja de ruta, sabiendo que actitud tomar en cada caso.

Ésta va a ser un pilar fundamental, a la hora de cumplir con los criterios de alta en C.M.A. en los niños intervenidos de adenoamigdalectomía. Pudiendo así cumplir con los protocolos de nuestro hospital.

ABSTRACT:

Our goal is to check the effectiveness of the surgical roadmap in the process adenotonsillectomy in pediatric patients. This includes since the child enters floor, step by its Theatre, in the postoperative immediato appu and the rear on the ground to your high.

We have seen there are fewer false positive patients, is a method of safety at all times, since he enters to your high. since this is reflected in all data of patient, ID, Allergies, Family History ...

Also, she can pick those patients that can not go high in the day, by any complications, are reflected in this roadmap knowing that attitude to take in every case.

this will be a mainstay, a time to meet the criteria of high in cma intervene in children adenotonsillectomy. thus being able to meet the protocols of our hospital.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Amigdalectomía
- ✓ Adenoidectomía
- ✓ Cuidados
- ✓ Hoja de ruta quirúrgica
- ✓ Proceso asistencial

KEY WORDS:

- ✓ Tonsillectomy
- ✓ Adenoidectomy
- ✓ Care
- ✓ Surgical roadmap
- ✓ Care process

INTRODUCCIÓN

La amigdalectomía es la intervención quirúrgica por medio de la cual se extirpan las amígdalas palatinas, que son acúmulos de tejido linfático, situadas a ambos lados del paladar y que no cumplen adecuadamente con su función protectora.

Se realiza en conjunto con la adenoidectomía, que son glándulas ubicadas en la parte superior de la faringe que aumentan de tamaño ante un proceso infeccioso, impidiendo respirar adecuadamente, llegando también a obstruir las Trompas de Eustaquio en el oído.

La cirugía no es complicada, las complicaciones serias son muy raras y los niños se recuperan rápidamente con los cuidados adecuados.

OBJETIVOS

Nuestros objetivos se basan principalmente en conocer el número de pacientes en que no se cumplió algunos de los requisitos establecidos en los protocolos asistenciales de nuestro hospital.

Se ha comprobado que los niños que experimentan ansiedad prequirúrgica, presentan una recuperación postquirúrgica más dolorosa, por lo que es nuestra misión principal disminuirla.

MATERIAL Y MÉTODO

Una vez solicitados y concedidos los permisos necesarios para llevar a cabo el estudio y desarrollo de nuestro trabajo, nos fue facilitado por el servicio de documentación y de archivo de nuestro hospital, un listado con todos los pacientes con edades comprendidas entre los 3 a los 14 años que habían sido intervenidos de adenoidectomía y amigdalectomía durante los años 2007 y 2008.

De esta forma se pudo hacer un estudio retrospectivo mediante las historias de dichos pacientes, pudiendo así comprobar, cómo desde que se instauró en nuestro hospital la hoja de ruta quirúrgica (Anexo 1), quedaban reflejados muchos más datos en las historias, las cuales permitieron hacer un estudio más fehaciente del cumplimiento de los protocolos establecidos en nuestro hospital.

Durante el 2007 se intervinieron 60 pacientes, en los que mediante el pertinente estudio pudimos comprobar que se cumplieron los protocolos en un 70%, mientras que durante el 2008 se intervinieron 34 pacientes y se cumplieron en un 92%.

Dicha estadística nos demuestra una vez más la importancia de la hoja de ruta, instaurada a finales del 2007 y aplicada a partir de esa fecha, respecto a la hoja de valoración que se venía utilizando hasta entonces.

Mediante la hoja de ruta podemos conocer el número de

casos en los que no se cumplieron los requisitos necesarios de los protocolos asistenciales. Ésta supone una herramienta fundamental y un pilar básico, a través de ella podemos ver reflejado todo el circuito del niño, desde que ingresa en planta, su paso por quirófano, su subida a planta y por último su alta domiciliaria.

Dicha hoja de ruta consta de 4 fases:

- 1^a) Ingreso en planta
- 2^a) Intraoperatoria
- 3^a) Ingreso y alta de sala de despertar
- 4^a) Subida a planta y alta domiciliaria

Una vez que el niño sube a planta la enfermera le hace una valoración inicial del estado general del mismo, haciendo hincapié en 5 puntos:

- a) Sangrado
- b) Dolor
- c) Deambular del niño
- d) Tolerancia
- e) Diuresis

Los cuales se valoran en una escala que va del 0 al 2 (donde 0 es nulo y 2 es elevado)

A continuación se le administra el tratamiento antibiótico (amoxicilina más clavulánico 250 mg. ó 500 mg. según la edad) y analgésico (si precisan) paracetamol, por vía oral. Aunque suben sin sueroterapia, la vía no se retira hasta el alta, éstas van heparina y su correspondiente obturador o llave de 3 pasos.

La tolerancia se inicia a las 2 horas de subir, con agua, si tolera bien y no vomita, se le da una dieta líquida fría a las 3 horas.

Mediante las valoraciones posteriores, vemos reflejada la evolución posquirúrgica de los niños.

Si a las 4 horas de subir a planta, los niños intervenidos de VA cumplen los requisitos necesarios para irse de alta, se les dará la misma. En el caso de los niños operados de HAVA, el alta no se les dará a antes de las 6 horas. Junto al alta, se les entregará una serie de recomendaciones a seguir en su domicilio en los próximos días a la intervención.

Como podemos apreciar esta Hoja de Ruta es una herramienta fundamental, que nos ayuda a realizar un proceso asistencial del niño que engloba desde su ingreso en planta hasta el alta del mismo. Lo cual no podíamos llevar a cabo con la antigua hoja de valoración, donde tan sólo eran recogidos algunos datos de niño, como antecedentes familiares, alergias... quedando muchos datos sin reflejar en su historia, no permitiéndonos así conocer el motivo por el que algunos pacientes no cumplían con los requisitos necesarios establecidos en los protocolos.

ANEXO 1

HOJA DE RUTA QUIRURGICA



Hospital de Alta Resolución de Écija
CONSEJERÍA DE SALUD

ESPACIO RESERVADO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA

REGISTRO DE CUIDADOS PREQUIRURGICOS

INTERVENCIÓN:		☐ Programada	☐ Urgente	☐ C.M.A.
FECHA DE INGRESO	☐ Ingreso preoperatorio	☐ Ingreso postoperatorio	ASA :	
ALERGIAS ☐ NO ☐ SI (indicar alergia):				
VERIFICACIÓN PREOPERATORIA				
Historia Clínica Completa	☐ SI	☐ NO	Estudio preop. Completo	☐ SI ☐ NO
Consentimientos informados	☐ SI	☐ NO	Adulto responsable	☐ SI ☐ NO
SI CMA dispone de medio de transporte y cuidador			☐ SI	☐ NO
RECEPCIÓN DEL PACIENTE				
ANTECEDENTES PERSONALES		OBSERVACIONES		
Diabetes	☐ I.D. ☐ N.I.D.	Pauta:		
Hipertensión	☐ SI ☐ NO	Tratamiento:		
Cambios de salud últimos días	☐ SI ☐ NO	Tratamiento:		
Premedicación y/o medicación habitual	☐ SI ☐ NO	¿Cuál?		
Otros de interés	☐ SI ☐ NO			
PREPARACIÓN GENERAL				
Información previa, comunicación	☐ SI ☐ NO	Idioma:		
Estado higiénico deficiente	☐ SI ☐ NO			
Objetos personales retirados	☐ SI ☐ NO	☐ Familiares	☐ S. Seguridad	
Ayunas	☐ SI ☐ NO	Desde: (día y hora)		
Preparación: ☐ Piel ☐ Campo op. ☐ Rasurado	☐ SI ☐ NO			
PREPARACIÓN ESPECÍFICA				
Signos vitales controlados	☐ SI ☐ NO	T.A.:	FC:	T:
Vía periférica	☐ SI ☐ NO	Nº	☐ MSD	☐ MSI
Sondaje vesical (si procede)	☐ SI ☐ NO	Nº		
Preparación intestinal, vaginal, (si procede)	☐ SI ☐ NO	Método		
Vendajes MMII	☐ SI ☐ NO			
Preparación oftalmológica	☐ SI ☐ NO	Ojo: ☐ DERECHO ☐ IZQUIERDO		
Solicitud P. Cruzadas	☐ SI ☐ NO	☐ Reservar		
Análíticas cursadas	☐ SI ☐ NO	☐ BQ ☐ H	☐ Coagul.	☐ T. gestación
PROFILAXIS PREOPERATORIA				
P. Antibiótica	☐ SI ☐ NO	Fármaco:	Dosis:	Hora:
P. Tromboembólica	☐ SI ☐ NO	Fármaco:	Dosis:	Hora:
Tto. SINTROM revertido	☐ SI ☐ NO			

HORA BAJADA DEL PACIENTE A QUIRÓFANO:

Firma paciente/acompañante

Firma enfermera/o

REGISTRO DE CUIDADOS INTRAOPERATORIOS									
<u>Enfermera/o circulante:</u>			<u>Auxiliar Enf.:</u>			<u>Enfermera/o instrumentista:</u>			
<u>Anestesiólogo</u>			<u>1. Cirujano</u>			<u>2. Cirujano</u>			
VERIFICACIÓN PREOPERATORIA									
Revisión Historia Clínica			☐ SI	☐ NO	☐ Brazaletes Identificativo				
Consentimiento informado			☐ SI	Quirófano limpio, repuesto material y medicación				☐ SI	
Estudio preoperatorio completo			☐ SI	Material específico disponible				☐ SI	
RECEPCIÓN DEL PACIENTE EN QUIROFANO N° 									
HORA ENTRADA A Q.:						HORA SALIDA Q.:			
ANESTESIA			☐ SI	☐ NO	TIPO:				
INTUBACIÓN			☐ SI	☐ NO	Modelo/N°				
Posición del paciente									
Placa electrobisturí			☐ SI	☐ NO	Posición				
Prótesis implantadas			☐ SI	☐ NO	Ver hoja de Implantes				
Transfusión sanguínea solicitada			☐ SI	☐ NO	Cantidad				
Isquemia(tiempo)			☐ SI	☐ NO	Localización				
INSTRUMENTAL UTILIZADO			N° LOTE ESTERIL.			COBERTURA QUIRÚRGICA			
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
RECUEENTO COMPRESAS									
ENTREGADAS					TOTAL		RECOGIDAS		
☐	☐	☐	☐	☐					
Vía periférica canalizada					☐ SI	☐ NO	N°		Miembro
Vía central					☐ SI	☐ NO	N°		Tipo
Sonda vesical					☐ SI	☐ NO	N°		
Sonda nasogástrica					☐ SI	☐ NO	N°		
CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS									
DRENAJE 1					☐ SI	☐ NO	Rx. Escopia		☐ SI ☐ NO
TIPO							Radiología		☐ SI ☐ NO
							Laboratorio		☐ SI ☐ NO
DRENAJE 2					☐ SI	☐ NO	Anatomía patológica		☐ SI ☐ NO
TIPO							Biopsia Intraoperatoria		☐ SI ☐ NO
							Contaje instrument. correcto		☐ SI ☐ NO
<u>DIAGNÓSTICO POSTOPERATORIO:</u>									
<u>DESTINO PACIENTE:</u>					<u>Firma enfermera/o circulante:</u>				
<u>Incidencias instrumental:</u>									
<u>Observaciones intraoperatorias</u>									

ESPACIO RESERVADO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA

REGISTRO DE CUIDADOS POSTOPERATORIOS																				
TIPO DE INTERVENCIÓN			FECHA		ANESTESIOLOGO/A															
ENFERMERO/A			AUXILIAR DE ENFERMERÍA																	
HORARIO			ESPACIO RESERVADO PARA ETIQUETA IDENTIFICATIVA																	
PVC	T°	PA	Fc																	
30	42°	240	200																	
		230	190																	
	41°	220	180																	
25		210	170																	
	40°	200	160																	
		190	150																	
20	43°	180	140																	
		170	130																	
	39°	160	120																	
15		150	110																	
	38°	140	100																	
		130	90																	
10	44°	120	80																	
		110																		
	37°	100	70																	
5		90																		
	36°	80	60																	
		70																		
0	45°	60	50																	
		50																		
	35°	40	40																	
-5		30	30																	
	34°	20	40																	
SATURACIÓN O2																				
ALDRETE																				
MEDICACIÓN																				
LÍQUIDOS																				
LÍQUIDOS																				
PERDIDAS																				
EVA																				

TIPO DE INTERVENCIÓN			ESPACIO RESERVADO PAR ETIQUETA IDENTIFICATIVA										
TIPO DE ANESTESIA		HORA LLEGADA HOSPITALIZACIÓN											
PADSS CRITERIOS DE ALTA CMA													
HORAS (medir cada 30 min.)												TOTAL	
SIGNOS VITALES	P.A/pulso $\pm 20\%$ basal	2											
	P.A/pulso $+20-40\%$ basal	1											
	P.A pulso $>40\%$ basal	0											
NIVEL DE ACTIVIDAD	Puede andar sin ayuda	2											
	Necesita ayuda	1											
	Incapaz de deambular	0											
NAUSEAS VÓMITOS	Mínimo: medicación oral	2											
	Moderado: medicación IV	1											
	Grave: no ceden	0											
DOLOR	Mínimo: medicación oral	2											
	Moderado: medicación IV	1											
	Grave: no cede	0											
SANGRADO	Mínimo: no cambio apósito	2											
	Moderado: < dos cambios	1											
	Grave: > tres cambios	0											
VALORACIÓN DOLOR POSTOPERATORIO - E.V.A. (0 = no dolor, 10 = máximo dolor)													
DOLOR													
HORA													
TRATAMIENTO													
VALORACIÓN ENFERMERÍA													
CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS													
DIURESIS						DIETA							
☐ Orina espontáneamente						☐ Requiere sondaje vesical		☐ Tolera dieta			☐ Presencia de nauseas/vómitos		
CONSTANTES POSTOPERATORIAS													
HORARIO													
PRESION ARTERIAL													
TEMPERATURA													
FREC. CARDÍACA													
GLUCEMIA CAPILAR													
ACTUACIONES DE ENFERMERÍA													
FECHA/HORA	ACTUACIONES										FIRMA		
ALTA	☐ SI		HORA:										
	☐ NO		MOTIVO INGRESO:										

Firma enfermera/o

RESULTADOS

Una vez revisadas las historias llegamos a la conclusión de que:

En el 2007 se intervinieron 60 niños, de los cuales:

- El 70% (42 niños) cumplieron los requisitos, dándoles el alta según lo establecido.
- Del 30% restante (18 niños) nos encontramos que:
 - A) 12 niños (aprox. 20%) no lo cumplieron por motivos desconocidos
 - B) 5 niños (8%) pasaron la noche en planta por dolor
 - C) 1 niño (aprox. 2%) tuvo que ser reintervenido por sangrado

En el 2008, que ya disponíamos de la Hoja de Ruta Quirúrgica, pudimos comprobar que de los 34 niños intervenidos:

- El 92% (31 niños) cumplieron con los requisitos, y por tanto con los protocolos establecidos.
- El 8% restante (3 niños):
 - A) 2 niños pasaron la noche por dolor
 - B) 1 niño por petición de los padres

CONCLUSIONES

La recepción de los niños en el quirófano por la enfermera se basa en la acogida que llegaba en el año 2007 en una cama asignada de su habitación y con una vía cogida en el brazo.

Actualmente los niños llegan al quirófano en un carrito y sin suero en el brazo, acompañados de sus padres. El anestesista completará los antecedentes médicos y el examen físico, además de formular un plan de anestesia.

Al pasarlos a la mesa de quirófano se les monitoriza y posteriormente los duerme mediante gases, procediendo la enfermera a cogerles una vía con un suero.

La enfermera prepara la anestesia general que indica previamente el anestesista, preparando también corticoides y analgesia.

Hasta el año 2007 se usaban tubos endotraqueales anillados, por lo que había que hacer taponamiento previo a la intervención, actualmente usamos mascarillas laríngeas reforzadas (LMA), de las que existen diferentes números y tamaños, según el peso del niño.

La mascarilla la desinflamos con jeringa o bien con un aparato, que es un desinflador, dejando la mascarilla preparada sólo para untarle lubricante hidrosoluble por su parte posterior.

Una vez introducida la mascarilla, la volvemos a inflar y queda perfectamente ubicada en la hipofaringe.

Con el uso de dichas mascarillas (LMA), hemos mejorado los resultados, puesto que no hay que hacer taponamiento

previo a la intervención, ya que la sangre y secreciones no pasan al estómago, con lo cual se evita el taponamiento previo y tener que aspirar el mismo por quedar taponada con la mascarilla la vía aérea. Además el dolor de garganta y afonía es menor que tras una intubación traqueal.

Tras la anestesia general, una vez anestesiado el niño, el O.R.L. fija la mascarilla con la pala del abre bocas y procede a la intervención, reseccionando las amígdalas y dando algunos puntos en el lecho de la herida, durando la intervención aproximadamente media hora.

Una vez terminada la cirugía, se administra analgesia, según pauta del anestesista, y acompañamos a niño a la sala de despertar en una camilla y con la mascarilla laríngea puesta, Una vez allí la enfermera de sala de despertar le conecta un sistema manual de ventilación, lo monitoriza y vigilara continuamente por si tuviera sangrado, dolor, etc. Se le mantiene en decúbito supino y cuando el niño despierta, el solo expulsa la mascarilla laríngea inflada, junto con sangre y secreciones. Es entonces cuando se le coloca en decúbito lateral, procurando evitar posibles aspiraciones. Los niños están en sala de despertar unos 45 minutos aproximadamente.

Una vez despierto, se valora que reacciona favorablemente, sin sangrado y sin dolor, entonces el anestesista la firma el alta.

La enfermera de sala de despertar procede a retirar el suero, dejando taponada la vía y lo prepara para subir a la planta, acompañado por un celador.

El niño sube a planta en un carrito y la enfermera también firma el alta de sala de despertar.

Una vez el niño esté en planta y cumpla los requisitos para su alta (vistos anteriormente en la descripción de la Hoja de Ruta Quirúrgica), la enfermera procederá a la retirada de la vía, la entrega del alta, así como de los consejos al alta domiciliaria. Finalizando así el circuito del niño, desde que ingresa en planta hasta su alta domiciliaria, y cumpliendo de esta forma sencilla y eficaz a la vez, con los protocolos establecidos por nuestro hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- Guías de Salud. Proceso de Amigdalectomía. Junta de Andalucía (Consejería de Salud).
- Aguilar Cordero M.J., Lajo Asensio M., Sala Franco J. Tratado de Enfermería Pediátrica. Editorial Elsevier España, S.A. 2003. Cap. 38 (Págs. 659-680) Afecciones Respiratorias de Vías Altas en la Infancia.
- Thomson Reute. R. Care. Guide Information en Español, [www.drugs.com/amigdalectomia en niños-precare.html](http://www.drugs.com/amigdalectomia%20en%20ni%C3%B1os-precare.html)
- Biblioteca Médica Sharp. Amigdalectomía y Adenoidectomía en niños. www.sharpeespanol.com.

CUIDADOS DEL PACIENTE ENCAMADO: LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

■ **Rocío Papaleo Pérez**

¹ Enfermera, Centro de Salud de Cala, Huelva. Distrito Sanitario Sevilla Norte

Resumen

La aparición de una úlcera, escara o herida por presión (UPP) es un proceso íntimamente ligado a los cuidados proporcionados no solo por los profesionales de Enfermería, sino que es tema a tratar en trabajo en equipo, por ello constituyen un área de cuidados específica, tanto en lo que se refiere a su prevención, como para conseguir su curación.

Éste es un problema de gran importancia, ya que la aparición de un foco de infección procedente de una escara puede suponerle al paciente su muerte, al ser esta la tercera causa de muerte en Centros Hospitalarios después de las Infecciones Urinarias y Respiratorias.

Por tanto, conseguir una adecuada PREVENCIÓN es el mejor indicador de calidad de los cuidados que presta un equipo de trabajo.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Úlcera,
- ✓ Presión,
- ✓ Prevención,
- ✓ Trabajo en equipo,
- ✓ Indicador de calidad.

1. INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas que con mayor frecuencia se identifica en la persona anciana, es la Úlcera por presión, siendo uno de los factores de riesgo la falta de movilidad y la necrosis que esto puede llegar a producir; teniendo también en cuenta la existencia en el anciano de cambios en la piel, asociados al envejecimiento que favorecen la aparición de estas heridas.

Es una complicación frecuente en cualquier nivel asistencial, especialmente en pacientes con problemas de movilidad y edad avanzada. Se calcula que aproximadamente unas 80.000 personas son atendidas diariamente en España en los diferentes niveles asistenciales por presentar una úlcera por presión. Además, tienen un impacto negativo directo para su salud.

Hoy conocemos que las úlceras por presión tienen una

mortalidad directa atribuible de más de 600 pacientes anuales.

No se han encontrado datos epidemiológicos referidos a la población andaluza, pero teniendo en cuenta que el 18% de la población española es andaluza, puede suponerse que casi 15.000 ciudadanos y ciudadanas están siendo asistidos por el Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) por estar afectados por las úlceras por presión, de los cuales, unos 110 morirán al año por esta causa, aproximadamente 2 personas a la semana.

Pero además, las úlceras por presión provocan una prolongación de la estancia hospitalaria y un aumento de los costes sanitarios difícil de asumir sin cuestionar qué ha pasado, teniendo en cuenta que “*un 95% son evitables*” con los cuidados adecuados, mejorando notablemente la calidad de vida de las personas y familiares que las cuidan. Aún en el caso de que este proceso se desarrolle, los cuida-

dos adecuados, acortan notablemente el tiempo de duración de las mismas, sus recidivas y sus costes, y estos cuidados, pueden ser realizados independientemente del lugar donde se encuentre la persona, hospital, domicilio o residencia geriátrica.

El tratamiento de la UPP requiere unos cuidados y dedicación prolongada en el tiempo por parte del equipo de Enfermería, por ello la clave para tratar una UPP es la Prevención.

2. DEFINICIÓN

Las UPP son lesiones provocadas por una presión prolongada y sostenida sobre una prominencia ósea y el plano duro sobre el que se asienta provocando una disminución del riego sanguíneo sobre esa zona. (fig. 1)

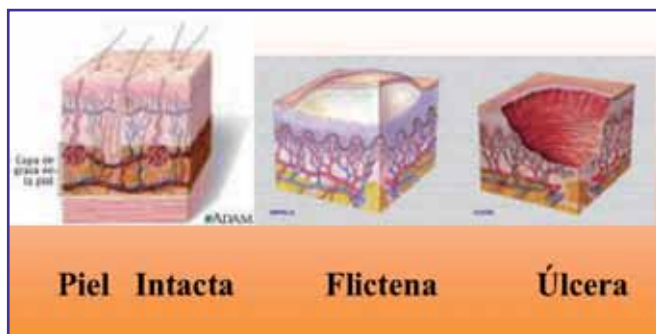


Figura 1. Cambios en la Piel.

3. FISIOPATOLOGÍA

Las UPP tienen su origen en esa disminución del riego sanguíneo sobre una zona sostenida durante un periodo prolongado. A esto se pueden asociar fuerzas de fricción paralelas y/o tangenciales así como factores de riesgo procedentes del propio paciente.

La presión mantenida sobre piel y tejidos blandos produce un aumento de la presión intersticial con obstrucción de vasos sanguíneos (formación de microtrombos) y linfáticos, que conduce a autólisis y acumulo de residuos tóxico-metabólicos. La isquemia local prolongada conduce a necrosis y posterior ulceración de tejidos, tanto a nivel de piel como planos profundos. La presión hidrostática de los capilares cutáneos oscila entre 16 y 32 mmHg. Toda presión que supere estas cifras disminuye el flujo sanguíneo y puede producir daño isquémico incluso en menos de dos horas. (fig. 3).

Las fuerzas de roce (fuerzas de fricción paralelas a la superficie epidérmica) y las fuerzas de cizallamiento (fuerzas tangenciales que incrementan la fricción en las zonas de presión cuando la cabecera de la cama se eleva más de 30°),

disminuyen la presión requerida para provocar daño tisular. Se han descrito una serie de factores de riesgo en la aparición de la UPP dependientes de las condiciones del paciente. De todos ellos la inmovilidad es el más importante.

4. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se manifiestan atendiendo a la siguiente clasificación: (fig. 2)

GRADO I:

Es la fase inicial de un UPP y se caracteriza por un eritema cutáneo que no palidece al presionar en piel intacta. En esta fase es muy importante la Prevención.

GRADO II:

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas.

Lesión superficial con aspecto de abrasión, flictena (ampolla) o cráter superficial.

GRADO III:

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión y/o necrosis del tejido celular subcutáneo. No se extiende a la fascia subyacente.

GRADO IV:

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.).

En este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

5. LOCALIZACIÓN

Se localizan atendiendo al siguiente esquema. (Figura 3)

6. ¿PUEDO PREVENIR LA APARICIÓN DE ESCARAS?

SI, se puede prevenir, mediante:

- **Valoración del Riesgo:** A través de una herramienta que identifique a los pacientes en Riesgo de padecer una UPP (Escala de Braden, Norton, Escala EMINA...) (Figura 4).
- **Cuidados específicos:**
 1. Higiene y cuidado diario de la piel
 2. Valorar riesgos por inmovilidad: cambios posturales frecuentes (Figura 5); utilización de superficies especiales de apoyo; protección local ante la presión.
 3. Valorar riesgos por excesos de humedad como: incontinencia, fecal y/o urinaria; transpiración o drenajes de heridas.

- **Cuidados generales:** Buen soporte nutricional, identificar y corregir déficit nutricionales (proteínas, calorías, minerales, vitaminas); asegurar un estado de hidratación adecuado; valorar si precisa aporte extra de nutrientes que faciliten la cicatrización de la herida; tratamiento de aquellos procesos respiratorios, circulatorios, metabólicos,... que puedan incidir en el desarrollo de una UPP.

Educación a pacientes, familiares, cuidadores, etc.

Anotar todas las actividades y resultados en la historia de enfermería, para garantizar la continuidad de los cuidados. Evaluar periódicamente.



Figura 2. Tipos de Heridas

7. COMO MEJORAR EL PROCESO DE CICATRIZACIÓN

A través de:

a. Valoración y evaluación del paciente.

b. Valoración y evaluación de las heridas.

c. Conocimiento de la reparación biológica de las heridas.

d. Establecimiento de un plan de cuidados específico para cada paciente.

e. Educación al paciente y familia, implicarles en su curación.

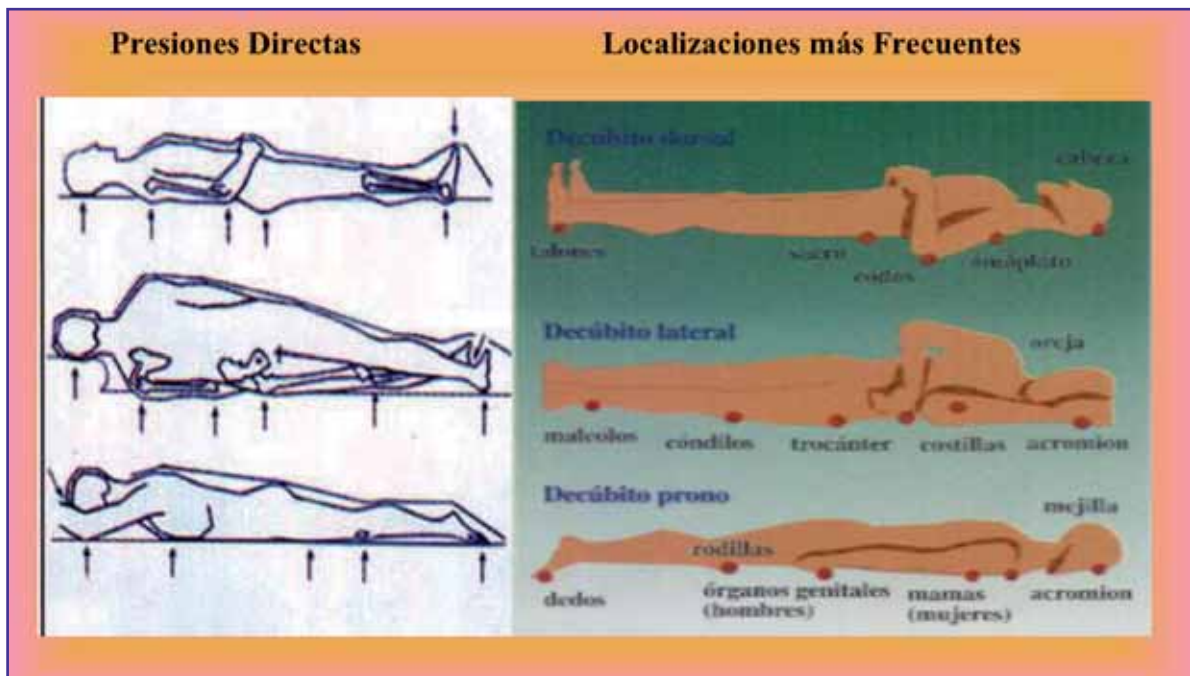


Figura 3. Presión y Localización

8. EL ABC DE LA CURA LOCAL DE UN UPP

- Preparar el carro de curas con todo lo necesario (Tabla 1).

- Tras valorar al enfermo procedemos a retirar el apósito y evaluar la herida: su localización, tamaño, profundidad, tipo de tejido, presencia o no de exudado (cantidad, olor, color), así como presencia de dolor, inflamación,

ÍNDICE DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN				
Estado general	Estado mental	Actividad	Movilidad	Incontinencia
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total, bien	4. No incontinente
3. Débil	3. Apático	3. Camina con ayudas	3. Ligeramente limitada	3. Ocasionalmente
2. Malo	2. Confuso	2. En silla de ruedas	2. Muy limitada	2. Sólo de orina
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble incontinencia

Índice de 12 o menos: muy alto riesgo de úlceras en formación.
Índice de 14 o menos: riesgo evidente de formación de úlceras.

Figura 4. Índice de NORTON

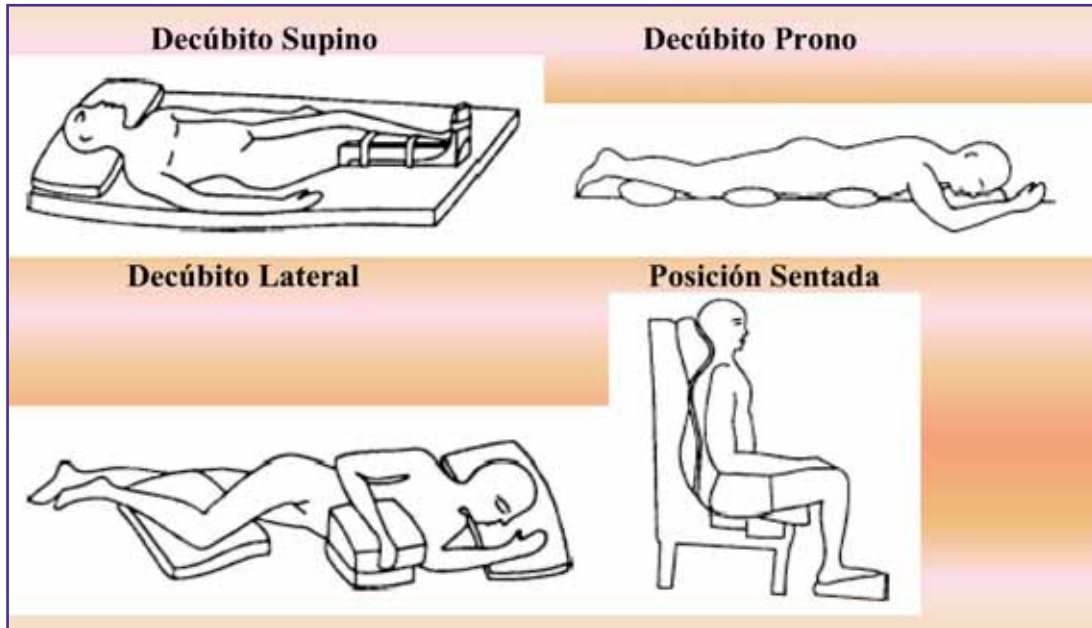


Figura 5. Cambios Posturales

tumefacción de la zona periulceral o aumento de temperatura.

- Limpieza de la herida con suero Fisiológico Como norma general limpiar la herida con suero fisiológico, agua destilada o agua del grifo potable (Evidencia alta). No usar limpiadores cutáneos ni antisépticos (Ej. Povidona yodada) por su demostrada toxicidad.
- La limpieza y el desbridamiento efectivos minimizan la contaminación y mejoran la curación ya que eliminan los niveles altos de bacterias en heridas que contienen tejidos necróticos (Evidencia alta).
- Desbridado de tejido desvitalizado seleccionando el tipo de desbridamiento mas apropiado:

Desbridamiento autolítico:

Utiliza las propias enzimas endógenas del organismo para desbridar a través de la hidratación del lecho de la úlcera, la fibrinólisis y la acción de las enzimas endógenas sobre los tejidos desvitalizados. Presenta una acción más lenta en el tiempo.

Desbridamiento químico o enzimático:

Se realiza mediante productos enzimáticos (proteolíticos, fibrinolíticos,...); la collagenasa es un ejemplo de este tipo de sustancias formada por enzimas proteolíticas capaces de romper el colágeno en su forma natural produciendo una digestión de los componentes del tejido Necrótico. Cuando vaya a ser utilizada, es recomendable proteger la piel periulceral, al igual, que aumentar el nivel de humedad en la herida para potenciar su acción.

Desbridamiento cortante o quirúrgico:

Es la forma más rápida de eliminar áreas de escaras secas adheridas a planos más profundos o de tejido necrótico húmedo. Requiere conocimientos y destrezas. Debe hacerse en sesiones sucesivas, por planos, y comenzando por el centro. Es necesario una técnica y material estéril. Puede necesitar analgesia local (gel de lidocaína 2%, EMLA,...). La hemorragia puede ser una complicación frecuente que podremos controlar generalmente mediante compresión directa, apósitos hemostáticos, etc. Si no cediera se recurrirá a la sutura del vaso sangrante

- Prevenir y saber tratar la infección una vez aparezca. Las técnicas para determinar un cultivo de una herida son:
 1. Aspiración Percutánea (PAAF). Es el mejor método por su sencillez y facilidad para obtener muestras especialmente bacterias anaerobias.
 2. Frotis de lesión mediante Hisopo: Ineficaz, porque puede detectar sólo contaminantes de superficie y no reflejar el verdadero microorganismo que provoque la infección tisular.
 3. Biopsia Tisular: Toma de muestras de tejidos por escisión quirúrgica de zonas que manifiesten signos de infección como induración; fiebre; eritema; edema; mal olor; exudado purulento; no cicatrización. (Figura 6)

La limpieza y desbridamiento, son efectivos para el manejo de la carga bacteriana de lesiones contaminadas y/o infectadas. La asociación con apósitos de plata la hace aún más eficaz (Evidencia alta).

Considerar el inicio de un tratamiento antibiótico local (p.e. sulfadiazina argéntica) en úlceras limpias que no curan o

Cuidados del paciente encamado: las úlceras por presión

continúan produciendo exudado después de 2 a 4 semanas de cuidados óptimos (Evidencia alta).

Sólo se recomienda el uso de antibióticos sistémicos cuando existe diseminación de la infección (celulitis, sepsis, etc) (Evidencia alta)

La prevención de la infección mediante el uso de antibióticos sistémicos con carácter profiláctico no parece una medida recomendada y tenemos buenas evidencias de que su uso no tiene una utilidad manifiesta, al menos usado de manera sistemática (Evidencia alta)

- Estimular el crecimiento del tejido de granulación, manteniendo un grado de humedad adecuado.
- La cura en ambiente húmedo ha demostrado mayor efectividad clínica y rentabilidad que la cura tradicional (Evidencia alta).
- La protección y el cuidado de la piel periulceral.
- La epitelización y la cicatrización.
- Las no recidivas. Figura 7.

9. MATERIAL MÍNIMO A DISPONER PARA LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

PRODUCTO	INDICACIONES
Ácidos Grasos Hiperóxigenados	Para la prevención de las úlceras por presión. Hay sugerencias de efectividad también en el tratamiento de lesiones en estadio I.
Apósito de plata	Primer escalón en el tratamiento de las lesiones con signos de colonización crítica o infección.
Apósito alginato cálcico	Para lesiones exudativas, especialmente profundas o cavitadas. Por su carácter hemostático tras un desbridamiento cortante con sangrado.
Apósito de Espuma de poliuretano (también denominados Hidrocelulares o Hidropoliméricos)	Para la prevención sobre prominencias óseas o zonas sometidas a presión y/o fricción. Para lesiones superficiales o profundas (en este caso, asociado a otros productos que rellenen la cavidad, especialmente si existe exudado moderado-abundante)
Apósito de hidrofibra	Para lesiones exudativas, especialmente profundas o cavitadas.
Apósito hidrocoloide	Para lesiones superficiales o profundas (en este caso, asociado a otros productos que rellenen la cavidad y sólo cuando el exudado sea escaso o nulo).
Colagenasa	Para el desbridamiento enzimático.
Colágeno sólo o asociado a moduladores de las proteasas	Como segundo escalón de tratamiento en lesiones, sin signos de colonización crítica, que no mejora y que puede deberse a una cronificación de la fase inflamatoria.
Hidrogel de estructura amorfa	Para lesiones poco exudativas profundas o cavitadas. Para el desbridamiento autolítico y ayuda del enzimático si se asocia a colagenasa.
Películas de Poliuretano Transparente o Pomadas de Óxido de Zinc	Para la protección de la piel perilesional o zonas sometidas a humedad constante o frecuente. La venta-ja de las Películas de Poliuretano estriba en permitir vez la lesión y ser de fácil retirada. Las pomadas de óxido de zinc deben ser retiradas completamente con productos de base oleosa, antes de aplicadas de nuevo.
Superficies Especiales de Manejo de la Presión	La superficie correcta debe ser seleccionada en función del riesgo y de la situación clínica del paciente.
Sulfadiazina argéntica	Como segundo escalón en el tratamiento de las lesiones con signos de colonización crítica o infección, si no ha mejorado con la limpieza, el desbridamiento y el uso de plata. Considerar como primer escalón de tratamiento para las quemaduras.

Tabla 1

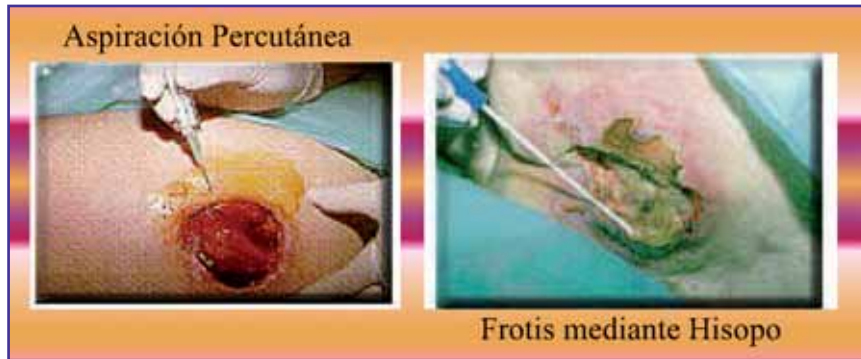


Figura 6. Técnicas para cultivo de heridas

10. VALORACIÓN GENERAL Y DIAGNÓSTICO

La valoración de la presencia o riesgo de aparición de UPP debe hacerse de manera integral, para ello es necesario realizar una valoración que incluya:

1. Historia clínica, con examen físico completo, prestando especial atención a factores de riesgo y a las causas que influyen en el proceso de cicatrización.
2. Valoración nutricional con un instrumento validado, por ejemplo Mini Nutricional Assessment (MNA test), de manera periódica, asegurando una ingesta de nutrientes adecuada, con suplementos si es preciso, compatible con las características del paciente (dentición, deglución, etc.) y con sus deseos.
3. Valoración sobre los aspectos psico-sociales, identificando a la persona cuidadora principal y que incluya actitudes, habilidades, conocimientos, medios materiales y apoyo social.

11. PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS

Siguiendo el modelo de Virginia Henderson y según las taxonomías de la NANDA, NOC y NIC, se desarrollan los siguientes diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras:

- ❑ NANDA 00047. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos (fuerzas de presión, fricción y/o cizallamiento).

INTERVENCIONES (NIC) 3540 Prevención de las úlceras por presión (en pacientes de riesgo y con lesiones).

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC):

1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

- 110101 Temperatura de la piel
- 110111 Perfusión tisular
- 110113 Piel intacta

ESCALA/INDICADORES:

- (1): Gravemente comprometido
- (2): Sustancialmente comprometido

(3): Moderadamente comprometido

(4): Escasamente comprometido

(5): No comprometido

- ❑ NANDA 00046. Deterioro de la integridad cutánea R/C factores mecánicos (fuerzas de presión, fricción y/o cizallamiento) y M/P la presencia de úlceras por presión en estadio I o II.

INTERVENCIONES (NIC) 3520 Cuidados de las úlceras por presión.

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC):

1103 Curación de la herida por segunda intención.

- 110301 Granulación
- 110321 Disminución del tamaño de la herida

ESCALA/INDICADORES:

- (1): Ninguno
- (2): Escaso
- (3): Moderado
- (4): Sustancial
- (5): Extenso

- ❑ NANDA 00044. Deterioro de la integridad tisular R/C factores mecánicos (fuerzas de presión, fricción y/o cizallamiento) y M/P la presencia de úlceras por presión en estadio III o IV.

INTERVENCIONES (NIC) 3520 Cuidados de las úlceras por presión.

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC):

1103 Curación de la herida por segunda intención.

- 110303 Secreción purulenta
- 110307 Eritema cutáneo circundante
- 110308 Edema perilesional
- 110312 Necrosis
- 110314 Fistulización

ESCALA/INDICADORES:

- (1): Extenso
- (2): Sustancial
- (3): Moderado
- (4): Escaso
- (5): Ninguno

Cuidados del paciente encamado: las úlceras por presión

Fases de cicatrización	Tipo de tejido	Exudado	Objetivos	Tratamiento
Fase Detersiva (Inflamación)	Necrótico seco	Nulo	Desbridamiento	Enzimas/hidrogel amorfo + Quirúrgico
	Necrótico húmedo	Alto	Desbridamiento	Quirúrgico
	Sin signos locales de infección	Bajo/medio	Reducción de la carga bacteriana	Plata sobre malla de carbón + Apósito hidropolimérico (profilaxis: cambios cada tres días. Tres cambios)
	Con signos locales de infección	Alto		Plata sobre malla de carbón + Apósito absorbente (tratamiento cambio cada tres días hasta desaparecer los signos locales)
Fase de Proliferación Granulación/Epitelización	Granulación	Bajo/nulo	Humectar	Hidrogel amorfo + Apósito hidropolimérico
	Granulación	Medio	Mantener nivel de humedad	Apósito hidropolimérico
	Granulación	Alto	Gestión de exceso de exudados	Alginato cálcico + Apósito hidropolimérico
	Epitelización	Bajo/nulo	Protección	Apósito hidropolimérico Ac. Hialurónico

Figura 7. Tratamiento de las Heridas

12. CUIDADOS PALIATIVOS Y ÚLCERAS POR PRESIÓN

En enfermos terminales, a veces es inevitable que aparezcan UPP, en este caso, si aparecen estas complicaciones saber que nuestra finalidad no es la curación sino PALIAR el dolor que ello puede ocasionar. Por tanto quedaría contraindicado técnicas cruentas tales como el desbridado quirúrgico, si recomendado medidas que mantengan limpia y protegida la herida, para evitar el desarrollo de la infección; la selección de apósitos que permitan distanciar las curas; mejorar el bienestar del enfermo, evitándole el dolor y/o en caso de existir, el mal olor de las lesiones, para ello suelen ser apropiados el uso de lidocaína al 2% para aliviar el dolor y metronidazol gel, o carbón activado para el olor. Si recordar siempre el uso de analgésicos pautados antes de realizar las curas.

En lo referente a los cambios posturales, prevalecerá siempre el deseo del paciente, aquello que aumente su bienestar, le relaje y el uso de medios complementarios: cojines, colchones antiescaras... El objetivo de los cuidados paliativos es mejorar la calidad de vida no solo del enfermo sino también de su familia, y ofertar cuidados enfermeros encaminados a cubrir sus necesidades, dignificar y realizar una labor humanitaria y gratificante.

13. EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO

Es necesario fomentar el uso de registros donde se valoren y analicen aquellos factores que contribuyan o predispongan a nuestros enfermos a la formación de UPP.

Es necesaria una evaluación periódica y continuada como medida de Prevención donde valorásemos patrones como su estado nutricional; higiene; riesgos por incontinencia; riesgos por inmovilidad; zona anatómica de ubicación de la herida, así como su extensión, longitud y anchura, perímetro y áreas, definición topográfica, volumen, aspecto y plan de cuidados a seguir.

La valoración global del paciente y de la herida es el pilar fundamental para establecer el Plan de Cuidados y marcar unos objetivos alcanzables a seguir. Para ello es de suma importancia el conocimiento y las destrezas de determinadas técnicas para el manejo de dichas heridas.

La evolución sería pues un registro único y unificado por todo el equipo interdisciplinar.

14. CONCLUSIÓN

La prevalencia de las úlceras por presión ha alcanzado tal magnitud que en algunos contextos la denominan la epidemia viva y silenciosa del siglo XXI.

El establecer unos criterios de continuidad asistencial y la utilización de un protocolo adecuado, son piezas claves

para disminuir tanto la aparición de las úlceras de piel como para su prevención.

Para llevarlo a cabo es indispensable el registro de los cuidados locales en pacientes que presentan úlceras por presión y en la continuidad de cuidados de estos pacientes. “Conocer los resultados de cada intervención, es esencial para planificar cuidados más efectivos” (Florence Nightingale).

Conseguir una adecuada prevención es el mejor indicador de calidad de los cuidados que presta un equipo de trabajo.

15. BIBLIOGRAFÍA

- Guía de Práctica Clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Guía de actuación en la prevención y tratamiento de las heridas. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud.
- J.J. Soldevilla. Guía práctica en la atención de las úlceras de piel. BRAUN. 4ª edición. 49-82; 94-102.
- Soldevilla Agreda, JJ; Torra i Bou, JE; Verdú Soriano, J; Martínez Cuervo, F; López Casanova, P; Rueda López, J; Mayán Santos, JM. 2º Estudio Nacional de Prevalencia de Úlceras por Presión en España, 2005. Epidemiología y variables definitorias de las lesiones y pacientes. Gerokomos 2006.17(3):154-172.
- Verdú, José; Nolasco, A; García, C. Análisis y evolución de la mortalidad por úlceras por presión en España. Período 1987-1999 Gerokomos 2003.14(4):212-226.
- Hibbs P. Pressure area care for the city & Hackney Health Authority. St Bartholomews Hospital, London. 1987.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Treatment Guidelines. En: <http://www.epuap.org/gltreatment.html>
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Documento Técnico nº 2: Directrices Generales Sobre Prevención de las Úlceras Por Presión. Logroño 2003. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/prevencion.pdf>
- NANDA internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2005-2006. Elsevier. Madrid. 2005.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera Edición. Elsevier. Madrid 2004.
- McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Cuarta edición. Elsevier. Madrid 2004.
- Rodríguez M, Almozara R, García F, Malia R, Ribera J. Cuidados de Enfermería al Paciente con úlceras por Presión. Guía de Prevención y Tratamiento. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz 2003
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Documento Técnico nº3. Tratamiento de las úlceras por presión. Logroño 2003. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/tratamiento.pdf>
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) y European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento nºVI: El dolor durante los cambios de apósito 2003. Disponible en: <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/dolor.pdf>
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP). Documento Técnico nº8. Recomendaciones sobre la utilización de antisépticos en el cuidado de heridas crónicas. <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/antisepticos.pdf>
- Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Documento Técnico nº9. Desbridamiento de Úlceras Por Presión y otras Heridas Crónicas. <http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/desbridamiento.pdf>
- www.gneaupp.org
- www.juntadeandalucia.es
- www.adams.es
- www.ulceras.net
- www.ua.es/prevencion_UPP

DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

DEPRESSION IN THE ELDERLY

■ **Sebastián Carrasco Muñiz**

DE Especialista Salud Mental. Hospital San Lázaro (Sevilla).

Resumen

Es un anciano quien tiene más de 65 años. La depresión en ellos, hace alusión al conjunto de síntomas que caracterizan a este tipo de trastorno mental, sin olvidar que muchas veces es un signo de otra enfermedad.

(Pseudodemencia depresiva, inicios de Demencias, etc.). La depresión en el anciano tiene formas peculiares de presentación (depresión menor, depresión de inicio tardío), pudiendo predominar a veces, síntomas físicos.

El tema es complejo, ya que la depresión va de la mano con trastornos en la esfera cognitiva e incapacidad, (el percibir deterioro deprime, y la depresión se acompaña de deterioro).

Es un síndrome geriátrico frecuente, el cual produce alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad en dicha población. Altera la calidad de vida del que la sufre, siendo a la vez un problema social y de Salud Pública.

La terapia antidepressiva en ancianos es complicada por comorbilidad de enfermedades orgánicas, politratamientos y por el aumento de sensibilidad a los efectos *farmacológicos*. Los ISRS (antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina) son el grupo de elección para el tratamiento.

ABSTRACT

It is an old man who is over 65 years. Depression in them, make reference to the cluster of symptoms that characterize this type of Disorder mental, not forgetting that it is often a sign of another illness (Pseudodementia depression, early dementia, etc.). Depression in the elderly have particular forms of presentation (minor depression Late-onset epression), can dominate at times, symptoms physical.

The issue is complex, and that depression goes hand in hand with mental disorders and cognitive and disability (the perceived deterioration depressed, and depression is accompanied by deterioration).

It is a common geriatric syndrome, which produces high levels of incapacity and increased mortality in this population. Altera quality life of the sufferer, being both a social and health problem Public.

Antidepressant therapy in the elderly is complicated by comorbidity organic diseases, multiprocessing and increased sensitivity to drug effects. SSRIs (antidepressants reuptake inhibitors, serotonin) are the of choice for treatment.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ DEPRESIÓN
- ✓ ANCIANO
- ✓ DETERIORO
- ✓ SUICIDIO

KEY WORDS

- ✓ DEPRESSION
- ✓ ELDERLY
- ✓ DETERIORATION
- ✓ SUICIDE

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un fenómeno demográfico nuevo, desde el punto de vista histórico, habiendo cambiado la esperanza de vida a lo largo de la historia, aumentando la proporción de ancianos dentro del total de la población. La presencia de enfermedad mental actúa de manera negativa frente a la esperanza de vida de los pacientes, siendo la depresión, el trastorno mental más frecuente en los ancianos.

Su presencia disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades físicas y eleva el riesgo de muerte prematura (no sólo por posibles suicidios), sino también por la enfermedad somática y el descenso de las defensas. Esto hace incrementar estancias hospitalarias, obteniendo un peor grado de funcionalidad, con repercusiones económicas y sociales muy elevadas.

Por ello, es fundamental un diagnóstico precoz para la aplicación de un tratamiento adecuado y correcto.

La prevalencia de depresión mayor es del 1 al 6%, la distimia depresiva entre el 3 y el 20%, y los trastornos adaptativos / ansiedad-depresión pueden llegar al 30%. Este tipo de estudio epidemiológico se refiere a la Comunidad. Si ya nos centramos en Residencias de Ancianos, la prevalencia es muy elevada, pero existe una gran dispersión de datos, pudiendo encontrar estudios en los que la prevalencia se sitúa en el 14%, y otros en los que se alcanza el 70%. En ancianos hospitalizados, según estudio de Koenig, la prevalencia de depresión mayor es del 14 al 25%.

2. ETIOPATOGENIA Y FORMAS CLÍNICAS

La depresión del anciano, independientemente de la forma clínica que adopte, se considera el resultado de la conjunción de varios factores heterogéneos que actúan en el terreno personal de cada paciente. Por tanto, la etiología es BIOPSICOSOCIAL.

Los factores de riesgo biológicos, incluso los genéticos, tienen tanta importancia como en la edad adulta.

Todos los cambios psicosociales que suelen acaecer en edades avanzadas (pérdidas personales, aislamiento, soledad, bajos ingresos económicos, etc.), cobran una especial relevancia y son frecuentemente originarios de depresión (sobre todo en varones). También son importantes las situaciones que generan estrés crónico.

Los factores psicológicos incluyen entre otros, los sentimientos de culpa y los patrones de pensamiento negativo. La disfunción cognitiva es otro factor de riesgo importante. Los trastornos médicos (cáncer, IAM, AVC, infecciones virales, etc.), abuso del alcohol, algunos fármacos y drogas también pueden ser causa de depresión en el anciano.

Dentro de la depresión en el anciano, podemos distinguir:

a) Depresión Mayor, cuyos criterios diagnósticos son:

El humor deprimido o pérdida de interés o placer de 2 semanas de duración, ACOMPAÑADO de 4 o más síntomas de los siguientes:

- Alteración del apetito ó pérdida de peso.
- Insomnio o hipersomnia.
- Inquietud o retraso psicomotor.
- Pérdida de energía.
- Sentimientos de inutilidad ó culpabilidad.
- Dificultad para concentrarse ó tomar decisiones.
- Pensamientos recurrentes de muerte ó suicidio.

b) Depresión Menor, si están presentes, al menos 2, pero menos de 4 de los síntomas antes mencionados.

c) En la Distimia aparece un estado de humor ó ánimo triste durante un número de días mayor de lo habitual, más otros 2 síntomas de la Depresión Mayor.

d) Dentro del TAB, puede aparecer la Fase Depresiva en el anciano.

e) Depresión de inicio tardío.



“Estoy solo, triste, no tengo ganas de comer, me cuesta dormir, he dejado de echar mis partidas de dominó, sólo quiero.....”

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO

ELEMENTO	SÍNTOMAS
A) ESTADO DE ÁNIMO	Actitud deprimida, irritabilidad ó ansiedad (puede ser sustituido por quejas somáticas), accesos de llanto.
B) MANIFESTACIONES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS	Falta de confianza en sí mismo, baja autoestima, remordimiento, mala memoria y concentración, retracción social, desesperanza, ideas suicidas recurrentes (infrecuentes, pero muy graves).
C) MANIFESTACIONES SOMÁTICAS	Retardo psicomotor y fatiga, agitación, pérdida de peso, anorexia e insomnio.
D) MANIFESTACIONES PSICÓTICAS	Ideas delirantes de perjuicio y autorreferencial, alucinaciones auditivas, etc.



3. PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Bajo los Patrones Funcionales de Salud de GORDON (11), elaboraremos un PLAN DE CUIDADOS para el anciano con depresión. (Anexo 1)

A. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

❑ PATRÓN 1: PERCEPCIÓN Y CONTROL DE LA SALUD

Han podido tener alteraciones de salud relacionadas con patología. Es posible que no cuiden su salud, con riesgo abandono de tratamientos médicos. Riesgo de accidentes por efectos adversos de la medicación.

❑ PATRÓN 2: NUTRICIONAL Y METABÓLICO

El apetito, ingesta de alimentos y líquidos suele estar disminuida. Molestias digestivas. Riesgo de deshidratación/desnutrición. Sequedad de boca por los efectos del tratamiento.

❑ PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Debido a la inactividad y efectos del tratamiento, la eliminación intestinal puede disminuir.

❑ PATRÓN 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Es frecuente la anergia, cansancio, debilidad, la falta actividad y lentitud de movimientos, pérdida de interés para realizar actividades de las que antes disfrutaba. En relación al autocuidado, puede requerir supervisión en la alimentación y necesitar apoyo para conservar su apariencia personal, para el baño, vestido y acicalamiento.

❑ PATRÓN 5: REPOSO Y SUEÑO

Sensación de cansancio por problemas de conciliación del sueño, insomnio, despertar precoz ó hipersomnia.

❑ PATRÓN 6: COGNOSCITIVO Y PERCEPTUAL

Dificultad para concentrarse, olvidos frecuentes, para tomar decisiones. Frecuente es la sensación de dolor crónico y molestias, no relacionados con causa física (no responden a los fármacos).

❑ PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN Y AUTOCONCEPTO

Sentimientos de poca valía, inutilidad, impotencia, culpabilidad, pérdida de interés por la vida, desesperanza y desolación. Sentimientos pesimistas hacia el futuro.

IDEAS DE MUERTE O SUICIDIO

❑ PATRÓN 8: FUNCIÓN Y RELACIÓN

Viven solos, la mayoría, y en otras ocasiones, acompañados, pero realizando la labor de cuidador. Tendencia al aislamiento social, sentimientos de soledad.

❑ PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Disminución de la libido e inapetencia sexual.

❑ PATRÓN 10: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Se han producido cambios en sus vidas, se sienten incapaces de resolver problemas y responsabilidades de la vida cotidiana. Están tensos, intranquilos e irritables. Sienten pérdida de interés por vivir.

❑ PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS

Es frecuente que no tengan planes de futuro, lo cual puede ser causa de gran sufrimiento.

4. PREVENCIÓN Y CONCLUSIONES

Se ha propuesto que la actitud mental positiva puede acentuarse si la persona tiene la convicción que de ese modo puede lograr alcanzar las metas que se ha propuesto.

Así, el anciano a riesgo de depresión, puede aminorar el riesgo mediante instrucciones en la relación cuerpo-mente, capacitación en técnicas de relajación, restructuración cognitiva, entrenamiento en la solución de problemas y en comunicación, y manejo conductual del insomnio, adecuada nutrición y demás autocuidados (dentro de sus posibilidades físicas e incapacidad) y motivación para ejercicio físico.

Los ancianos instruídos en un mejoramiento de la capacidad para vivir en mejor forma, sufren menos depresión, ansiedad, dolor e insomnio.

Otra forma de prevención de la depresión en el anciano es el empleo de antidepresivos en pacientes de alto riesgo. Los tratados inicialmente con ellos tienen menor riesgo de recidivas, unido a Psicoterapia. Todo ello conlleva al manejo del anciano por un Equipo Multidisciplinar (Psiquiatra, Psicólogo, Enfermería, etc.).

Los antidepresivos son tan eficaces en general en los ancianos como en los adultos más jóvenes. Los más usados para los ancianos son los ISRS (inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y norepinefrina), entre los cuales están: Paroxetina, Fluoxetina, Duloxetina, Citalopran, Escitalopran, Sertralina...

Hay que tener en cuenta las interacciones medicamentosas, efectos adversos, unión con otros antidepresivos, etc.

Deben seguir revisiones en ESMD, para posteriormente cuando el problema esté resuelto seguimiento por MAP-ENFERMERA REFERENTE.

Hay que vigilar a los ancianos con riesgo de suicidio, a los cuales se le ha de realizar seguimiento continuo, si no están hospitalizados, con visitas periódicas a domicilio y valoración constante. Suelen ser pacientes con duelos recientes, soledad, desesperanza, baja autoestima, etc.

Recientes estudios han demostrado la resolución de las depresiones graves en los ancianos en tratamiento conjunto de Psicoterapia y antidepresivos ISRS, con su respectivo seguimiento y control.

Investigaciones y estudios recientes en EEUU, han demostrado que se producen más muertes al año por suicidios en enfermos mentales, que por accidentes.

ANEXO 1

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	FACTORES RELACIONADOS O RIESGO	CRITERIOS DE RESULTADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERAS
00035 Riesgo de lesión	- Psicológicos: orientación afectiva. - Químicos: fármacos, alcohol, etc.	1911 Conductas de seguridad personal. 1902 Control del riesgo.	6610 Identificación de riesgos. 6486 Manejo ambiental. 6654 Vigilar, seguridad.
00099 Mantenimiento ineficaz de la salud	- Deterioro cognitivo - Deterioro perceptivo - Sufrimiento espiritual.	1603 Conducta de búsqueda de la salud. 1609 Conducta terapéutica, lesión ó enfermedad.	5618 Enseñanza procedimiento/tto. 5602 Enseñanza proceso de enfermedad. 4480 Facilitar autorresponsabilidad.
00002 Desequilibrio nutricional. Defecto	- Factores psicológicos - Factores económicos - Factores biológicos	1004 Estado nutricional.	5246 Asesoramiento nutricional. 1240 Ayuda para ganar peso. 1030 Manejo de los trastornos de la alimentación.
00015 Riesgo de estreñimiento.	- Depresión. - Antidepresivos. - Inactividad.	0501 Eliminación intestinal.	0450 Manejo del estreñimiento Impactación.
00093 Fatiga	- Depresión	0006 Energía psicomotora 0001 Resistencia	0180 Manejo de la energía 4310 Terapia de actividad
00102 Déficit de autocuidados: alimentación 00108 Déficit de autocuidados: baño. 00109 Déficit de autocuidados: vestido.	- Debilidad y cansancio. - Incapacidad.	0303 Autocuidados: comer. 0300 Autocuidados: avd 0301 Autocuidados: baño.	1803 Ayuda con los autocuidados
00095 Insomnio	- Factores ambientales - Soledad - Duelo complicado - Malestar físico	0004 Sueño.	1850 Mejorar el sueño.
00096 Deprivación del sueño	- Malestar prolongado - Persistencia de higiene del sueño inadecuada.	0003 Descanso 0004 Sueño	1850 Mejorar el sueño.
00133 Dolor crónico	- Incapacidad psicosocial crónica	2102 Nivel del dolor	1400 Manejo del dolor

Depresión en el anciano

DIAGNÓSTICO ENFERMERO	FACTORES RELACIONADOS O RIESGO	CRITERIOS DE RESULTADOS	INTERVENCIÓN DE ENFERMERAS
00118 Trastorno de la imagen corporal	- Perceptuales - Psicosociales	1205 Autoestima	5400 Potenciar autoestima 5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo 5220 Potenciación de la imagen corporal
00119 Baja autoestima crónica		1205 Autoestima 1208 Nivel de depresión	Idem anterior
00124 Desesperanza	- Estrés de larga duración - Pérdida de la fe	1204 Equilibrio emocional 1201 Esperanza 1208 Nivel de depresión	1800 Ayuda al autocuidado 5330 Control del humor 5310 Dar esperanza
00146 Ansiedad	- Crisis situacionales - Duelo complicado - Conflicto inconsciente de objetivos vitales	1402 Autocontrol de la ansiedad	5820 Disminución de la ansiedad
00140 Riesgo de violencia autodirigida	- Depresión grave - Desesperanza - Soledad	1408 Autocontrol del impulso suicida	5310 Dar esperanza 4354 Manejo de la conducta: autolesión 6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia 6340 Prevención del suicidio
00052 Deterioro de la interacción social	- Alteración de los procesos del pensamiento - Trastornos del autoconcepto	1503 Implicación social	5440 Aumentar sistemas de Apoyo 5400 Potenciar autoestima 5100 Potenciar socialización
00060 Interrupción de los procesos familiares	- Pérdida del cónyuge - Soledad	2600 Afrontamiento de los problemas	7140 Apoyo 7130 Mantenimiento en procesos familiares
00059 Disfunción sexual	- Alteración biopsicosocial de la sexualidad	0119 Funcionamiento sexual	5248 Asesoramiento sexual
00069 Afrontamiento inefectivo	- Falta de confianza para afrontar situación - Inadecuado nivel de percepción de control	1302 Afrontamiento de problemas	5270 Apoyo emocional 5230 Aumentar el afrontamiento
00066 Sufrimiento espiritual	- Depresión - Soledad - Deprivación sociocultural	1201 Esperanza	5270 Apoyo emocional 5240 Apoyo espiritual 5310 Dar esperanza

5. BIBLIOGRAFÍA

- Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación. NANDA. 2007-08.
- Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª Edición. 2009.
- Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª Edición. 2009.
- www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUDO
- www.gerontogeriatría.org.ar/pdf/depresión%20huelva%20jmg%20
- www.feoc.vgto.mx/super/enfermería/F0081/1.htm
- Cuidados gerontopsiquiátricos: una visión diferente del cuidar a nuestros Ancianos enfermos. Cibanal, L. Enfermería científica N° 196-197 Julio-Agosto 1998. Pág. 60-69.
- Antoni Bernabarré-Marc Valentí. La Depresión en el Anciano. 2007. Pág. 1-30.
- Gordon M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10ª Edición. Elsevier/Mosby: Madrid 2003.



Groupama

Seguros



MUTUA
EUROPEA
DE SEGUROS

TU SEGURO POR SER ENFERMERA/O
AÚN MÁS BARATO

PREGUNTE EN LA OFICINA DEL COLEGIO
POR LOS DESCUENTOS Y OFERTAS PARA
ESTE NUEVO AÑO 2011 Y PAGUE MENOS
POR SUS SEGUROS:

COCHE, HOGAR, VIDA, SALUD... ETC
LE DESEAMOS FELIZ NAVIDAD Y UN
PROSPERO AÑO NUEVO.

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

PRECIOS
INCREIBLES

Atención Personalizada.

XXVII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA "CIUDAD DE SEVILLA"



José María Iborra

PREMIOS

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

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

BASES

- 1°. **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2°. **OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo. El Certamen se amplía con un Accésit denominado "Enfermería Joven" y dotado con **1.000 Euros**. Se otorgará al estudio monográfico o trabajo de investigación inédito de los presentados al Certamen por profesionales de enfermería colegiados que hubiesen terminado los estudios universitarios hasta cuatro años anteriores a la presente convocatoria, debiendo presentar documento que acredite el año de finalización de los estudios de enfermería. Un mismo trabajo no se podrá presentar, conjuntamente, a los premios y al accésit. Cualquier colegiado que cumpla los requisitos indicados en el párrafo anterior, podrá optar por alguna de las dos modalidades, en el caso de presentarse para el "Accésit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven".
- 3°. **DOTACIÓN:** La dotación económica será de **3.600 Euros** para el trabajo premiado en primer lugar; **1.800 Euros** para el trabajo premiado en segundo lugar y **1.200 Euros** para el premiado en tercer lugar.
- 4°. **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- 5°. **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6°. **JURADO:** Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales corresponderá: al Colegio de Sevilla; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; tres Vocales del profesorado de las Escuelas Universitarias de Enfermería y uno de entre los responsables de las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. Todos los miembros del jurado serán Diplomados en Enfermería. Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El jurado será nombrado anualmente.
- 7°. **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- 8°. **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- 9°. **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Ramón y Cajal, nº 20-Acc. (41005-Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXVII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación. En su interior incluirán: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombre y dirección completa del autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere. Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.
- 10°. **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXVII Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11°. **TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien a parezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 28 de octubre de 2011. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el Secretario del jurado, mediante correo certificado.
El fallo del jurado se hará público el día 12 de diciembre de 2011.



147 Años avanzando con la profesión

PREMIOS 2010

1º Begoña López López (Sevilla)
2º Mª Francisca Jiménez Herrera (Tarragona)
3º José A. Ponce Blandón (Sevilla)
Accésit: Soledad Guerra Rodríguez (Sevilla)

Patrocina



seguros