

HYGIA de ENFERMERIA

Nº 82, Año XX- 2013

Colegio de Enfermería de Sevilla

Manejo de la
Ansiedad:
“Del agobio a
la tranquilidad
por mediación
de Jacobson”.

Papel de
enfermería
en la mejora
del sueño en
una unidad
cuidados
intensivos:
revisión
bibliográfica.

Cirugía menor
a domicilio: es
posible.

Enfermería en
el trastorno
límite de
personalidad.





**SEGURO DE
RESPONSABILIDAD
CIVIL**
DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA MAPFRE

EL COLEGIO TE PROTEGE

CON EL ÚNICO SEGURO -INCLUIDO EN LA CUOTA- QUE CUBRE A 1^{er}
RIESGO TODAS LAS ACTIVIDADES PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN
EL ÁMBITO PRIVADO, CONCERTADO Y PÚBLICO (*)

3,5
MILLONES
DE EUROS

3.500.000 €

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

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES:

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

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

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

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

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

(*) Hospitales y centros de salud públicos, Hospitales y centros privados, Hospitales y centros concertados con el SAS, Residencias de mayores y Centros sociosanitarios públicos, concertados y privados, Compañías aseguradoras, Consultas privadas y Ejercicio libre de la profesión.

Si tienes otras pólizas contratadas, para evitar consecuencias no previstas, tráelas al Colegio para que te aclaremos sus coberturas y si te cubren la actividad privada, concertada y pública.

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing" ■ Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 €/mes, por un plazo máximo de 15 meses

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

DE CRISIS, DOTACIONES, EMIGRACIÓN...

El presente número de Hygia que el lector tiene en sus manos supone alcanzar el vigésimo quinto año de existencia de esta publicación científica-profesional a cargo del Colegio Oficial de Enfermería de la provincia de Sevilla. Paso a paso, como su fraterno "Enfermería Sevillana", los años e incluso las décadas empiezan a acompañar el discorrir del tiempo para una cabecera dedicada, en exclusiva, a la difusión de los trabajos dedicados a la reflexión profesional a cargo del colectivo sevillano. La sola existencia de esta publicación, es síntoma del esfuerzo por mantener y potenciar una de las señas identitarias.

Y como sucede en todos los pórticos que atisban las perspectivas pendientes de confirmación, la presente edición de Hygia para el primer cuatrimestre/2013, debe estar, forzosamente unida a los mejores deseos para que el calendario recién estrenado vaya deparando unas mejores nuevas que las contabilizadas a lo largo y ancho del concluido 2012. A nadie se le oculta lo espinoso que ha resultado el último ejercicio anual con toda suerte de recortes y menor dotación en las contrataciones temporales hasta finalizar en la ausencia de la paga extraordinaria de Navidad que afecta al conjunto de los profesionales vinculados a las administraciones públicas del Estado. Razón por la que nadie podrá reprochar la más que generosa aportación por parte de centenares de miles de sanitarios, jueces, policías, docentes y un larguísimo etcétera en la tarea de salvar la derrumbada y deficitaria economía nacional.

Con semejante trasfondo, el camino que acabamos de inaugurar en la comunidad no parece estar exento de presen-

cias que los expertos ya aseguran abiertamente que viviremos un año igual o aún más complicado sanitaria y profesionalmente hablando, que el precedente. Razón: el enorme peso del déficit en las cuentas públicas para asegurar nuevos tijeretazos y ajustes en las partidas económicas destinadas al campo sanitario comenzando por la troncal, la que maneja la Consejería de Salud de la Junta a la que, en el momento del cierre de esta edición, los pronósticos más fiables vaticinaban una poda sustancial de casi el 10% de su montante respecto al global en 2012.

La crisis, en consecuencia, no se quiere marchar ni apartar de nuestra realidad. Desafortunadamente, la sanidad pública ya está totalmente inmersa en la crudeza que afecta a todos los ámbitos de España, por mucho que a los políticos de turno –los cercanos como los distantes– se les llene la boca de asegurar que Sanidad y Educación iban a ser capítulos intocables... pero solo en las proclamas que no en la realidad cotidiana que ofrecen los números. Las consecuencias son muchas y de envengadura. Llámense la existencia de unas plantillas de profesionales ajustadas al máximo lo que comportará una carga asistencial creciente en cuanto a demanda e intensidad asistencial.

Y qué decir de la lamentable emigración que está literalmente expulsando de nuestro ámbito provincial a centenares y centenares de jóvenes titulados que se ven ante la dolorosa decisión de tomar otros rumbos porque la certeza de su casi imposible inserción laboral no admite más paños calientes. En este Colegio hay constancia diaria de esa misma realidad –la emigración– que podrá o no gustar o convencer su enumeración pero que es toda una muestra del fracaso que supone formar a unos profesionales que, a las primeras de cambio, no van a tener opciones

para demostrar sus cualificaciones entre nosotros. Así de simple, así de frustrante.

Ciertamente, desde este Colegio se están adoptando medidas para paliar, en la medida de las posibilidades, la crudeza de este momento. La rebaja de las cuotas para los parados y para el colectivo en general son señales de que nos ocupa y preocupa la enorme incertidumbre y precariedad en que vive y se desenvuelve una buena parte de la enfermería sevillana. Como no podemos ser, en absoluto, ajenos a este panorama, hacemos firmes votos para que desde la administración sanitaria regional se tenga la plena sensibilidad de que la aportación de la enfermería es fundamental si, como nadie duda, el horizonte del Sistema continúa girando para ofrecer una atención de la mayor calidad posible al ciudadano. Pero que nadie olvide que esa misma calidad pasa, forzosamente, por contar y disponer con unos recursos humanos lo suficientemente dotados para que no se aboque a un ejercicio profesional sencillamente estresante.

Con semejante ánimo brindamos esta primera aparición de Hygia en 2013. Ojalá que en los sucesivos números cuatrimestrales que depare el calendario, nos veamos en la obligación de rectificar los pronósticos existentes ahora mismo sobre la mesa y debamos, para los meses venideros, asegurar que cualquier tiempo pasado fue peor. Por lo pronto, los profesionales de enfermería demandan de las autoridades sanitarias las imprescindibles dosis de sinceridad en la plasmación de una realidad que se construye en el día-a-día. No sea que el marketing (maquillaje) se empeñe en distorsionar lo que vaya marcando las hojas del calendario y debamos consumir ruedas del tamaño de una molineta por desgracia tan frecuente.

EDITA

Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José María Rueda Segura

SUBDIRECTORA

María Pilar Cordero Ramos

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: El ave sin rostro

Autora: Esther López Pombero

Nº colegiada: 13.513

Sumario

- 5 MANEJO DE LA ANSIEDAD: "DEL AGOBIO A LA TRANQUILIDAD POR MEDIACIÓN DE JACOBSON"
Montero Rodríguez, M. G. Gómez Rodríguez, A.; Montero Rodríguez, M. M.

- 13 CIERRE ASISTIDO POR VACÍO
Tejada Domínguez, F. J.

- 19 GUÍA SOBRE LA ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA COLANGIOPANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)
Caro González, M. C.; Fernández Riejo, L.

- 24 ROL DE ENFERMERÍA EN EL NACIMIENTO DE LOS D. C. C. U. MÓVILES DISTRITO SEVILLA
Muñoz Simarro, D.; Míguez Burgos, A.; Tello Pérez, S.

- 31 MANEJO DE LA INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA EN ATENCIÓN PRIMARIA
Romero Escobar, S.; Frutos Macías, E. M.

- 36 PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA MEJORA DEL SUEÑO EN UNA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA
Bárceñas Villegas, D.

- 40 CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON AFASIA MOTORA POR LOE* FRONTAL. CASO CLÍNICO
Granados Cordero, J.; Grau Grau, M. J.; García Martín, F. J.

- 44 CIRUGÍA MENOR A DOMICILIO: ES POSIBLE
Cid González, M. C.; Muñoz Martínez, I.I.; Alcón Jiménez, C.; Coserria Sánchez, L.

- 49 PREVENCIÓN DE TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO EN PREADOLESCENTES
Boza Infantes, Á.; Aguilar Rodríguez, E.

- 53 EXPERIENCIA EN LA PUESTA EN MARCHA DE UN TALLER POSTPARTO
Delgado Muñoz, E.; Hidalgo Parejo, M. D.; Blanco Veloso, A.

- 59 ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD
Carrasco Muñiz, S.

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.

MANEJO DE LA ANSIEDAD: “Del agobio a la tranquilidad por mediación de Jacobson”

Management of Anxiety: “The burden to the peace through the mediation of Jacobson”

- M^a de Gracia Montero Rodríguez¹
- Antonio Gómez Rodríguez²
- M^a del Mar Montero Rodríguez³

¹ Enfermera, Unidad de Salud Mental Comunitaria, Dos Hermanas. Sevilla

² Enfermero, Unidad de Salud Mental Comunitaria, Dos Hermanas. Sevilla

³ Aux. Administrativa, Unidad de Salud Mental Comunitaria, Dos Hermanas. Sevilla

Resumen

Las personas que padecen estrés o ansiedad ocupan un número muy elevado dentro de la demanda en el sistema de salud, generando un detrimento en su calidad de vida. Al desarrollar este trabajo lo que intentamos es poder llegar a la gran mayoría de estos pacientes y poder generalizar una pauta de actuación eficaz para el mayor número de ellos. Proporcionándoles unos medios eficaces para poder afrontar la ansiedad o al menos, que sean capaces de iniciar el largo camino hasta poder conseguir erradicar la ansiedad de sus vidas.

Intentamos por medio de la relajación progresiva de Jacobson, desarrollando unos ejercicios fáciles, favoreciendo el control de la respiración y la calidad de vida, para conseguir que puedan ser “felices” en todos los sentidos personales posibles.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ ansiedad
- ✓ relajación
- ✓ respiración
- ✓ ejercicios
- ✓ automatización

Abstract

People suffering from stress and anxiety play a very large number of demand within the health system, creating a detriment to their quality of life. In developing this work is what we are trying to reach the vast majority of these patients and to generalize a pattern of effective action for the greatest number. Providing an effective means to cope with anxiety or at least be able to start the long road to get to eliminate the anxiety of their lives.

We tried using Jacobson's progressive relaxation, developing some easy exercises, favoring the control of breathing and quality of life, to get to be “happy” in every way possible personal.

KEY WORDS:

- ✓ anxiety
- ✓ relaxation
- ✓ breathing
- ✓ exercises
- ✓ automation

INTRODUCCIÓN

Las técnicas de relajación son una herramienta muy demandadas en la sociedad actual donde el estrés y la prisa son fuente de malestar psicológico para gran parte de la población. La relajación, una técnica clásica en psicología, sigue siendo ampliamente utilizada, tanto como fin en si misma o como medio de complementación de otros tipos de intervención.

A la relajación se le ha llamado la “aspirina” de la psicología

y ha sido empleada casi para todo con más o menos éxito. De hecho en la literatura científica existe cada vez más evidencia de la eficacia de los procedimientos de la relajación. La relajación se ha convertido en un componente básico en todos los tratamientos de ansiedad, que todavía predominan, en la variedad de problemas que se ven en terapia.

Las investigaciones han demostrado la eficacia de los procedimientos de la relajación (incluyendo la relajación mus-

cular progresiva, la meditación, la hipnosis y el entrenamiento autógeno) en el tratamiento de muchos problemas relacionados con la tensión, tal como el insomnio, la hipertensión esencial, dolores de cabeza por tensión, el asma bronquial y la tensión general. Los métodos de relajación se utilizan también como tratamiento coadyuvante en muchas condiciones, tal como la ansiedad de hablar en público, las fobias, la ansiedad intensa, el síndrome de colon irritable, el dolor crónico y las disfunciones sexuales. Como se ve, dentro del término relajación se incluyen no sólo una técnica, sino varias formas de hacer o de influir sobre la tensión y la ansiedad. De entre todos los métodos que describiremos hay uno que recomendamos por ser el más efectivo en la reducción de la tensión y la ansiedad, siendo al mismo tiempo de fácil aprendizaje y dominio para los pacientes/usuarios; se trata de la relajación progresiva.

El desarrollo de estas actividades la realice en Salud Mental (con pacientes con trastorno mental grave y con pacientes solo con ansiedad), las conclusiones y actividades que expongo aquí son las que pude realizar y sacar, al poder trabajar con ellos durante 6 meses y solo fueron utilizadas con aquellos pacientes que acudían a la unidad. Pero actualmente me encuentro en atención primaria y estas actividades y el manejo de la ansiedad deberían llevarse a cabo en todos los ámbitos y no solo en unidades especializadas.

JUSTIFICACIÓN

La justificación en sí, viene dada por la mejoría que puede observar y apreciar en los pacientes/usuarios; porque en la mayoría de los casos se tiende a lo fácil. Dar o administrar una medicación que no le ayuda a solucionar nada y que le puede producir “problemas” en lugar de dar soluciones. Es muy sorprendente y satisfactorio poder apreciar como va evolucionando una persona con problemas solo por medio del ejercicio, tener tiempo para hablar con ellos y sobre todo **ESCUCHAR** dedicándole el tiempo que requiera cada uno, dentro de sus necesidades.

Los pacientes diana para la relajación serían aquellos que cumplen alguno o varios de los siguientes **Diagnósticos NANDA** propuestos:

- **00069** Afrontamiento inefectivo
- **00114** Síndrome del estrés del traslado
- **00124** Desesperanza
- **00125** Impotencia
- **00146** Ansiedad y asociado al 00147 ansiedad ante la muerte
- **00148** Temor
- **00149** Riesgo de síndrome de estrés al traslado

Estos diagnósticos los podemos relacionar con las siguientes **Intervenciones Enfermeras (NIC)**:

- **5270 Apoyo emocional**, ya que debemos conseguir sacarlo de la rutina, que deriva en ansiedad. De esta forma proporcionamos un nuevo ambiente en su vida, nuevas personas y nuevas aportaciones al relacionarse con ellas.
- **5330 Control del humor**, si conseguimos evitar estos picos es más fácil poder controlar la ansiedad que generan los cambios de humor. Así podrá controlarlos en la medida de lo posible.

- **5310 Dar esperanza**, conseguir que la persona se sienta segura y que puede salir de la ansiedad.
- **5430 Grupo de apoyo**, facilitando a la persona el poder afrontar las situaciones estresantes.
- **5320 Humor**, favorecer el mantenimiento de un humor medio, es decir que haya los menores altibajos posibles.
- **6000 Imaginación simple dirigida**, proponemos situaciones en las que la persona se siente bien o puede sentirse bien, intentando reducir el estrés.
- **5880 Técnica de relajación**.
- **5450 Terapia de grupo**, favorecer el afrontamiento de problemas, proporcionando diferentes puntos de vista y estableciendo lazos de apoyo entre los participantes en las sesiones.
- **6040 Terapia de relajación simple**
- **4400 Terapia musical**, favorecemos un ambiente agradable para la relajación, por medio de música, sonidos naturales u otros que proporcionen un ambiente cómodo para el grupo.

La mejor forma de saber si funcionan todas estas intervenciones es por la respuesta dada por los pacientes, pasándoles el test inicial de estrés y comparándolos, así como por como se sienten.

MÉTODO

- Aula con espacio suficiente para 25 personas, mínimo. Con espacio para colocar colchonetas y/o sillas cómodas, aunque en las sesiones realizaremos grupos de 10-15 personas.
- Iluminación adecuada, sistema de calefacción/frío (operativo) y alejada de zonas de paso o con interferencias sonoras importantes.
- Material didáctico proporcionado a los asistentes/usuarios, se compone: (*)
 - Formulario de recogida de indicadores de tensión y ansiedad (I)
 - Fotocopia “Vivir sin ansiedad” (II)
 - Técnica de Jacobson, descrita por imágenes y con leyenda explicativa. (III)
 - Formulario para recogida de datos de actividades realizadas en casa. (IV)
 - Encuesta de satisfacción. (V)
- Los pacientes/usuarios deben venir con ropa cómoda, ya que todo lo que pueda comprimir o presionar (gafas, sujetadores, lentes de contacto, etc.) podría dificultar el desarrollo de las sesiones y la consecución de objetivos.
- Al menos deben ser dos profesionales de la salud, los que desarrollen la actividad, entrenados en técnicas de relajación y control de estrés, empatía y asertividad. (al menos uno de ellos debe ser enfermer@). La voz es muy importante, por ello debemos tener un tono normal. Un poco bajo y pausado, pero en ningún caso debe ir perdiendo volumen o hacerse más lento, ya que no conseguiríamos crear el ambiente adecuado.
- Las sesiones serán cerradas, con un mínimo de 10 y máximo de 20 alumnos y se desarrollarán 2 días a la semana,

con una duración de 90 min y durante 7 días, desarrollándose de la siguiente forma:

- **Día 1-** Introducción, “Vivir sin ansiedad” y respiración.
 - **Día 2-** Respiración y comienzo de la Técnica de Jacobson.
 - **Día 3-** Ejercicios de cara y cuello.
 - **Día 4-** Ejercicios de hombros, brazos y pecho.
 - **Día 5-** Ejercicios de estómago, espalda, cintura/glúteos y piernas.
 - **Día 6-** Repaso de todos los ejercicios, sentados y tumbados.
 - **Día 7-** Repaso y valoración del curso por los alumnos.
- El 1º día se pasarán los anexos I y II (para cumplimentar éste en casa al practicar los ejercicios, se le proporcionarán 1 por semana, hasta poder completarlo). Así podremos ir valorando la consecución de objetivos, hacer más hincapié en actividades que le produzcan dificultad y afianzar conceptos.
 - Las sesiones comenzarán a partir del 2º día con ejercicios de respiración (5 min), explicación de la tarea propuesta para ese día, práctica de los ejercicios del día y practicar todos los ejercicios visto hasta ese momento
 - El 7º día se recogerán todos los anexos IV y se dará el V para cumplimentarlo.
 - Las sesiones deben ser dinámicas y acordes al grupo, avanzando de forma que todos lleguen lo más posible al máximo nivel personal en clase. Debemos hacer mucho hincapié en la importancia de **automatizar** las actividades para poder realizarlas de “**forma involuntaria**” cuando las necesiten y la gran importancia de practicar todos los días en casa (al menos 2 veces, durante 10-15 min).
 - Debemos intentar que comprendan que estas actividades son para disminuir y evitar la ansiedad, por ello la

importancia de practicarlas en casa, pero que una vez instaurada la crisis es difícil poder hacer los ejercicios sino están automatizados.

RESULTADOS

La actuación sobre la ansiedad en salud mental, llegan a ser muy útiles porque se consigue conectar/ayudar, a los usuarios para poder disminuir la ansiedad y dotarlos de mecanismos para protegerse y responder de forma adecuada ante una situación estresante o generadora de ansiedad. Podemos objetivar como la asistencia supera las expectativas con respecto a otros programas puestos en marcha. La asistencia es de aproximadamente el 90% y el grado de satisfacción es del 95%, incluso en los casos que no logran disminuir su ansiedad tanto como desearían, pero son capaces de identificar un punto de unión con el resto de alumnos, un apoyo y una base para seguir avanzando y lograr disminuir su ansiedad.

Por otro lado también se objetiva que el número de sesiones es “poco” según refieren los usuarios, pero la intención es comenzar con algo. Es decir, implantar un punto de partida para hacer dos niveles de actuación. Uno inicial que correspondería con la actividad desarrollada (una entrada y primera toma de contacto con la relajación) y un segundo nivel donde intentaremos mejorar y automatizar el desarrollo de las técnicas de relajación.

También debemos comentar que junto al desarrollo de esta actividad, desarrollamos las relaciones sociales, empatía, asertividad y poder dotar de apoyos efectivos tanto dentro de las sesiones como fuera, entre los participantes y los instructores. Para finalizar, me gustaría decir que a la vista de los resultados, sería muy positivo poder realizar estas actividades dentro de Atención Primaria y no solo en las unidades de salud mental. Porque la demanda existente es muy amplia, los costes para desarrollarla es bajo pero los beneficios para los usuarios es muy elevado.

ANEXO IV

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN SOBRE EL TALLER DE RELAJACIÓN

- | | |
|--|--|
| <p>1. Le parece que el taller a tenido:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Mucho interés b. Bastante interés c. Poco interés d. Nada interés | <p>d. La técnica de relajación</p> <p>e. Nada</p> |
| <p>2. Durante este curso:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Ya conocía las técnicas b. He aprendido muchas cosas útiles c. No ha entendido bien las explicaciones d. Considera que ha perdido el tiempo | <p>3. En relación con la duración de las sesiones, les parece:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Largas b. Cortas c. Suficientes |
| <p>3. Si se hiciera un nuevo curso para otros usuarios, cree que debería cambiarse:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Todo b. El horario c. La forma de explicar | <p>4. Como valorar la actuación de los profesionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Muy buena b. Buena c. Aceptable d. Mala |
| | <p>6. Aportaciones personales:</p> |

ANEXO I

FORMULARIO I, INVENTARIO DE INDICADORES DE TENSION Y ANSIEDAD

Valore a continuación aquellas formas que puedan aplicarse a su caso:

0- Ausente 1- Leve 2- Moderado 3- Grave 4- Muy grave/Incapacitante

Síntomas de los estados de Ansiedad		0	1	2	3	4
1	Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad.					
2	Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3	Temores. A la oscuridad, lo desconocido, quedarse solo, los animales grandes, al tráfico, las multitudes.					
4	Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertad.					
5	Intelectual (cognitivo). Dificultad para concentrarse, mala memoria.					
6	Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.					
7	Síntomas somáticos generales (musculares). Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.					
8	Síntomas somáticos generales (sensoriales). Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.					
9	Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor de pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístoles.					
10	Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11	Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsias: dolor antes/después de comer, sensación de ardor, de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.					
12	Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, aparición de frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.					
13	Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta).					
14	Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico). Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo, inquietud, pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia en reposo, frecuencia resp por encima de 20 resp/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo ocular), sudor, tics en los párpados.					

Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente en salud mental. Servicio Andaluz de Salud. 2004 soporte pdf, pag 71-74, acceso el 02/06/2011 disponible en: <http://sas.junta-andalucia.es/publicaciones/listado.asp?mater=11>

FORMULARIO II, INVENTARIO DE INDICADORES DE TENSION Y ANSIEDAD

Nombre:..... Fecha:.....

Las personas sienten de diferentes formas que estén tensas o ansiosas. Señale a continuación aquellas formas que se pueden aplicar a su caso:

- Usted siente tensión en:
 - La frente ☐
 - La parte de atrás del cuello ☐
 - El pecho ☐
 - Los hombros ☐
 - El estómago ☐
 - La cara ☐
 - Otras partes del cuerpo: _____
- Usted suda ☐
- Su corazón late deprisa ☐
- Puede sentir los latidos del corazón ☐
- Puede oír los latidos del corazón ☐
- Siente rubor o calor en la cara ☐
- Siente su piel fría y húmeda ☐
- Le tiemblan:
 - Las manos ☐
 - Las piernas ☐
 - Otras partes: _____
- Nota en su estómago una sensación similar a la que siente cuando se para de repente un ascensor ☐
- Siente náuseas en el estómago ☐
- Nota que sujeta con demasiada fuerza las cosas (p.ej: el volante del coche o el brazo de la silla) ☐
- Se rasca una parte del cuerpo ☐
 - Zona que se rasca: _____
- Cuando tiene las piernas cruzadas mueve la que está encima, arriba y abajo ☐
- Se muerde las uñas ☐
- Le rechinan los dientes ☐
- Tiene problemas con el lenguaje ☐

Extraído de Behavior Analysis Forms for Clinical Intervention de Joseph R. Cautela. Research Press Company, Champaign, Illinois, 1977.

ANEXO II

TALLER DERELAJACIÓN USMC DOS HERMANAS

TÉCNICAS DE RELAJACIÓN DE JACOBSON

Estrés.

Es una respuesta biológica ante una situación percibida y evaluada como amenazante, ante la cual el organismo no posee recursos para hacerle frente adecuadamente. Esta respuesta se puede convertir en un factor importante de riesgo para la salud, comprometiendo el funcionamiento adaptativo de los tres sistemas biológicos implicados (neurofisiológico, neuroendocrina y neuroinmunitario)

En definitiva la relajación se considera como una respuesta antagónica a la respuesta del estrés, por lo que puede ser aprendida y convertirse en un recurso muy importante para contrarrestar sus efectos negativos.

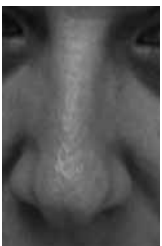
Técnica.

Se basa sobre todo en la relajación por medio del uso de la respiración, junto a una serie de ejercicios de contracción y relajación de los músculos del cuerpo (desde la cabeza a los pies). Antes de comenzar debemos de tener una serie de parámetros en cuenta:

- Ambiente físico, la Tª debe estar entre los 22-25° C, luz tenue, colchoneta o sillón reclinable y una ropa cómoda (sin nada que pueda obstaculizar).
- La Respiración, suele ser rápida y superficial cuando la persona esta tensa y nerviosa, por ello debemos de tener un control consciente sobre ella (hacerla lenta y profunda)
- El aire inspirado se debe dirigir a la parte inferior y media de los pulmones.
- Las inspiraciones deben de ser profundas.
- Las espiraciones deben ser regulares, cerrando los labios para controlar la expulsión y con una duración del doble de las inspiraciones.

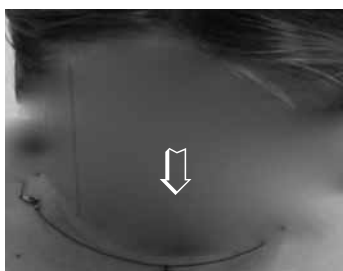
Desarrollo de la técnica de Jacobson.

Se le pide al paciente que se vaya relajando, estirado o sentado, durante unos minutos a través de una respiración adecuada (tal como hemos explicado en el punto anterior, nos centramos en la respiración primero en relación con el ambiente y después con nosotros mismos). Cuando ha transcurrido unos minutos y el paciente tiene una relajación previa comenzamos con la relajación de todo el cuerpo (cada ejercicio lo repetiremos 2-3 veces como mínimo y los realizamos muy despacio sobre todos los del cuello por la posibilidad de marearnos).

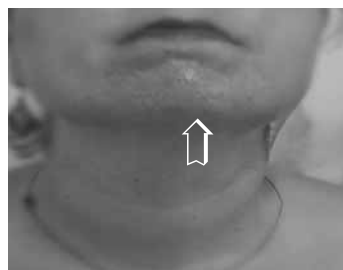
FRENTE Tensar la frente durante las inspiraciones, hacemos que se noten las arrugas, relajandola al espirar.	 	BOCA Ejerc 1- Realizar una sonrisa forzada con la boca cerrada mientras inspira y relajarla al espirar. Ejerc 2- Con la boca cerrada sacar los labios hacia fuera durante la inspiración y relajarlos al espirar (sacar moros)	 
OJOS Cerrar los ojos, tensando-los durante la inspiración y relajarlos al espirar.	 	LENGUA Colocamos la punta de lengua detrás de los incisivos superiores y apretamos contra ellos al inspirar y la relajamos con la espiración.	
NARIZ Ténsela, subiendola un poco hacia arriba para relajarla al espirar.	 	MANDIBULA Ejerc 1- Apretamos los dientes unos contra otros al inspirar y lo relajamos en la espiración (boca cerrada) Ejerc 2- Avanzamos la mandíbula inferior al inspirar y la relajamos con la espiración.	 

CUELLO

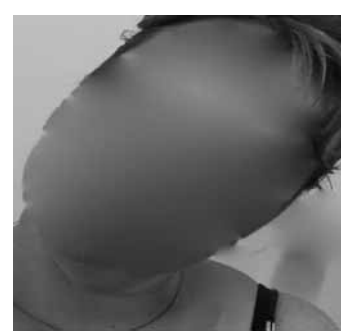
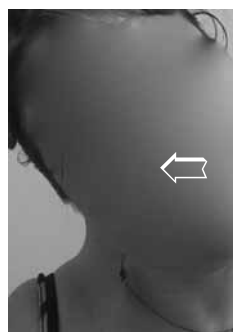
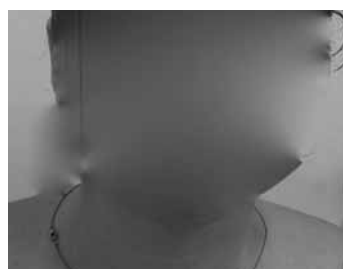
Ejerc 1- Inclinar la cabeza hacia delante mientras inspiramos, volviendo a la posición inicial al espirar (intentar tocar el pecho con la barbilla)



Ejerc 2- Dejar caer la cabeza hacia atrás durante la inspiración para volver a la posición inicial al espirar.



Ejerc 3 y 4- Ladear la cabeza hacia un lado (como si tocásemos el hombro con la oreja) mientras inspiramos y volver a la posición inicial al espirar. Repetir el ejercicio después hacia el lado contrario



HOMBROS

Elevar ambos hombros a la vez hacia arriba durante la inspiración para bajarlos lentamente al espirar



BRAZOS

Opción 1- Realizar una contracción completa del brazo durante la inspiración, para relajarlo al espirar (repetir después con el otro)

Opción 2- Se compone de 5 ejercicios:



Ejerc 1- Con el puño cerrado y el brazo formando un ángulo de 90°, mirando la palma hacia el pecho. Apretamos el puño y el antebrazo al inspirar para relajarlo y bajarlo hasta la pierna durante la espiración.



Ejerc 2- Repetimos el ejercicio anterior pero la palma del puño debe mirar hacia fuera.



Ejerc 3- Colocamos el brazo en la misma posición que en los anteriores, pero la mano la colocamos

Ejerc 4- Igual al anterior pero con la mano hacia abajo.

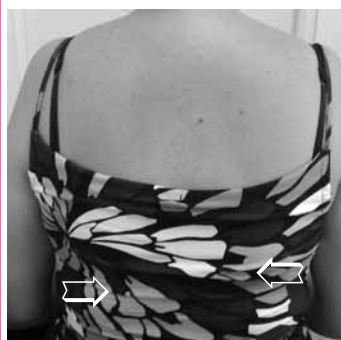


Ejerc 5- Realizamos la misma acción que cuando queremos sacar bíceps. El final de todos los ejercicios es volver a la posición inicial, con la mano apoyada sobre la pierna.



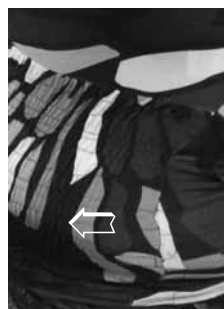
PECHO

Con los brazos pegados al cuerpo, sacamos pecho (pectorales) al inspirar para relajarlos con la espiración.



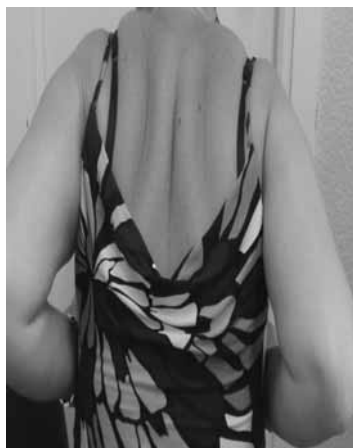
ESTÓMAGO

Metemos el abdomen todo lo podamos hacia dentro al inspirar para sacarlo durante la espiración



ESPALDA

Nos inclinamos hacia delante, pegando los brazos al cuerpo e intentamos pegar todo lo que podamos los omóplatos durante la inspiración para separarlos al espirar.



MÚSCULOS DE DEBAJO DE LA CINTURA

Debemos tensar los músculos apretando las nalgas contra el sillón de 4-5 segundos durante la inspiración para luego relajarlos al espirar.

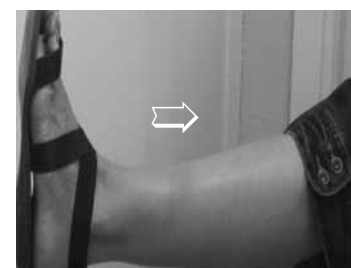


PIERNAS

Los realizaremos primero con una y después con la otra.

Ejerc 1- Levantamos la pierna y extendemos el pie al inspirar, volviendo a la posición inicial al espirar.

Ejerc 2- Levantamos la pierna y colocamos el pie en ángulo de 90°, después tiramos del pie hacia atrás durante la inspiración y volvemos a la posición inicial al espirar.

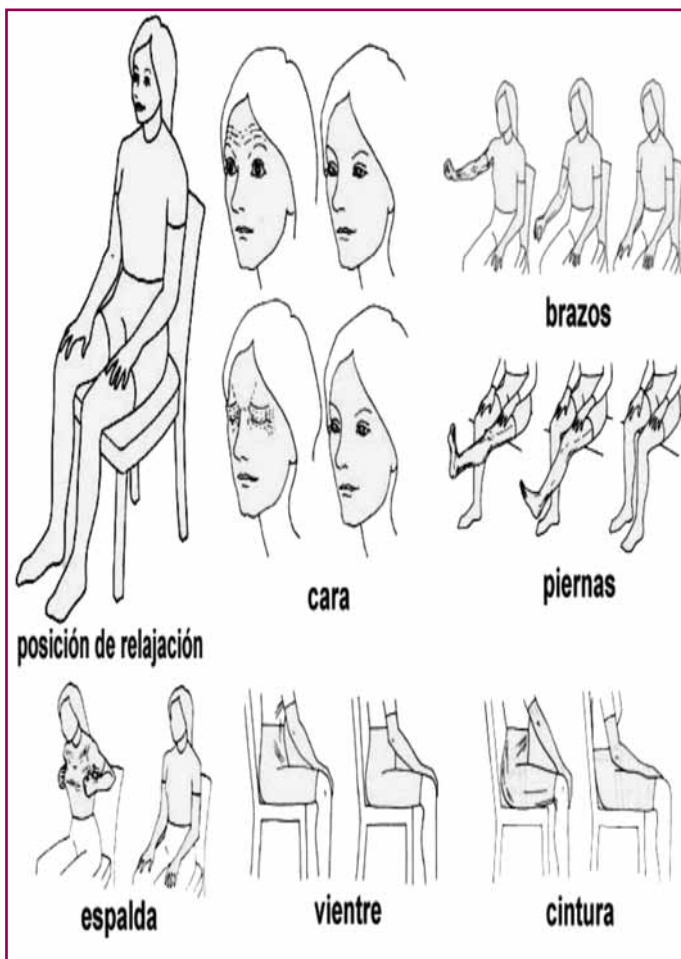
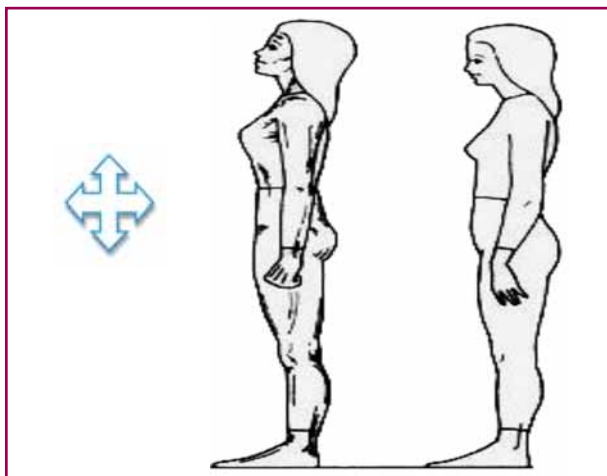


Con esto terminamos las Técnicas de Jacobson, la idea es conseguir que automaticemos los ejercicios para conseguir que el cuerpo los use cuando estemos ante una situación estresante/ansiosa.

La siguiente técnica se usa como último recurso ya que siempre no funciona, reduciendo la ansiedad/estrés.

Proceda de la siguiente forma:

Póngase de pie y mantenga la cabeza recta sobre los hombros. Tense todo su cuerpo, apriete las manos a ambos lados del cuerpo, meta el estómago hacia dentro y tense los muslos, nalgas, rodillas, etc. Después comience a relajar los músculos desde la cabeza a los pies. De nuevo, note la diferencia entre tensión y relajación.



ANEXO III

RECOGIDA DE DATOS PARA LA RELAJACIÓN

Nombre:..... Fecha:..... / /

Rellene este formulario de después de cada sesión de relajación, intente hacerlo siempre a la misma hora todos los días. Practique durante dos semanas al menos 2 veces al día, de 15 a 20 minutos.

	Lun	Mar	Miér	Juev	Vier	Sáb	Dom
Posición de relajación/respiración							
Posición de tensión muscular:							
Frente							
Ojos							
Nariz							
Boca: sonrisa y labios fruncidos							
Lengua							
Mandíbula: apretarla y avance barbilla							
Cuello: 4 movimientos							
Hombro							
Brazo dcho: 5 movimientos							
Brazo Izq: 5 movimientos							
Pecho							
Espalda							
Estómago							
Cintura-Glúteos							
Pierna dcha: 2 movimientos							
Pierna Izq: 2 movimientos							
Valore la relajación obtenida del 0 al 4 0- NADA 1- POCO 2- MEDIO 3- BIEN 4- MUY BIEN							

BIBLIOGRAFÍA

- Aguado R. Manual práctico de terapia de interacción recíproca. Madrid: síntesis; 2005
- Valmisa Gómez de Lara, Eulalio (coordinador). II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía: 2008-2012. Ed. Provincial Sevilla: consejería de Salud 2008
- M. Garrido Picazo. Manejo de la ansiedad en atención primaria. Semergen. 2008;34 (8):407-410
- Andalucía. Ansiedad, depresión, somatizaciones: proceso asistencial integrado. Sevilla: Consejería de Salud; 2002
- M. L. Burgos, M.D. Ortiz Fdez, F. Muñoz Cobos, P. Vega Gutiérrez y R. Bordallo Aragón. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en atención primaria: Técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. Semergen. 2006; 32(5): 205-210
- Programa de manejo de la Ansiedad y relajación. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(1)
- MedlinePlus Enciclopedia médica (Internet: U.S. National Library of Medicine) (Pagina actualizada: 02/06/2011; acceso el 30/07/2010) Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001942.htm>
- Elia Roca. Técnicas para manejar la ansiedad. (monográfico en Internet) Acceso el 02/06/2011. Disponible: <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/tecnicasansiedad9.pdf>
- Internet: Aibarra.org. Clasificación de intervenciones de enfermería. Actualizado el 20/08/2007. disponible en: <http://www.aibarra.org/archivos/CIE.htm>
- McCloskey JC, Bulechek GM. Nursing Intervention Classification (NIC). Iowa Intervention Project. 3ª Ed. Madrid. Mosby, 1999
- Moorhead S; Johnson M; Maas M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Elsevier. 3ª Ed. 2004
- **Anexo I:**
- I-Cuestionarios, test e índices para la valoración del paciente en salud mental. Servicio Andaluz de Salud. 2004 soporte pdf, pag 71-74, acceso el 02/06/2011 disponible en: <http://sas.junta-andalucia.es/publicaciones/listado.asp?mater=11>
- **II-**Texto extraído de Behavior Analysis Forms for Clinical Intervention de Joseph R. Cautela. Research Press Company, Champaign, Illinois, 1977.
- **Anexo II:**
- Psicología online. Técnicas de relajación. Psicología online, Valencia. Acceso el 02/06/2011. Disponible: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/relaxs/contenidos.htm>
- **Anexo III y IV;** elaboración propia.

CIERRE ASISTIDO POR VACÍO

Como herramienta de mejora en la curación de heridas agudas y crónicas

VACUUM-ASSISTED CLOSURE

AS TOOL OF IMPROVEMENT IN THE TREATMENT OF SHARP AND CHRONIC WOUNDS

■ Francisco Javier Tejada Domínguez¹

¹ Diplomado en Enfermería

Resumen

Introducción: La terapia de cierre asistido por vacío o terapia de presión negativa es una modalidad no invasiva dentro del tratamiento integrado de las heridas que favorece la cicatrización de las mismas. Su mecanismo consiste en la aplicación de una determinada presión negativa sobre la herida que contribuye a eliminar el exudado, reducir el edema y favorecer la perfusión tisular estimulando la formación de nuevos vasos sanguíneos y tejido de granulación.

Objetivo: Presentar los fundamentos, desarrollo y aplicaciones clínicas que actualmente existen con esta terapia en las diferentes heridas.

Material y método: Se han revisado diversas publicaciones científicas así como documentos de consenso e iniciativas como las propuestas por la Asociación Europea para el Manejo de las Heridas y otros manuales.

Conclusiones: La terapia de presión negativa mejora y acelera la cicatrización de las heridas aún cuando se trata de heridas muy contaminadas o existen fístulas reduciendo los acontecimientos adversos y acortando las estancias hospitalarias.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Cierre Asistido por Vacío
- ✓ Terapia Vac
- ✓ Cicatrización de Heridas
- ✓ Presión Negativa
- ✓ Herida
- ✓ Tejido de Granulación

Abstract

Introduction: The therapy of closing represented by emptiness or therapy of negative pressure is a not invasive modality inside the integrated treatment of the wounds that favors the cicatrization of the same ones. His mechanism consists of the application of a certain negative pressure on the wound that helps to eliminate the exuded one, to reduce the edema and to favor the perfusion tisular stimulating the formation of new blood glasses and fabric of granulation.

Objective: To present the foundations, development and clinical applications that nowadays exist with this therapy in the different wounds.

Material and method: there have been checked diverse scientific publications as well as documents of consensus and initiatives as the offers by the European Wound Management Association and other manuals.

Conclusions: The therapy of negative pressure improves and accelerates the cicatrization of the wounds still when it is a question of very contaminated wounds or water-pipes exist reducing the adverse events and shortening the hospitable stays.

KEY WORDS:

- ✓ Vacuum Assisted Closure
- ✓ Vac Therapy
- ✓ Healing of Wounds
- ✓ Negative Pressure
- ✓ Wound
- ✓ Granulation Weave

INTRODUCCIÓN

Antecedentes históricos:

La aplicación de presión negativa con fines terapéuticos se remonta al año 1841 en que Junod aplicaba campanas de vidrio que provocaban succión sobre la piel sana generando lo que él denominaba “hiperemia terapéutica” (1).

Mucho más reciente, el concepto de presión negativa terapéutica adquiere mayor relevancia en el tratamiento de las heridas. El mismo es descrito en el año 1993 por el alemán Fleischmann y cols. cuando pudo demostrar que aplicando una presión subatmosférica en 15 pacientes con fracturas óseas expuestas se conseguía una “eficaz limpieza de las heridas con una marcada proliferación del tejido de granulación

libres de infección". Posteriormente la misma autoría lo utilizó como tratamiento del síndrome compartimental en miembros inferiores y en infecciones agudas y crónicas obteniendo resultados igual de favorables.

Ya en Estados Unidos y por esa misma fecha, los doctores *Louis Argenta* y *Michael Morykwas* tuvieron una experiencia similar comprobando que un estímulo mecánico de succión sobre el tejido de granulación mejoraba la microcirculación y por tanto la llegada de nutrientes y oxígeno al lecho, ya que dicho estímulo facilitaba la eliminación de líquido acumulado en el espacio intersticial. Patentaron por tanto un dispositivo para su aplicación clínica siendo aprobado para su uso clínico por la Food and Drug Administration (FDA) en esa misma fecha con la marca VAC® (*Vacuum Assisted Closure*) o cierre de heridas mediado por vacío.

Concepto y mecanismo de acción:

La terapia de cierre asistido por vacío es un sistema no invasivo y dinámico que estimula la cicatrización y curación de las heridas mediante la aplicación de presión negativa controlada en el lugar de la herida. Tal presión es suministrada a través de una bomba electrónica por medio de un tubo que somete a descompresión un apósito de forma continua o intermitente dependiendo del tipo de herida que se esté tratando y objetivos clínicos que se desee alcanzar.

El efecto positivo argumentado que sobre el proceso de cicatrización presenta esta técnica resulta ser:

- Eliminación del exudado y gestión óptima de la humedad en el lecho.
- Reducción del edema tisular y disminución del fluido intersticial.
- Aumento de la perfusión sanguínea local.
- Estimulación de la angiogénesis y crecimiento del tejido de granulación.
- Estimulación de la proliferación de fibroblastos y crecimiento de células endoteliales.
- Reducción de la colonización bacteriana.

Método de aplicación:

El sistema se basa en la colocación de una pieza que actúa como material de relleno que puede ser de *espuma de poliuretano*, *alcohol polivinílico* o *gasa* antimicrobiana ajustada a la superficie de la herida, en tamaño y forma, incluyendo túneles y áreas socavadas (véase fig.1. 1er paso). Posteriormente, la pieza es recubierta con una *lámina selladora* transparente que puede ser de plástico o bien de silicona adhiriéndose a la piel intacta que rodea a la herida (30-50mm aprox.). Todo ello generará un hermetismo que convertirá todo el lecho en un espacio cerrado, húmedo y controlado idóneo para promover la cicatrización (véase fig. 2. 2º paso). Por medio de un pequeño orificio central que se abre de forma manual a través de la lámina, penetra un *tubo de drenaje* (véase fig.3. 3er paso) que va conectado a una bomba encargada de generar un vacío de manera uniforme en toda la herida conocida con el nombre de *unidad de control*. Dicha unidad esta dotada de un *contenedor* que permitirá cuantificar tanto el débito como las características del exudado extraído (véase fig. 5. Bombas de vacío).

Una vez conectado el dispositivo a la bomba de presión, ésta podrá generar un vacío provocando que el apósito o esponja se colapsen ejerciendo una presión uniforme en toda la superficie gracias a su porosidad (véase fig. 4. 4º paso). Se pueden alcanzar presiones negativas o presiones de vacío que pueden oscilar desde los -50 mmHg hasta los -230 mmHg según indicaciones de uso y fabricantes.

Indicaciones:

- Heridas crónicas (úlceras por presión, úlceras vasculares y diabéticas).
- Heridas subagudas (dehiscencia quirúrgica, fasciotomías, heridas abdominales).
- Heridas agudas (traumáticas, quemaduras de espesor parcial, colgajos e injertos).
- Heridas infectadas asociadas a fracturas abiertas con afectación importante de partes blandas.

Contraindicaciones:

- Osteomielitis no tratada.
- Fístulas no entéricas o sin explorar. Fístulas comunicadas con órganos o cavidades.
- Presencia de escaras o tejido necrótico.
- Signos de isquemia inicial.
- Tejido neoplásico o células malignas (por desconocerse sus efectos).
- Exposición directa de vasos sanguíneos, nervios, órganos y ligamentos.
- Infección intensa o sin controlar.
- Alergias, intolerancia al adhesivo.

Precauciones:

- Hemorragia activa (heridas sangrantes).
- Hemostasias de difícil control.
- Tratamiento con anticoagulantes y/o antiagregantes.
- Presencia de vasos sanguíneos debilitados, irradiados o suturados.
- Patología neuropática.

Aplicaciones prácticas:

En los últimos años el tratamiento mediante el sistema de cierre asistido por vacío ha mejorado los resultados del cuidado de las heridas y ha originado cambios sustanciales en la práctica clínica. Por ello, para formar parte de un plan terapéutico y personalizado debe integrar elementos no solo relacionados con el paciente sino también con la propia herida para así poder determinar la posibilidad de respuesta favorable al tratamiento de vacío (véase Tabla I. Factores que favorecen el éxito del tratamiento).

VALORACIÓN:

Una adecuada valoración es el primer paso antes de proceder a la instauración de esta terapia. Deberá cubrir todo lo concerniente a la esfera física del paciente, herida y demás elementos psicosociales.

Entre aspectos físicos se ha de valorar la edad, hábitos tóxicos, alergias, patologías concomitantes, tratamiento farmacológico, estado metabólico-nutricional, constantes vita-

les y posibles factores de riesgo que puedan interferir en el proceso de curación.

La valoración específica de la lesión abarcará:

- Historial de la úlcera.
- Localización y estadiaje.
- Tamaño y forma.
- Estado de piel perilesional y circundante (maceración, inflamación, enrojecimiento, dolor, etc.).
- Tejido predominante en el lecho ulceral (limpio, necrótico, esfacelos, granulación, etc.).
- Características del exudado (cantidad, olor, color y consistencia).
- Presencia de signos de infección.
- Dolor.

Finalmente, la valoración psicosocial deberá incluir aspectos como la capacidad, habilidad y motivación de la persona para colaborar y adaptarse a las limitaciones que el propio tratamiento pudiera conllevar, su nivel laboral y económico así como el apoyo familiar.

PROCEDIMIENTO:

1. Información y enseñanza:

- Explicar el procedimiento antes y durante su realización solicitando colaboración del paciente si es posible.
- Ofrecer apoyo emocional ante situaciones de angustia, ansiedad y miedo.
- Recomendar que comunique cuanto antes cualquier anomalía que detecte (dolor, mal funcionamiento del sistema, etc.).

2. Técnica:

- Preparar el lecho de la herida limpiándolo con suero fisiológico al 0,9% y realizar desbridamiento amplio y minucioso previo, eliminando todo el tejido necrótico y desvitalizado así como el material contaminante (véase fig. 6. *Lesión vascular venosa*).
- Seleccionar el tipo de esponja o apósito según características de la lesión: la esponja de poliuretano de color negro está diseñada para heridas profundas, cavitadas e irregulares y el apósito suave de polivinilalcohol blanco para heridas poco profundas que precisan reepitalización o con exposición tendinosa.
- Cortar la esponja o apósito según el tamaño justo de la herida entrando en contacto directo con la misma para evitar que se creen cavidades y espacios muertos.

Se ha de evitar el contacto directo de la esponja con la piel perilesional. Si por cualquier razón queda alguna zona sin rellenar, introducir trozos de esponja más pequeños hasta cubrir todo el lecho en su totalidad de tal forma que al sellar la herida, actúen como si se tratase de una sola pieza. La herida debe tener la suficiente abertura para poder insertar la esponja (mínimo 20mm).

Hay que añadir que en el mercado, determinados fabricantes sustituyen la esponja por un apósito de gasa. Las recomendaciones actuales indican humedecer dicho apósito con solución estéril de suero fisiológico isotónico tras su colocación cubriendo todo el sistema de drenaje antes de colocar el film adhesivo. (Véase fig. 9. *Apósito de gasa*).

- Preparación de la piel circundante:
 - * Cuidar que esté seca y limpia.
 - * Aplicar si es necesario una barrera como protección cutánea (p. ej. hidrocoloide en apósito, crema de barrera sin alcohol o sprays).
 - * Proporcionar un buen sellado evitando la formación de pliegues y arrugas.
- Recortar la lámina selladora film de manera que cubra la esponja y un perímetro de 30-50mm de piel intacta (véase Fig. 7. *Colocación del tubo y lámina selladora*).
- Realizar un pequeño corte en la lámina selladora por su parte central e introducir el tubo de drenaje. Otros fabricantes evitan esta maniobra haciendo que el tubo salga directamente de la herida sin tener que perforar la lámina.
- Conectar el drenaje al contenedor de exudado y encender el dispositivo para comenzar la terapia. El depósito se sustituirá cuando esté lleno. La bomba debe estar conectada al menos 22 horas al día evitando en lo posible desconexiones.
- Una vez montado y conectado todo el sistema se enciende el aparato que empezará a funcionar por defecto en “terapia continua a -125 mmHg de vacío” pudiendo ser modificada por indicación facultativa. Aplicar la presión e intensidad prescritas.
- Comprobar el hermetismo del sistema procurando evitar fugas una vez conectada la bomba observando que la esponja se colapsa y no se activan los sistemas de alarmas.
- El cambio de apósito se realizará c/48 horas o en función de la demanda del exudado.
- Comprobar frecuentemente que la terapia está funcionando que no existen acodamientos, contenedores llenos y otras complicaciones (véase tabla II. *Complicaciones y actuaciones más frecuentes*).
- Vigilar características del exudado como son el color, aspecto y cantidad.

EVALUACIÓN:

Resulta importante comprobar la evolución con regularidad disponiendo para ello de un sistema de medición de la herida que sea exacto y reproducible (2). Hay que resaltar que en condiciones ideales (especialmente en ausencia de infección), las heridas que están bien profundizadas responderán rápidamente en aproximadamente una semana mostrando signos de formación de tejido de granulación. La continuidad del tratamiento por tanto, se ha de mantener si al cabo de una o dos semanas la superficie de la herida se ha reducido por ejemplo en al menos un 15% (véase fig. 8). Tan solo en úlceras crónicas que no cicatrizan y no han respondido de manera adecuada a otros tratamientos, el tejido de granulación pudiera aparecer pasadas dos semanas desde el inicio del tratamiento).

En la evaluación también habrá que explorar los bordes de la herida en busca de signos inflamatorios después de la primera aplicación del tratamiento. Si existiese o hubiese aumentado dicha inflamación, habría que plantear la suspensión del tratamiento.

Cierre asistido por vacío

En cuanto a la infección, si apareciese durante el tratamiento, habría que valorar la administración de antibioterapia, previo cultivo antibiograma, y suspender el tratamiento con vacío para poder vigilar la herida. Se reiniciaría una vez controlado el cuadro (*véase tabla III. Vac y heridas infectadas*).

No resulta conveniente emplear la técnica de vacío en sustitución de una terapia sistémica o de otro régimen de tratamiento cuando existe infección.

La terapia asistida por vacío supone un nuevo procedimiento alternativo eficaz en el tratamiento de las heridas, y sobre todo, en aquellas situaciones complejas que no responden adecuadamente a los tratamientos convencionales.

Sin duda alguna, esta terapia promueve la cicatrización en un medio húmedo y cerrado, favoreciendo la eliminación del exceso de fluidos, estimulando la angiogénesis y la formación de tejido de granulación y disminuyendo la colonización bacteriana.

Con todo ello, se reduce por tanto la complejidad, se previenen complicaciones y se acortan los tiempos de curación facilitando la recuperación e incorporación de la persona a su vida normal mucho antes de lo previsto.

Sin embargo, para poder justificar el empleo de este sistema en la práctica diaria en lugares donde los recursos son limitados, es indispensable un argumento económico sólido a favor de su aplicación. Nos referimos al coste económico aparentemente elevado que supone la adquisición de este sistema de curación.

Dirigir por tanto nuestra atención hacia beneficios globales distintos del coste del sistema, tales como la mejora de la calidad de vida, el acortamiento de la estancia hospitalaria, la disminución de los recursos humanos y materiales como son las curas diarias y cambios de apósito frecuentes, y la reducción de los acontecimientos adversos y otras complicaciones serviría como argumento para avalar y justificar su uso.

FIGURAS Y TABLAS:

CIERRE ASISTIDO POR VACÍO COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA CURACIÓN DE HERIDAS AGUDAS Y CRÓNICAS



Fig. 1. 1^{er} paso



Fig. 2. 2º paso



Fig. 3. 3^{er} paso



Fig. 4. 4º paso



Fig. 5. Bombas de vacío





Fig. 6. Lesión vascular venosa



Fig. 7. Colocación del tubo y lámina selladora



Fig. 8. Estado de la herida tras 5 ciclos de tratamiento



Fig. 9. Apósito de gasa

Factores de la herida	Factores del paciente
➤ Buen riego sanguíneo ➤ Lecho granulado sano ➤ Recién desbridada(*) ➤ Abundante exudado ➤ Tamaño superior a 20 mm de diámetro	➤ Estabilización al máximo desde el punto de vista médico (p. ej. nutrición, p. arterial, glucemia, equilibrio hidroelectrolítico, infección, etc.) ➤ Control enfermedades concomitantes ➤ Cumplimiento del tratamiento prescrito
* Nota: El desbridamiento quirúrgico a veces no resulta adecuado en algunas heridas crónicas. Antes de comenzar el tratamiento con vacío es importante asegurar que el lecho de la herida esté limpio y libre de tejido necrótico.	

Tabla I. Factores que favorecen el éxito del tratamiento

Presencia de Infección
☐ Desbridamiento ☐ Antibioterapia ☐ Mejora de la situación del paciente ☐ Valoración frecuente paciente-herida ☐ Si signos infección sistémica, derivación y suspensión del tto con vacío ☐ Cambios frecuentes del apósito ☐ Parámetros de presión adecuados ☐ Protección de la piel perilesional ☐ Apósitos antibióticos fenestrados

Tabla III. Vac y heridas infectadas

COMPLICACIÓN	INTERVENCIÓN
Intolerancia a la piel 2ª lámina selladora	Variar zona de contacto en cada cambio de apósito. Proteger piel con apósito hidrocoloide extrafino.
Erosión tejido sano	Recortar esponja a la forma exacta de la herida. La irritación suele resolverse normalmente en 24-48 horas. No dejar la esponja o apósito más tiempo del recomendado. Evitar hacer fuertes presiones en su inserción. Proteger piel frágil y perilesional. Levantar apósito suave humedeciéndolo si es necesario.
Fuga a través de la lámina selladora	Mantener piel limpia y seca antes de colocar la lámina. A veces son necesarios los apósitos hidrocoloides. Estirar piel evitando la formación de pliegues y arrugas.
Úlceras por presión 2ª tubo de drenaje	Variar dirección o posición del tubo en cada cambio de apósito. Colocar tubo por encima de la piel puenteado con la lámina selladora.
Olor intenso	2º infección: Realizar monitorización intensa. Plantear cambio de apósito más frecuente, p. ej. c/ 12 horas limpiando la herida con soluciones antisépticas recomendadas. Una vez controlada la infección, reiniciar los cambios c/ 48 horas. Reevaluar pruebas microbiológicas. 2º interacción esponja-fluidos herida: Optimizar limpieza herida.
Dolor (Su aparición puede resultar normal dentro de los primeros 20 minutos tras activar la bomba de vacío).	2º colocación: Disminuir presión de vacío de 25 en 25 mmHg hasta cesar el dolor. La presión mínima requerida es de -50 mmHg para la esponja de poliuretano y de -125 mmHg para la de polivinilalcohol. Comenzar por presiones bajas de -50 mmHg e ir subiendo progresivamente. 2º retirada: En heridas muy dolorosas, bien en niños o adultos, plantear sedación o anestesia.
Sangrado	Retirar esponja con delicadeza. Humedecer si es necesario. Realizar pequeña presión zona sangrante. Vigilancia estrecha en pacientes con sangrado activo, anticoagulados y los que presentan grandes heridas. Monitorizar si es necesario. No emplear contenedores de gran volumen (Ej. 1000mls) cuando alto riesgo de sangrado. Tener en cuenta talla, peso, tipo de herida, estado físico...). Interrumpir terapia si se observa sangre fresca (color rojo intenso) en el contenedor.
Derivar al especialista vascular si herida isquémica antes de instaurar tto con vacío.	
Se desaconseja terapia de vacío como tratamiento aislado para heridas infectadas. Sin embargo, puede utilizarse con un cuidado extraordinario en las heridas infectadas siempre que se acompañe del tratamiento adecuado de la infección.	
Al colocar el sistema de vacío, asegurar que todos los vasos estén adecuadamente protegidos con una capa de fascia, tejido u otras barreras protectoras. Los fragmentos óseos y bordes afilados podrían perforar una barrera, vaso u órgano.	

Tabla II. Complicaciones y actuaciones más frecuentes

BIBLIOGRAFÍA

- Greer S. Whither subatmospheric pressure dressing? *Annals of Plastic Surgery*. 2000; 45(3): 332-334.
- Gualteros Castiblanco E, Correal Pachón M. Intervenciones de enfermería en pacientes con sistema de cierre estimulado por vacío. *Actual. Enferm*. 2006; 9(2):29-35.
- European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: La presión negativa tópica en el tratamiento de las heridas. Londres: MEP Ltd, 2007.
- European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: Comprendiendo la terapia compresiva. Londres: MEP Ltd, 2003.
- World Union Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Sistema de cierre al vacío: recomendaciones de uso. Documento de consenso. Londres: MEP Ltd, 2008.
- Crespo E, Calatrava R, Marín LA. Tratamiento de heridas mediante sistema de vacío (VAC). *Acta Ortop*. 2004; 5:31-36.
- Robledo Ogazón F, Mier y Díaz J, Sánchez Fernández P, Suárez Moreno R, Vargas Rivas A, Bojalil Durán L. Uso del sistema de cierre asistido al vacío VAC® en el tratamiento de las heridas quirúrgicas infectadas. Experiencia clínica. *Cir. Cir*. 2006; 74:107-113.
- Mouës CM, Vos MC, Jangert CM, et al. Bacterial load in relation to vacuum assisted closure wound therapy: A prospective randomised trial. *Wound Rep Reg* 2004; 12:11-17.
- Brox-Jiménez A, et al. Sistema de cierre asistido por vacío en heridas complejas. Estudio retrospectivo. *Cirugía Española*. 2010; 87(5):312-317.
- Mouës CM, van den Bermd GJCM, Meerding WJ, et al. An economical evaluation of the use of TNP on fullthickness rounds. *J Wound Care* 2005; 14:224-227.
- Blume PA, Walters J, Payne W, et al. Comparison of negative pressure wound therapy utilizing vacuum-assisted closure to advanced moist wound therapy in the treatment of diabetic foot ulcers. A multicenter, randomized controlled trial. *Diabetes Care* 2008; 31(4):631-636.
- Braakenburg A, Obdeijn M, Feitz R, et al. The clinical efficacy and cost-effectiveness of the vacuum-assisted closure technique in the management of acute and chronic wounds: a randomized controlled trial. *Plast Reconstr Surg* 2006; 118(2): 390-397.

GUÍA SOBRE LA ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA COLANGIO-PANCREATOGRAFÍA RETRÓGRADA ENDOSCÓPICA (CPRE)

Guide to action in nurse endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP)

■ **M^a Castillo Caro Gonzalez¹**
■ **Laura Fernández Riejo¹**

¹ D. E. UGCMQ Enfermedades Digestivas. Hospital Universitario Virgen de Valme. Sevilla

Resumen

El papel del personal de enfermería en el servicio de endoscopia digestiva tiene cada vez mayor importancia, debido al desarrollo, diversidad y complejidad creciente de las técnicas, algunas de ellas de alto riesgo, que han de ser desarrolladas y controladas por personal cualificado.

Así pues, dada la continua incorporación de nuevos profesionales a dicho servicio y la dificultad que representa la realización de la Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) resulta de vital importancia la elaboración de esta guía.

Con ella se pretende proporcionar un medio de trabajo a los enfermeros noveles, en este terreno, que facilite el conocimiento y manejo del instrumental, así como aumentar la eficacia y efectividad en cuanto al desarrollo de la técnica. En definitiva, ofrecer un material que permita mejorar la calidad asistencial.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica
- ✓ enfermedades biliopancreáticas
- ✓ diagnóstico
- ✓ tratamiento
- ✓ instrumentación enfermera

INTRODUCCIÓN

La Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es un procedimiento mixto, endoscópico y radiológico, e invasivo al que recurren los endoscopistas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades de las vías biliares y el páncreas; tales como ictericia obstructiva, litiasis biliar complicada, colangitis, estenosis papilar, tumores etc. Por tanto, se llevará a cabo en una sala de Rayos X.

Consiste en la introducción, con el paciente habitualmente en decúbito lateral izquierdo tendiendo a prono, de un duodenoscopia (endoscopio de características especiales: visión lateral y mayor calibre) que va progresando por el esófago, el estómago y el duodeno descendente hasta visualizar la ampolla de Vater (orificio papilar). Esta será canalizada con un catéter a través del cual se inyectará un medio de contraste iodado soluble no iónico que permitirá la visualización por medio de radiología convencional de los conductos pancreáticos y el árbol hepatobiliar.

Una vez canalizada la vía biliar se puede utilizar un esfinterotomo para cortarla a fin de pasar a través de ella utensilios que permitan la extracción de cálculos, limpieza de la vía biliar, colocación de prótesis biliares o pancreáticas, ... (Figura 1).

En manos expertas, la posibilidad de complicaciones es escasa.

El tipo y frecuencia de complicaciones de la CPRE varía ampliamente acorde al contexto en el cual se realice el procedimiento. La tasa de complicaciones reportada mundialmente oscila entre el 6 y el 8%.

Estas complicaciones pueden presentarse de manera precoz o tardía.

Dentro de las precoces la más frecuente es la pancreatitis (por la manipulación de la papila) seguida por la hemorragia (por la esfinterotomía), la infección de la bilis (colangitis), la perforación del intestino y el atrapamiento de la cesta de dormia.

Con respecto a la pancreatitis los factores de riesgo sospechados son la disfunción del esfínter de Oddi, la edad y la dificultad para lograr la canulación del conducto biliar. Los pacientes jóvenes y mujeres sin vesícula tienen una susceptibilidad incrementada a pancreatitis luego de una esfinterotomía; la pancreatitis crónica puede ser un factor protector que evite la aparición de una pancreatitis aguda. Entre las complicaciones tardías podemos encontrar hemorragias de la papila tras esfinterotomía que pueden evidenciarse incluso pasada una semana.

Muchas de estas complicaciones pueden tratarse de forma conservadora (estando unos días con sueros, sin comer) o bien con algún tipo de tratamiento endoscópico (inyección

de adrenalina, fulguración con argón). No obstante, algunas complicaciones pueden ser lo suficientemente importantes como para requerir un tratamiento quirúrgico urgente.

MATERIAL Y TÉCNICA

MATERIAL

RECURSOS HUMANOS:

- Médico endoscopista.
- Médico anestesista.
- Diplomada en enfermería.
- Auxiliar de enfermería.
- Técnico especialista en radiodiagnóstico.
- Celador de apoyo.

RECURSOS MATERIALES:

- Mesa auxiliar:
- Paño estéril.
- Dos bateas
- Jeringas de 10 y 20 ml, dos de cada.
- Contraste iodado soluble no iónico
- Suero fisiológico.
- Gasas.
- Guantes.
- Duodenoscopio
- Torre compuesta por un monitor de televisión, fuente de luz, videoprocesador, vídeo y vídeo-impresora.
- Intensificador de imágenes.
- Fuente de Diatermia (placa para el paciente, cable de placa a fuente y cable de fuente a esfinterotomo).
- Monitor para el control de las constantes vitales (EKG, TA, Sat O₂, FC).
- Tomas de vacío y de oxígeno.
- Sondas de aspiración.
- Gafas nasales.
- Abrebocas con correa.
- Material para protección de Rayos X (delantal y guantes plomados, protector de tiroides, cortinilla para la mesa) y dosímetros personales.
- Esfinterotomo o papilotomo con guía.
- Balón de Fogarty
- Cesta de Dormia
- Prótesis biliares y pancreáticas, plásticas y metálicas, de diferentes calibres y medidas.
- Material para canalización de vía periférica (Catéter intravenoso 18G-20G, gasas, solución desinfectante, apósito).
- Sistemas y bombas de infusión.
- Sueros.
- Medicación intravenosa (Propofol, Midazolam, Lidocaína 2%, Fentanilo, Atropina, Naloxona, Anexate, Buscapina, Glucagón...)

*Estos son los materiales utilizados con más frecuencia aunque existen otros que se utilizan para procedimientos más específicos.

TÉCNICA

ANTES DE LA INTERVENCION:

1. PREVENCIÓN

Al ingreso o durante la estancia en el hospital, la enfermera de referencia de la planta deberá:

- Comprobar los datos y fecha de realización de la CPRE, así como, la existencia del consentimiento informado, tanto el correspondiente a la colangiografía como el de anestesia, firmado por el paciente o un familiar y del estudio preanestésico (analítica reciente que incluya hemograma y estudio de coagulación completo más EKG).
* En caso de no portar analítica, canalizar vía periférica, preferiblemente en MSD, no en flexura y, como mínimo, con un catéter intravenoso nº 20, proceder a su extracción y dejarla heparinizada.
- Informar al paciente sobre el procedimiento al que va a ser sometido y aclarar sus dudas.
- * Confirmar que si toma anticoagulantes ha dejado de hacerlo hace de 3 a 4 días y en el caso de antiagregantes 7 días.
- Comunicarle que deberá permanecer en ayunas a partir de las 0 horas del día antes de la prueba y que si precisa prótesis dentales o porta elementos radiopacos deberá quitárselos antes del inicio de la misma.
- Unos 30 minutos antes del traslado del paciente al Servicio de Radiodiagnóstico, el cual se realizará en cama acompañado por un celador y asegurándonos de que porta la Historia clínica completa del usuario, habrá que administrarle, si la CPRE se realiza con fines terapéuticos, una dosis de Amoxicilina-clavulánico 2g. o Gentamicina 240mg en caso de alergia al anterior, como profilaxis; salvo que el paciente ya esté con tratamiento antibiótico. Tras la administración del antibiótico le pondremos un suero glucosalino de 500ml. para mantener vía.

2. RECEPCIÓN

Una vez la enfermera de endoscopias recibe al paciente debe identificarlo.

Posteriormente, revisará la historia clínica del mismo y anotará en la hoja de valoración de enfermería las alergias y enfermedades que padece.

3. PREPARACIÓN

Tras colocar al paciente, en decúbito lateral izquierdo con tendencia a prono, en la camilla de la sala de rayos:

- Monitorizar las constantes (FC, EKG, Sat O₂, TA)
- Canalizar vía periférica, preferentemente en el miembro superior derecho, si precisa.
- Colocar abrebocas.
- Administrar oxígeno mediante gafas nasales, generalmente a 3-4 l/min.
- Colocar la placa de toma de tierra para la fuente de diatermia.
- Preparación de la mesa auxiliar, donde encima de un paño estéril colocaremos:
Una batea con 50ml de contraste y 40 ml de SF
2 jeringas de 10 ml que llenaremos del contraste disuelto
Una batea con suero fisiológico
2 jeringas de 20 ml para llenarlas de SF

Gasas
Un esfinterotomo.

4. INDUCCION A LA SEDACION

Para la inducción a la sedación tendremos que preparar todo el material necesario por si existe una complicación anestésica. Por tanto, prepararemos y revisaremos:

- Sistema de ventilación manual con conexión a toma de oxígeno
 - Laringoscopios
 - Tubos endotraqueales
 - Cánulas orofaríngeas (Guedels).
 - Medicamentos anestésicos:
 - Propofol
 - Atropina
 - Midazolam
 - Fentanilo
 - Anexate
 - Naloxona.
 - Buscapina
 - Glucagón
- } No son medicamentos propiamente anestésicos, pero sí utilizados por los anestesiólogos para disminuir la motilidad intestinal, si procede

DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

1. COMIENZO DE LA CPRE Y AYUDA AL ENDOSCOPISTA

La CPRE comienza cuando el endoscopista introduce el duodenoscopio por la boca hasta la segunda porción duodenal (cara interna) donde se halla la ampolla de Vater. (Figura 2)

- Tras su identificación, se canaliza bajo control radiológico, normalmente a través de un esfinterotomo provisto de guía (Figura 3), que se introduce a través del duodenoscopio hasta llegar a la papila. Una vez se accede a ella se procede a la canalización del colédoco que se encuentra situado según las manecillas del reloj a las 11h o del conducto de wirsung, ubicado a la 1h. Posteriormente, la enfermera introducirá contraste radiopaco (Figura 4), bajo petición del endoscopista, a través de la luz correspondiente del esfinterotomo y cerrando la luz de la guía, lo que nos dará un diagnóstico de la vía biliar y/o pancreática e indicará el procedimiento a seguir.
- En caso de ser necesario la extracción de cálculos o la limpieza de las vías, se realizará una esfinterotomía, que consiste en hacer un corte en la papila de Vater para agrandar la abertura de la misma. (Figura 5).
- Si fuera necesaria la extracción de cálculos se podrá utilizar el balón de Fogarty (Figura 6) o la cesta de Dormia. (Figura 7).
- Ante ambos casos, se procederá a realizar el intercambio del esfinterotomo por el balón de Fogarty o cesta de Dormia o prótesis biliar, de manera que la guía quede en su posición mientras se extrae el esfinterotomo. Para ello, el endoscopista y el enfermero deberán actuar al mismo tiempo, de modo que se va retirando el catéter a la vez que el enfermero va introduciendo la guía, visualizando esta acción bajo control visual y radiológico.

* Cuando se utiliza el balón de Fogarty:

1. Comprobar el balón
2. Introducirlo a través de la guía
3. Colocar el balón en la vía biliar hasta dejarlo situado por encima del cálculo

4. Inflar el balón con el volumen correspondiente de aire, cerrar la llave y comprobar que está hinchado radiológicamente. Tras comprobarlo, introducir contraste por la luz correspondiente y retirar con control radiológico para arrastrar los cálculos hasta el duodeno.

5. Abrir llave para desinflar el balón y reintroducir el mismo cuantas veces sea necesario.

* Cuando utilizamos la cesta de Dormia:

1. Comprobar el buen funcionamiento de la cesta.
2. Introducir la a través del duodenoscopio en la vía biliar, mediante guía o sin ella.

3. Capturar el cálculo abriendo y cerrando de forma repetida la propia cesta hasta el atrapamiento del mismo y su posterior extracción.

El gran inconveniente que tiene la cesta de Dormia es que puede quedarse enclavada, aunque por otro lado, son eficaces para extraer cálculos grandes (más de 10 mm de diámetro). En este caso, se usará el litotriptor mecánico, así mismo hay disponible en el armario unos alicates de acero por su hubiera que romper la cesta como solución de emergencia.

- Si tras el diagnóstico se requiere la colocación de una prótesis, ya sea plástica o metálica, es importante que dicha técnica se haga entre el endoscopista y el enfermero al unísono, puesto que es fundamental que quede en el lugar adecuado para que el drenaje de la vía biliar sea efectivo.

Esta técnica está condicionada por el fabricante que comercializa la prótesis, puesto que cada presentación es diferente. En rangos generales, en el caso de

* Las prótesis metálicas:

Tras haber realizado el intercambio del catéter con la prótesis y el porta-prótesis, de forma coordinada entre el endoscopista y el enfermero se va liberando la prótesis. Normalmente, el enfermero debe de mantener, con la mano derecha, la parte más proximal fija; y realizar el lanzamiento mediante el deslizamiento lento y progresivo de la mano izquierda hacia el final del porta-prótesis. (Figuras 8 y 9)

* Las prótesis plásticas:

Tras realizar el intercambio del catéter con el introductor de la prótesis, y tras colocar en la posición adecuada dicha prótesis, se procede a traccionar del catéter guía dejando el introductor en posición hasta su completa liberación. (Figuras 10 y 11).

- En ocasiones, durante la técnica, se hace necesario el uso de otros materiales dependiendo de la patología que se encuentre durante el mismo; tales como dilatadores neumáticos o rígidos de la vía biliar (estenosis),...

2. FINALIZACION DEL PROCEDIMIENTO

Una vez se realiza el procedimiento adecuado al diagnóstico y tratamiento:

Guía sobre la actuación enfermera (CPRE)

- Retirar el duodenoscopio del interior del paciente.
- Desechar todo el material utilizado en el contenedor adecuado.
- Contar y anotar todo el material utilizado.
- Esperar a que el paciente despierte de la anestesia para desmonitorizarlo y quitarle el abrebocas.
- Una vez esté consciente trasladarlo a su cama en donde se le llevará al lugar correspondiente (despertar, planta...).

3. SALIDA DEL PACIENTE

Tras la salida del paciente debemos de asegurarnos que no se han quedado pertenencias del mismo dentro de la sala, como prótesis dentales, relojes, etc.

Además, recogeremos la sala y la prepararemos para la siguiente exploración.

TRAS LA REALIZACIÓN DE LA TÉCNICA

Una vez finalizada la CPRE, el paciente regresará a la unidad donde se encuentra hospitalizado, continuará con el tratamiento prescrito por su médico y recibirá los cuidados de enfermería planificados.

Hemos de tener en cuenta que las complicaciones precoces aparecen en la primeras 6h. por lo que hemos de estar atentos y, en cuyo caso, avisaremos al médico responsable del usuario o al de guardia.

De forma reglada, la tolerancia se iniciará sobre las 20 horas del mismo día de la prueba.

INDICACIONES Y CONTRAINDICACIONES

INDICACIONES

- Diagnóstico diferencial en pacientes con ictericia obstructiva y sus complicaciones:
Colangitis, abscesos, fístulas biliares, litiasis residual, neoformaciones y lesiones postquirúrgicas de la vía biliar como ligaduras del conducto o sección traumática del mismo.
- Enfermedad biliar primaria no litiasica:
Colangitis esclerosante, síndrome de Caroli, quistes de colédoco, atresia biliar congénita.
- Enfermedades neoplásicas de las vías biliares:
Cáncer de colédoco, hepático común o de vesícula biliar.
Compresión extrínseca maligna.
Cáncer de páncreas, hígado o nódulos metastáticos con compresión.
- Diagnóstico de patología biliar sin ictericia.

CONTRAINDICACIONES

Estenosis esofágica, pilórica o duodenal.

Sospecha de perforación de vísceras huecas.

Cuando los riesgos para la salud y/o vida del paciente son mayores que los beneficios para la exploración.

Ausencia de consentimiento por parte del paciente.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

00146 ANSIEDAD

r/c: cambio en el estado de salud y en el entorno.

m/p: inseguridad, preocupación, nerviosismo, miedo de consecuencias inespecíficas y dificultad para conciliar el sueño.

Noc (resultados): 1402 Control de la ansiedad.

NIC (intervenciones): 5820 Disminuir la ansiedad.

7310 Cuidados de enfermería al ingreso

1850 Fomentar el sueño

5610 Enseñanza prequirúrgica.

00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

r/c: malestar o dolor, miedo a iniciar el movimiento

m/p: dificultad para realizar las actividades de autocuidados, comunicación verbal o codificada de dolor

Noc (resultados): 0202 Nivel de movilidad

1811 Conocimiento actividad prescrita

NIC (intervenciones): 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene

1804 Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación)

1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación

5612 Enseñanza: actividad / ejercicio prescrito

1400 Manejo del dolor.

00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (sobre su régimen terapéutico)

Noc (resultados): 1813 Conocimiento régimen terapéutico

NIC (intervenciones): 5614 Enseñanza: dieta prescrita

1020 Etapas en la dieta

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

6650 Vigilancia

7370 Planificación del alta

00004 RIESGO DE INFECCIÓN

r/c: procedimientos invasivos (catéter venoso periférico, esfinterotomía,...)

Noc (resultados): 0703 Estado infeccioso

NIC (intervenciones) 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)

6540 Control contra las infecciones

6550 Protección contra las infecciones.

00039 RIESGO DE ASPIRACION

r/c disminución del nivel de conciencia y de la motilidad gastrointestinal

Noc (resultados): 1918 Control de la aspiración

Nic (intervenciones) 3200 Precauciones para evitar la aspiración

00155 RIESGO DE CAIDAS

r/c disminución del nivel de conciencia y de la fuerza física debido a la anestesia

Noc (resultados): 1909 Conducta de prevención de caídas

Nic (intervenciones): 6490 Prevención de caídas
6486 Manejo ambiental: seguridad
* PROBLEMA DE COLABORACION

RIESGO DE HEMORRAGIA

Noc (resultados): 1902 Control del riesgo
Nic (intervenciones): 4160 Control de hemorragias
4010 Precauciones de hemorragias

CONCLUSIONES

Es necesario contar con una guía útil, sencilla y concisa que ayude a los profesionales recién incorporados al servicio en la realización de una instrumentación lo más eficaz y eficiente posible. En definitiva, ofrecer un material que permita mejorar la calidad asistencial.



Figura 1

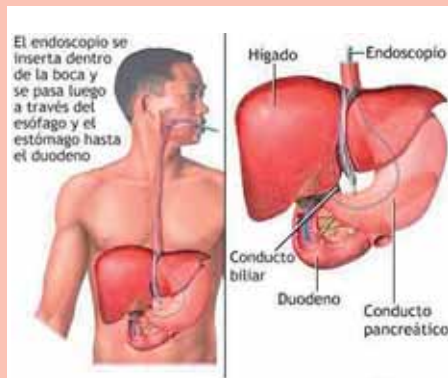


Figura 2

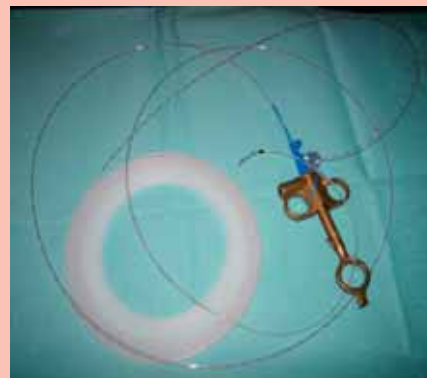


Figura 3



Figura 4

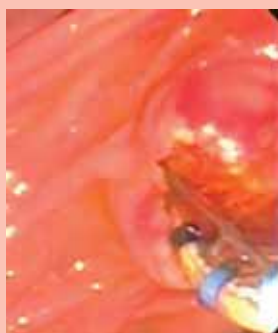


Figura 5



Figura 6



Figura 7



Figura 8



Figura 9



Figura 10



Figura 11

BIBLIOGRAFÍA

- Fauci, A., et al. Harrison. Principios de Medicina Interna, vol. II (14ª edición). Ed. McGraw-Hill Interamericana de España, S.A.U. Madrid 2000.
- Berkow, R., et al. El Manual Merck de diagnóstico y terapéutica (novena edición). Ed. Harcourt Brace de España, S.A. Madrid 1994.
- Cotton, Peter B.; Williams, Christopher B. Tratado práctico de Endoscopia Digestiva (tercera edición). Ed. Masson-Salvat Medicina. Barcelona 1992.
- Vázquez-Iglesias, J.L. Endoscopia Digestiva: Diagnóstica y Terapéutica. Ed. Médica Panamericana. Madrid 2009.
- Abreu, L. Gastroenterología Endoscópica diagnóstica y terapéutica. Ed. Panamericana
- Protocolo para la sedación para endoscopia digestiva. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Consorcio Hospital General Universitario; Valencia. Mayo 2004.
- <http://www.gastroludovica.com.ar/>
- <http://www.slideshare.net/elgrupo13/25-radiologia-de-la-via-biliar>

ROL DE ENFERMERÍA EN EL NACIMIENTO DE LOS D. C. C. U. MÓVILES DISTRITO SEVILLA

Nursing role in the birth of the D.C.C.U. mobile Seville

- **Damián Muñoz Simarro¹**
- **Agustín Míguez Burgos²**
- **Susana Tello Pérez**

¹ D. Enfermería. D. C. C. U. Móviles Distrito Sevilla

² D. Enfermería FREMAP Ciudad Jardín. Sevilla.

Resumen

En la creación del Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgentes Móviles de la Ciudad de Sevilla, el enfermero tuvo un papel fundamental. Comenzando por el traspaso de las funciones que hasta ese momento llevaba el Servicio Especial de Urgencias al del DCCU, donde el coordinador de enfermería del SEU, facilitó todas las transferencias, y posteriormente incluso con el primer coordinador del DCCU, que era tanto médico como enfermero.

Más adelante todas las coordinadoras de enfermería que han pasado por el DCCU Móviles han tenido un papel relevante en el servicio y por supuesto todo el personal de enfermería que ha pasado por el DCCU móvil, que con su enorme entrega e ilusión por la creación de un nuevo servicio unido a la experiencia de otros profesionales (médicos y celadores-conductores) crearon un extraordinario caldo de cultivo en el que destacamos la aptitud y actitud de todo el personal del DCCU ante este nuevo reto que se les ponía por delante y que sin lugar a duda afrontaron con eficiencia, profesionalidad, formación, entusiasmo y finalmente con éxito.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Enfermería
- ✓ Extrahospitalaria
- ✓ DCCU
- ✓ Urgencias
- ✓ Emergencias
- ✓ Móviles

PRESENTADO EN EL XXVI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA. ILUSTRE COLEGIO DE ENFERMERÍA DE SEVILLA

1. INTRODUCCIÓN: ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Los cambios acaecidos en los patrones sociales, culturales y económicos, en nuestro país en las últimas décadas, han generado transformaciones en los estilos de vida, las condiciones medioambientales, valores y creencias, que han influido negativamente en el nivel de salud de la población.

Para hacer frente a estas situaciones, los seres humanos estamos adaptándonos continuamente a los cambios del medio externo e interno. Los factores del medio ambiente externo que pueden influir en el funcionamiento del cuerpo humano son de diversa índole: químicos, físicos, biológicos, psicosociales, etc., existiendo mecanismos de defensa que protegen a las personas de los factores mencionados. Pero éstos, no siempre son efectivos, rompiéndose el equilibrio dinámico de la persona, apareciendo la enfermedad.

Las competencias enfermeras se han ido adaptando a estos cambios acaecidos en los últimos tiempos. Para dar una atención de calidad, integral y segura al usuario, las diferentes profesiones relacionadas con la atención a la salud han

ido avanzando, a la par que la sociedad incorporando avances científico – tecnológicos.

Los sistemas de urgencias y emergencias ponen de manifiesto a diario su necesidad de existir y de dar servicio a una población que cada vez más, precisa de ellos.

Para dar respuesta a las necesidades que en materia de salud presenten los usuarios, es preciso planificar adecuadamente y poner en práctica los cuidados necesarios, con una base de conocimientos, no sólo de las personas y de los factores relativos a la salud, sino también de las alteraciones fisiopatológicas.

La evolución y desarrollo de los sistemas de urgencias y emergencias extrahospitalarias en Andalucía, ha puesto de manifiesto la necesidad de adaptación de recursos humanos y materiales para la atención integral de pacientes que requieren eficacia en la valoración y tratamiento en circunstancias en las que la vida del paciente se encuentra en si-

tuación de riesgo vital y que un error en la valoración inicial o en la asistencia en la llamada “hora de oro”, puede ser fundamental para determinar la supervivencia o la morbimortalidad de las personas que son susceptibles de una atención urgente y/o de emergencias.

La mejora de la atención a la Urgencias y Emergencias en el ámbito de la Atención Primaria es uno de los objetivos del Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (P. A. U. E.). Conscientes del gran volumen de actos médicos y de enfermería que se desarrolla en este nivel, se requiere una actuación personalizada y coordinada de todos los intervinientes en el proceso urgente en aras a lograr las expectativas y satisfacción del ciudadano. La mejora de la calidad de vida de la población, la optimización de los recursos sanitarios, la disminución de la hospitalización, y en definitiva el aumento de la demanda de asistencia especializada de urgencias extrahospitalaria, lleva irrevocablemente a un cambio para mejora del servicio de las urgencias extrahospitalaria en nuestra población y se hace necesario la creación de una unidad de extrahospitalaria más específica, con mejor dotación, que cumpla las expectativas de la población, más resolutoria y en definitiva con una atención más integral. Esta nueva unidad parte del prestigioso Servicio Especial de Urgencias (SEU) y rápidamente comienza a dar resultados siendo más resolutoria al contar con mejores y más medios disminuyendo la alternativa al ingreso hospitalario tradicional, prolongando la atención de urgencia para una definición diagnóstica y estabilización clínica del paciente, disminución del número de hospitalizaciones injustificadas, además de evitar la congestión y retraso de la atención tanto en primaria como en hospitalaria, aumentando el nivel de satisfacción de los usuarios, dando atención temprana integral en la patología tanto urgente como emergente ... y en definitiva mejorando la atención y siendo eficientes.

Para cumplir este objetivo, la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud (S. A. S.) creó un grupo de trabajo integrado por profesionales pertenecientes a los diferentes estamentos implicados, que diseñó un documento que desarrollaba las directrices generales de actuación de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (D. C. C. U.) basado en los contenidos de la Resolución 1/97 y los criterios elaborados por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (P. A. U. E.).

El P. A. U. E. en definitiva, surge para dar respuesta integral y continua a las urgencias y emergencias sanitarias originadas en el ámbito de Andalucía.

Los **Objetivos generales** del P. A. U. E en lo que a atención sanitaria urgente se refiere son:

- Aumentar la satisfacción de la población.
- Elevar la calidad técnica de las prestaciones urgentes.
- Mejorar la eficiencia.

La cronología histórica de la implantación del P. A. U. E en Andalucía ha sido la siguiente:

1987-90: Gestación y diseño final del P. A. U. E

1992: Inicio de la implantación de los Equipos de Emergencias y el Teléfono 061.

1994: Creación de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias (SCCU).

1996: Creación de la Red de Transporte Urgente.

1997: Creación de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU).

1999: Instauración de la Red de Transporte de Críticos Interhospitalarios.

2000: Inicio del desarrollo de la Historia Clínica de Urgencias informatizada.

2001: Implantación del Teléfono Único de Urgencias Sanitarias.

2002: Implantación de los Procesos.

Coordinado como un elemento más del Sistema Integral de Urgencias y Emergencias, el D. C. C. U. colabora en la resolución del proceso, tanto si es finalista como si es un elemento más en la resolución del proceso en otro nivel de actuación, tanto en Atención Primaria como Especializada.

La profesión enfermera, a través de la historia se ha caracterizado por su capacidad para responder a los cambios que la sociedad ha ido experimentando y consecuentemente, a las necesidades de cuidados de la población y el Sistema Sanitario han ido demandando.

La enfermería de Urgencias y Emergencias se encuentra en la actualidad en un pico de relevancia social debido a principalmente a dos causas: por un lado, las patologías cardiovasculares y accidentes se han convertido en las principales causas de muerte e invalidez, y por otro, la atención que se presta a estas patologías quedan enmarcadas en el ámbito de los cuidados de Urgencias y Emergencias.

2. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS D. C. C. U.

Se definen como el equipo de profesionales sanitarios y no sanitarios y los recursos materiales encargados de la atención y asistencia en el ámbito extrahospitalario de toda aquella patología de inicio súbito e inesperado, o agudización de una patología previa, que causa disconfort a cualquier persona por estar en ella implicada su salud, basando esta atención en los beneficios que demuestra la evidencia científica, así como en el trato personal, humano y de respeto.

Los D. C. C. U. parten de la reorganización y unificación de todas las unidades del S. A. S. que atendían urgencias fuera del ámbito hospitalario: Servicios Especiales de Urgencias, Servicios Normales de Urgencias, Puntos de Atención Continuada, etc., según se recoge en la resolución 1/97 del S. A. S. Actúan como primer eslabón en la cadena asistencial de la emergencia, por lo que es imprescindible en este nivel una dotación diagnóstica terapéutica y una formación específica en emergencias.

Funciones Específicas de los D. C. C. U.-

- Atender las situaciones de emergencias en su zona de cobertura durante las 24 horas del día, iniciando el tratamiento y estabilizando al paciente en tanto llega el Sistema de emergencias o se realiza la transferencia adecuada al hospital.
- Asistir las situaciones de urgencias que se presenten en su área de cobertura durante las 24 horas de los 365 días del año, realizando la valoración de la gravedad, diagnóstico y terapéutica por prioridades y la derivación hospitalaria asistida si procede.
- Realizar evaluación, mejora continua de calidad, investigación, docencia, prevención, promoción de la salud y todas aquellas actividades encaminadas a mejorar la atención de los pacientes.
- Realizar el diagnóstico/tratamiento definitivo y resolutivo con resolución completa de patologías.
- Aplicar la metodología de gestión de procesos.
- Iniciar las actuaciones que precisen revisión o continuidad de estudio o tratamiento por su médico de familia.
- Iniciar el tratamiento y estabilización del enfermo para su derivación al hospital.
- Aplicar el oportuno tratamiento durante el traslado del paciente al hospital.

3. PAPEL DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

Podríamos definir la Enfermería de Urgencias y Emergencias, como la teoría y práctica de los cuidados de urgencias y emergencias realizados por profesionales de enfermería. A su vez podríamos definir tales cuidados como la valoración, diagnóstico y tratamiento de problemas observados, actuales o potenciales, súbitos o apremiantes, físicos o psicosociales, que son fundamentalmente episódicos o agudos. Estos problemas pueden precisar cuidados mínimos o medidas de soporte vital, educación del paciente, referencia o traslado adecuado y conocimiento de las implicaciones legales.

Entre las funciones de la Enfermería de los D. C. C. U. se incluyen la administración de cuidados que abarca desde la prevención a las intervenciones destinadas a salvar la vida. Se valora, diagnostica, planifica, ejecuta y evalúan los cuidados a personas de todas las edades, familia y comunidad, que requieren desde formación básica hasta medidas de soporte vital.

La práctica de la Enfermería de Urgencias y Emergencias tiene un carácter pluridimensional, ya que se lleva a cabo junto a otros grupos profesionales: médicos, técnicos, auxiliares, asociaciones e instituciones. Dentro de este rol, los enfermero/as de los D. C. C. U. se comunican, relacionan y comparten recursos, información, investigación, docencia, tecnología y experiencias. Existe unas peculiaridades en las competencias y funciones del enfermero@ DCCU Móviles, como ocurre con las del Técnico (celador-conductor) y el médico, y son propias de la idiosincrasia de las circunstancias y lugar de trabajo. Estas

peculiaridades hacen referencia no solo a la falta de tiempo y espacio, sino fundamentalmente a la falta de personal, ya que no son más que los tres profesionales que van en la Móvil, con lo cual, las funciones se ven en muchas ocasiones entre mezcladas, observándose un mayor y obligatorio grado de colaboración inter-categorías, así como de actividades que son delegadas o asumidas, porque las circunstancias así lo exigen.

Competencias enfermeras en Urgencias y Emergencias.-

- Utilizar los conceptos teóricos y el conocimiento de los cuidados de enfermería como base para la toma de decisiones en la práctica enfermera de urgencias y emergencias.
- Impulsar líneas de investigación que sean relevantes para el diagnóstico, las intervenciones y los resultados en urgencias y emergencias.
- Adoptar actitudes concordantes, en la toma de decisiones éticas y en su aplicación, con el Código Deontológico de la enfermería.
- Realizar la recogida y análisis de datos de salud o enfermedad de la persona, familia o comunidad, de forma continua y sistemática, en base al marco conceptual de enfermería adoptado para la prestación de cuidados enfermeros en el ámbito de urgencias y emergencias, y en base al conocimiento científico, la concepción de los cuidados enfermeros, los componentes de la situación y la percepción del paciente y su ecosistema.
- Prestar atención integral a la persona, para resolver individualmente o como miembros de un equipo multidisciplinar, los problemas de salud que le afecten en cualquier estadio de la vida con criterios de eficiencia y calidad.
- Someter a triage los pacientes a los que se prestan cuidados en situaciones de emergencias y catástrofes, y aplicar la R. A. C (Recepción – Acogida – Clasificación) a los que se prestan cuidados urgentes en el ámbito extrahospitalario cuando no proceda, o esté superado el triage, determinando la prioridad del cuidado basándose en las necesidades físicas y psicosociales y en los factores que influyan en el flujo y la demanda de pacientes.
- Utilizar con destreza y seguridad los medios terapéuticos y de apoyo al diagnóstico que se caracterizan por su tecnología compleja.
- Establecer una relación terapéutica eficaz con los usuarios para facilitarles el afrontamiento adecuado de las situaciones que padezcan.
- Participar activamente con el equipo multidisciplinar aportando su visión de experto en el área que le compete.
- Formular, implementar y evaluar los estándares, guías de acción y protocolos específicos para la práctica de la Enfermería de Urgencias y Emergencias.
- Gestionar los recursos asistenciales con criterios de eficiencia y calidad.
- Asesorar como experto en el marco sanitario global y en todos los niveles de toma de decisiones.
- Proporcionar educación sanitaria a los usuarios para que adquieran conocimientos de prevención de riesgos y hábitos de vida saludables.

4. GESTACIÓN DE UN SERVICIO: D. C. C. U. DISTRITO SEVILLA

Como hemos mencionado anteriormente el D. C. C. U. SEVILLA se gesta a partir de la implantación del P. A. U. E en Andalucía. En 1997 se crean oficialmente los D. C. C. U. pero no es hasta el 1 de Marzo del 2005 cuando comienza su andadura como servicio propio con actividad asistencial en el Distrito de Atención Primaria Sevilla, tomándole el relevo al tan prestigioso y conocido por todos Servicio Especial de Urgencias (S. E. U.). El cual contaba con una serie de puntos fijos de atención de Urgencias (Amate, Pino montano, Amador de los Ríos, Parque Alcosa, Torreblanca, Greco, San Jerónimo y Amante Laffón), donde se atendía la demanda de urgencias tomándole el relevo horario a la plantilla de Atención Primaria. En estos puntos solía existir un equipo formado por un médico, un enfermero y un celador, que a veces se veía reforzado en algunos puntos por otros profesionales en horas de máxima afluencia. Para completar la asistencia de urgencias en la ciudad existía una plantilla de vehículos de asistencia sanitaria urgente a domicilio en tres distintos niveles: unos compuestos por un médico y un celador –conductor, otros compuestos por un enfermero y un celador conductor y unas ambulancias de traslados compuestos por un celador–conductor y un ayudante, y todos tenían su central en el Garaje de ambulancias del Hospital Virgen del Rocío.

En los inicios del D. C. C. U. la mayor parte del personal proviene del S. E. U., por lo que va a tener que haber un importante cambio en la forma de trabajar de este personal. Aunque el objetivo final va a ser el mismo, la atención de calidad de urgencia extrahospitalaria, se intenta que se optimicen los recursos y que la calidad de la asistencia au-

mente y sea más integral, así como, se disminuyan los tiempos en las demandas más urgentes. Los medios con los que se cuentan van a ser muy distintos, y por supuesto con la implantación del D. C. C. U. se pretende ser un servicio más completo y resolutivo para la población.

En este cambio va ser fundamental el rol que juega la enfermería, encabezada por su coordinador y uno de los mentores del S.E.U., D. Manuel Arias García de la Reina, que favorece la transición con un papel fundamental en el cambio de actitud de los profesionales debido a su gran labor profesional, experiencia, cualidades humanas y esfuerzo, convirtiéndose en el enlace entre todas las categorías profesionales y la persona de referencia a la que se le consulta casi todo y de la que depende en gran parte la infraestructura creada hasta ese momento y de la que nacerá el Servicio.

En los inicios del DCCU Móvil, el personal que proviene del S. E. U. en su mayoría van ser médicos y celadores-conductores, con estabilidad laboral (personal fijo e u interinos), así como, de un pequeño grupo de enfermeros, todos con unas pautas de trabajo y costumbres muy arraigadas. Por tanto es la enfermería de las móviles la que en su totalidad está compuesta en sus inicios por personal con contratos eventuales y con una enorme entrega e ilusión por la creación de un servicio nuevo. Esta mezcla explosiva de experiencia y juventud van crear un ambiente y una cualificación en el servicio excepcional, ya que en los profesionales más experimentados se produce un contagio por esas ganas de crecer, de enfrentarse a un nuevo reto, adaptarse y superarse y los profesionales noveles en el servicio saben aprovecharse de esa experiencia y esas andaduras vividas a lo largo de tantos años, que unidos a la formación que el Ilustre Colegio de Enfermería de Sevilla les facilita con el Primer Curso de Experto Universitario de Enfermería de Urgencia, crean un grupo profesional digno de elogio y donde partici-



IMAGEN 1 Ambulancias utilizadas en D. C. C. U. Sevilla

pan y tienen cabida todos y que les mueve un único interés crear un servicio de imagen y respeto en la ciudad de Sevilla y que optimice y mejore la calidad de la urgencia extrahospitalaria pública en nuestra ciudad.

Los enfermeros/as inician la andadura del servicio con la “transformación” de las ambulancias, días antes de comenzar oficialmente la actividad del servicio. Las ambulancias hasta ese momento dedicadas al transporte básico de pacientes, pasan a ser ambulancias asistenciales, dotadas con un equipamiento sanitario que las convierte en Ambulancias de Soporte Vital Avanzado, al contar, aparte del personal mínimo (Técnico sanitario, D. U. E. y médico) con: instalación fija de oxígeno, respirador, ventilador manual tipo balón, aspirador eléctrico, maletines de emergencias, monitor – desfibrilador, material fungible para punción y canalización intravenosa, material de curas, material de inmovilización y equipos de sondaje, etc.

A partir de ese momento el Servicio comienza a funcionar con fecha oficial 1 de Marzo del 2005 con una dotación en cuanto a móviles de.-

- 36 equipos compuestos por médico, enfermero y celador conductor.
- 1 Auxiliar de enfermería encargada de la dotación farmacia y fungibles
- 1 coordinador médico, Miguel Ángel Sánchez Alarcón (médico y enfermero), y 1 coordinadora de enfermería Pilar Sariego.
- Celadores encargados del mantenimiento y limpieza de ambulancias
- Personal administrativo perteneciente a Distrito Sevilla.

La cobertura de la asistencia sanitaria en el Distrito Sevilla, con una población estimada de 700.000 a 800.000 habitantes, va a quedar garantizada al repartirse dichos equipos de la siguiente forma:

- 4 Equipos en horario de 8 á 20 horas, 4 Equipos en horario de 12 á 24 horas y otros 4 Equipos en horario de 20 a 8 horas.
- De esta forma se garantiza la cobertura 24 horas, quedando reforzada las horas de más demanda de atención.

La ciudad se va a dividir en 8 zonas de atención sanitaria.

- Amate, Ronda Histórica, Amante Laffón, Porvenir, Torreblanca, Greco, Pino Montano y Sector Sur.

Siendo el horario de atención de urgencias de las 4 últimas zonas de 12 a 24 horas, quedando el resto del horario distribuida en 4 zonas que coinciden en nombre con las 4 primeras, pero que en ese horario amplían su cobertura geográfica.

En cuanto a su ubicación física, va ser la siguiente.

- 1.- Coordinadores y personal administrativo van a ubicarse en el C.S. El Greco, donde se encontraba entonces la dirección del Distrito Sevilla
- 2.- Ambulancias y resto del personal, se ubican en una nave que funciona a modo de garaje situada en la calle Gerardo Diego.

A partir de Marzo del 2007, el servicio sigue avanzando y

para ello se decide su reubicación física, todo el personal y coordinación del servicio se aglutina en un mismo espacio físico, un edificio dentro del recinto del antiguo Hospital Militar Vigil de Quiñones, situado en la Avenida de Jerez.

En la dotación de personal se producen los siguientes:

- Los equipos móviles pasan a ser 32.
- Se crean plantillas de retén de 10 personas aproximadamente cada una en las 3 categorías, que son compartidas con los D.C.C.U. fijos.
- Las auxiliares de enfermería pasan ser 3.
- Aumenta el personal administrativo y pasa a haber personal que se encarga de forma exclusiva para el servicio dentro del Distrito.

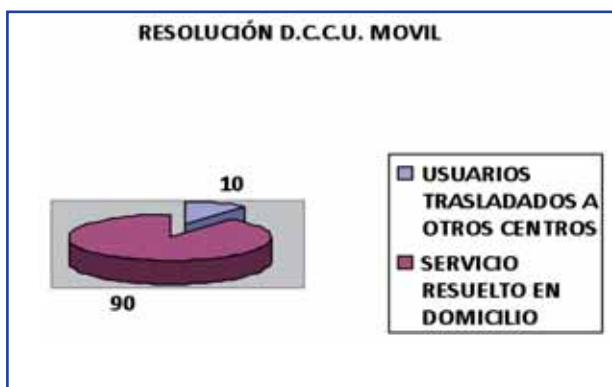
- Las zonas de atención sanitaria pasan a ser:

Amate, Ronda Histórica, Triana – Cachorro, Pino Montano, Porvenir, Torreblanca.

A lo largo de este tiempo existen varios relevos en la coordinación de enfermería. Tras Pilar Sariego aparece en labores de coordinación de enfermería la que hasta ese momento había trabajado en el servicio desde junio del 2005 cómo una compañera más, Ula Villagrán, enfermera proveniente del Antiguo Hospital Militar, con gran experiencia e indudable calidad profesional y cualidades humanas y conocedora de la situación real y las necesidades de la enfermería en este servicio. Más tarde, ella dejará paso a una nueva coordinadora de enfermería proveniente del mismo Distrito de Atención Primaria Sevilla, Carmen Villalba Zoilo y que sigue ejerciendo tal cargo en la actualidad, impulsora de medidas que han conllevado a mejorar la calidad en la atención al ciudadano y sobre todo en el tema de formación con la creación de un grupo de formación estable y dinámico que gestionara la formación continuada de los profesionales del distrito Sevilla, y a destacar especialmente la creación del un grupo de trabajo que llevo a la aparición del Primer Registro de Cuidados específicos de Enfermería del DCCU, conocida cómo Historia de enfermería. Esta última es fruto de una intensa labor de un grupo de enfermer@s del DCCU creado para tal fin. Su implantación se justifica en lo siguiente: La enfermería de urgencias – emergencias prehospitalaria presta una asistencia sanitaria al paciente tomando múltiples decisiones, realizando los cuidados y actividades necesarios para mejorar y/o mantener el estado del paciente, basándose en los conocimientos propios enfermeros y en las recomendaciones científicas internacionales asumidas por las distintas sociedades científicas sin contar con una metodología teórica propia que avale y respalde dichos cuidados. Por esto surge la necesidad de dotar a la enfermería de un documento donde se plasme con terminología enfermera: los cuidados administrados al paciente, constantes del paciente, necesidades detectadas, recomendaciones, etc.

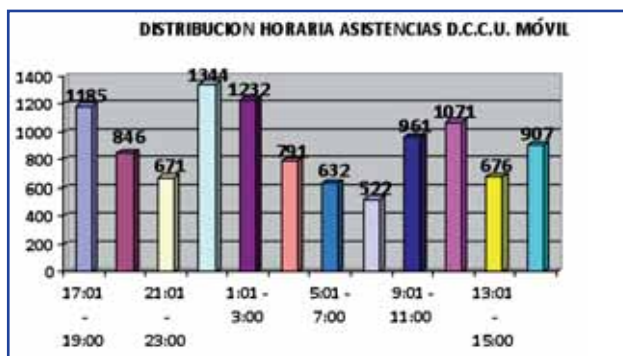
La demanda de asistencia por parte del usuario va a llegar al Centro Coordinador de Urgencias, que es el que activa al equipo correspondiente, según la prioridad, localización, ocupación de equipos, etc. Cómo muestra de la actividad asistencial tomaremos un estudio “Análisis actividad asis-

tencial de los equipos móviles distrito Sevilla” realizado por Balboa Guillen, F. J. y Ramos Santos, O. donde se reflejan los datos del 2º semestre del año 2007, destacando un número de total asistencias de 10838, de las que se resolvieron en el domicilio un 90%, lo que demuestra la alta capacidad de resolución de los equipos sin contar con otros recursos ni ser trasladados a otros centros. (Gráfica 1).



Gráfica 1

De este mismo estudio, podemos destacar la distribución horaria de las asistencias de urgencias de los equipos, podemos observar los tramos horarios de más, de 9:00 a 3:00 en general y menos asistencias, de 3:00 a 9:00 y en los tramos de 13:00 a 15:00 y de 21:00 a 23:00, que corresponde con las horas de comida y cena de los equipos. Lo detallamos en el siguiente gráfico. (Gráfica 2).

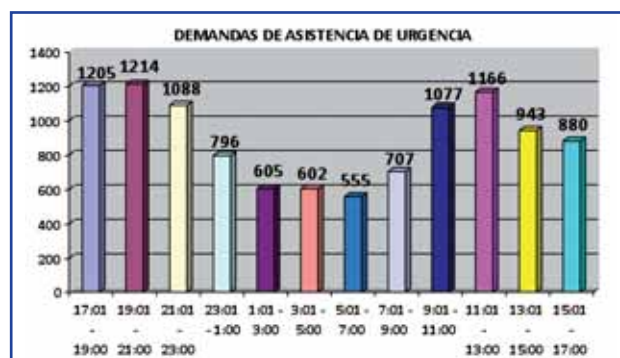


Gráfica 2

Se puede sacar de este estudio también la demanda de asistencia sanitaria de los usuarios. Se observa como las horas de menor demanda son de 23:00 a 9:00. Se estudia en el siguiente gráfico. (Gráfica 3).

Si seguimos analizando este estudio sacamos otros datos interesantes como el tiempo medio de espera desde que se registra la demanda de asistencia hasta que asigna el servicio a un equipo que es 89,32 minutos. La crona de llegada al lugar de asistencia desde que se asigna el servicio a un equipo es de 10 minutos. Y el tiempo de dedica a cada servicio es de media 42,02 minutos.

Finalmente, destacamos también la satisfacción de los usuarios con los profesionales de enfermería lo que se demuestra objetivamente de los datos sobre satisfacción del usuario publicada en la web de la consejería de Salud y donde en el año 2005 muestran una satisfacción con los profesionales de enfermería a nivel de Distrito Sevilla con unos porcentajes entre 92,30 – 95,53 %, siendo la media andaluza de un 94,36%.



Gráfica 3

5. FUNCIONES DE ENFERMERÍA EN LOS D. C. C. U. MÓVILES DISTRITO SEVILLA

- Prestar asistencia sanitaria a todos los pacientes que demanden asistencia al dispositivo. Será una actividad atendida por el enfermero/a como integrante de un equipo multidisciplinar.
- Clasificación de pacientes en función de la prioridad.
- Realizará los procedimientos terapéuticos indicados por el responsable de la asistencia.
- Además de las actividades asistenciales indicadas en cada momento, la actuación de Enfermería se centrará en la valoración de constantes vitales: Tensión arterial, Frecuencia cardiaca, Frecuencia respiratoria, Temperatura... y en la realización de pruebas complementarias en función de la patología (glucemia, Electrocardiograma)
- Administrará los tratamientos prescritos por el médico, realizando un seguimiento de los cuidados de enfermería propios para este tipo de pacientes incluidos en los protocolos asistenciales y vías clínicas existentes.
- Colaborar con el médico o en su caso realizar, en condiciones idóneas, el traslado de pacientes que lo precisen al hospital cuando las circunstancias asistenciales lo aconsejen.
- Utilizar adecuadamente los recursos disponibles en aras de una mayor calidad y eficiencia.
- Participar en el desarrollo y mantenimiento de los sistemas de información del centro y los relacionados con su actividad.
- Participar en los programas de investigación, en el plan de formación y en las actividades de mejora de la calidad.

- Cooperación y coordinación con el resto de dispositivos del Sistema Integral de Urgencias y Emergencias.
- Todas aquellas actividades encaminadas a la mejor atención de los pacientes que presenten patologías críticas y urgentes.

6. CONCLUSIONES

La calidad integral de la atención sanitaria supone un proceso de planificación y gestión integrados, que garantice la eficacia de las intervenciones desde el mismo momento que se establece contacto con una persona que tiene un problema de salud hasta la atención y diagnóstico definitivos del mismo.

Los D. C. C. U. Móviles se definen como equipo de profesionales compuestos por un médico, enfermero/a y técnico de transporte sanitario o celador-conductor y los recursos materiales, encargados de la atención y asistencia en el ámbito extrahospitalario de toda aquella patología de inicio súbito o inesperados, o agudización de una patología previa, que causa disconfort a cualquier persona por estar en ella implicada su salud, basando esta atención en los beneficios que demuestra la evidencia científica, así como en el trato personal, humano y de respeto.

En el nacimiento del D. C. C. U. Móvil Sevilla la enfermería en su totalidad está compuesta por personal con una enorme entrega e ilusión por la creación de un servicio nuevo y se

crea un ambiente y una cualificación en el servicio excepcional, ya que en los enfermeros más experimentados se produce un contagio por esas ganas de crecer y superarse en los aspectos profesionales y los enfermeros noveles en el servicio saben aprovecharse de esa experiencia y esas andaduras vividas a lo largo de tantos años.

Los enfermeros/as inician la andadura del servicio con la “transformación”, días antes de oficialmente comenzar la actividad del servicio, de las ambulancias hasta ese momento dedicadas al transporte básico de pacientes en ambulancias asistenciales, dotadas con un equipamiento sanitario que las convierte en Ambulancias de Soporte Vital Avanzado. A partir de ese momento la enfermería en los D. C. C. U. Móviles Sevilla por su formación y conocimientos tiene un cometido muy importante a nivel general.

Como personal asistencial, conoce todas las técnicas a realizar, puede hacer la valoración inicial, maniobras de S. V. A (Soporte Vital Avanzado), valoración secundaria o exploración completa del paciente, historia clínica de la asistencia, y puede dar los cuidados necesarios durante el traslado al centro asistencial de referencia.

Como parte del equipo multidisciplinar se comunican, relacionan y comparten recursos, información, investigación, docencia, tecnología y experiencias.

Por todo ello el enfermero/a se hace componente imprescindible del D. C. C. U. Móvil.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Murillo, L. y Montero Pérez, F.J. “Medicina de Urgencias: Guía Terapéutica”. Ediciones Harcourt. Madrid. 2006.
2. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio Andaluz de Salud. “ Plan Funcional De los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias”. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2003.
3. Álvarez Leiva, Chuliá Campos, A., Hernando Lorenzo “Manual de asistencia sanitaria en las catástrofes”. Madrid 1992. Ed. Ela.
4. T. C. Kravis, C. G. Warner. “Urgencias Médicas”. 2ª Edición, Barcelona 1992. Ed. Médica Europea.
5. J. R. Soler, V. López. « Manual de Reanimación Cardiopulmonar, Estabilización y Triage del paciente poli traumático”. 2ª Edición, Barcelona 1997. S. A. M. Urgencias Médicas.
6. Segura A. La salud pública y las políticas de salud. Política y Sociedad 2000; 35: 55-64.
7. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Formación en Promoción y Educación para la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003.
8. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias: “Real Decreto 619/1998, de 17 de abril, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera”. Acceso 13 de Octubre del 2007. Disponible en: <http://www.enferurg.com/anexos/realdecreto619.htm>.

MANEJO DE LA INMUNOTERAPIA SUBCUTÁNEA EN ATENCIÓN PRIMARIA

Subcutaneous immunotherapy management in primary care

- **Sandra Romero Escobar¹**
- **Esperanza Macarena Frutos Macías²**

¹ Diplomada en Enfermería. Consulta de alergia. Clínica USP Sagrado Corazón. Sevilla

² Diplomada en Enfermería. C. S. Inmaculada Vieira Fuentes (Las Letanías). Distrito Sevilla.

Resumen

La incidencia de rinitis y asma de tipo alérgico ha aumentado en los últimos años entre la población. El tratamiento de elección para estos síntomas es la Inmunoterapia Subcutánea que se aplica actualmente en los centros de atención primaria. Vemos importante el conocimiento de ciertas pautas por parte del personal de enfermería ante el manejo de la misma.

Por ello, en este trabajo consideramos relevante saber qué tipos de inmunoterapia existen centrándonos en la inmunoterapia subcutánea, su manejo práctico, saber qué tipo de reacciones adversas existen y cómo tratarla y saber cómo actuar en caso de retraso en la administración y cuando debemos de reducir dosis.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Inmunoterapia subcutánea
- ✓ alérgenos
- ✓ pauta
- ✓ dosis
- ✓ reacción adversa
- ✓ anafilaxia

Abstract

The incidence of rhinitis and allergic asthma has increased in recent years among the population. The treatment of choice for these symptoms is subcutaneous immunotherapy currently applied in primary care.

We know certain important guidelines for nursing staff to manage the same.

Therefore, in this guide we consider relevant to know what types of immunotherapy are, practical management, knowing what kind of adverse reactions are and how to treat, and how to act in case of delay in the administration and when to reduce dose.

1. INTRODUCCIÓN. (DEFINICIÓN Y OBJETIVOS)

La incidencia de rinitis y asma de tipo alérgico ha aumentado en los últimos años en nuestra población. Esto provoca una mayor presencia y demanda de los ciudadanos afectados tanto en las consultas de atención primaria como de especialistas.

Aún no conocemos bien los genes que pueden transmitir las enfermedades alérgicas, y probablemente sea difícil su conocimiento, pues su transmisión depende de múltiples genes. Sin embargo, sí conocemos la etiología del asma y la

rinitis alérgica, producida por una reacción inmunológica mediada por IgE específica para alérgenos.

A partir de esta reacción, se inicia una cadena inflamatoria que ocasiona los síntomas habituales: Rinorrea, estornudos, tos, picor ojos, dificultad respiratoria... Cuanto más precozmente actuemos interrumpiendo esta cadena, más eficaz será el tratamiento.

Por ello, debemos detectar lo antes posible el/los alérgeno/s que causan la rinitis o el asma en cada caso con-

creto. Y evitarlos en la medida de lo posible aplicando las normas de control ambiental para cada uno. Además, en algunos casos se pautará tratamiento con InmunoTerapia SubCutánea (ITSC).

La inmunoterapia pues es un tratamiento específico que consiste en la administración de extractos alérgicos de forma repetitiva y gradual a un paciente sensibilizado a ello para alcanzar la tolerancia clínica a dichos alérgenos que causan los síntomas a los pacientes con rinitis y asma alérgicos. Reduciendo los síntomas que se presentan después de la exposición a los mismos.

El tratamiento con inmunoterapia subcutánea tendrá una duración mínima de 3 años y se recomienda siempre llegar hasta los 5 años. Y tendrá como objetivos fundamentales:

- Modificar la respuesta inmunológica del paciente, aumentándola.
- Mejorar clínicamente al paciente, haciendo que éste disminuya sus síntomas así como el uso de tratamiento sintomático. Principalmente buscamos una disminución de crisis asmática, llegando incluso en algunos casos a desaparecer.

De esta manera, aunque no hablemos de curación del paciente, sí podremos hablar de una mejoría en su calidad de vida en tanto y cuando haremos desaparecer gran parte de sus síntomas, pudiendo llevar una vida normal con exposición al alérgeno que causa la rinitis.

Como enfermeras en atención primaria recibimos derivados del servicio de alergología pacientes con tratamientos de inmunoterapia subcutánea, a los cuales debemos administrar dicho tratamiento durante ese periodo de 3 a 5 años. Es por este motivo que creemos necesaria conocer el abordaje y procedimiento a seguir en dichos pacientes

2. TIPOS DE INMUNOTERAPIA

Existen 2 tipos de vías de administración de la inmunoterapia:

- Vía parenteral: Siempre Subcutánea. Dentro de esta, existe 2 tipos:
 - Preestacional: Como su nombre indica, la *pauta pre-estacional* se utiliza en pacientes alérgicos a los pólenes, comenzando su administración varios meses antes de la llegada de la estación de polinización, y suspendiéndola cuando llega ésta.
 - Perenne o coestacional: La *pauta perenne* es aquella que mantiene la administración del extracto a lo largo de todo el año. Se utiliza en pacientes alérgicos a pólenes, ácaros, hongos...

Tanto en una como en otra existen 2 fases dentro de la administración: Partimos de una pauta de iniciación, habitualmente semanal, hasta llegar a la "máxima dosis tolerada", continuando con la pauta de mantenimiento, en la que se desarrolla el tratamiento a intervalos mensuales. En el caso de la inmunoterapia perenne continuaríamos este tratamiento durante los 3-5 años recomendados. En el caso de la preestacional se finaliza una vez empezada la temporada de polinización.

Pautas de administración recomendadas

Tratamiento de inicio:

Vial (color etiqueta/nº)	Volumen a inyectar	Intervalo de administración
Verde 0	0,5 ml	1 semana
Verde 1	0,1 ml 0,2 ml 0,4 ml 0,6 ml	1 semana 1 semana 1 semana 1 semana
Amarillo 2	0,1 ml 0,2 ml 0,4 ml 0,6 ml	1 semana 1 semana 1 semana 1 semana
Rojos 3	0,1 ml 0,2 ml 0,4 ml 0,6 ml 0,8 ml 1 ml 1 ml	1 semana 1 semana 1 semana 1 semana 1 semana 1 semana 2 semanas

Tratamiento de continuación:

Vial (color etiqueta/nº)	Volumen a inyectar	Intervalo de administración
Rojos 3	1 ml	1 mes
Una vez alcanzada esta dosis y comprobada su perfecta tolerancia, se procederá a inyectar la dosis de 1 ml del vial 3 mensualmente		
Rojos 3	1 ml	1 mes
Rojos 3	1 ml	1 mes
Rojos 3	1 ml	1 mes
Rojos 3	1 ml	1 mes
Rojos 3	1 ml	1 mes
Rojos 3	1 ml	1 mes

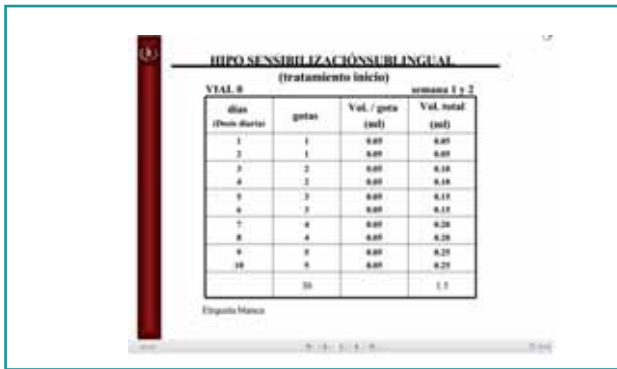
Figura 1: Ejemplo de pauta de administración recomendada para tratamiento subcutáneo.

- Vía Sublingual: En ésta, se administra el antígeno en forma de gotas debajo de la lengua. No requiere presencia sanitaria, por lo que se la autoadministra el paciente en el propio domicilio. Se trata de aplicar el extracto en forma de gota debajo de la lengua manteniéndolo de 2 a 3 minutos y a continuación se ingiere o se escupe. Al igual que en la parenteral comenzamos con una pauta de inicio donde se va aumentando diariamente el número de gotas administrada hasta alcanzar "dosis máxima tolerada". Continuando con esta dosis diariamente en la pauta de mantenimiento.

VIAL 4

semana (desde Vial 1)	gotas	Vol. / gota	Vol. total (ml)
1	15	0,05	0,75
2	15	0,05	0,75
3	15	0,05	0,75
4	15	0,05	0,75
	60		3,00

Etiqueta roja



HIPOSENSIBILIZACIÓN SUBLINGUAL
(tratamiento inicial)

VIAL II			semana 1 y 2	
días (Dosis diaria)	gotas	Vol. / gota (ml)	Vol. total (ml)	
1	1	0,05	0,05	
2	1	0,05	0,05	
3	2	0,05	0,10	
4	2	0,05	0,10	
5	3	0,05	0,15	
6	3	0,05	0,15	
7	4	0,05	0,20	
8	4	0,05	0,20	
9	5	0,05	0,25	
10	5	0,05	0,25	
	30		1,5	

Eligible Vacuna

Figura 2: Ejemplo de pauta de administración recomendada para tratamiento sublingual.

Es una alternativa aceptada para el uso clínico como primera opción o, al menos en aquellos pacientes en que no pueda utilizarse la inmunoterapia de forma subcutánea.

Nosotros nos centraremos en la inmunoterapia subcutánea ya que esta se administra por personal sanitario en Atención Primaria.

3. ALERGENOS MÁS COMUNES

- Ácaros: Los ácaros están entre los causantes más frecuentes del asma alérgico. Entre ellos destacan los ácaros del polvo doméstico como *Dermatophagoides pteronyssinus* y *Dermatophagoides farinae*.
- Pólenes: Destacamos pólenes de gramíneas y olivo fundamentalmente.
- Hongos: Siendo el más común la alternaria.
- Epitelios de animales: Perro, gato, caballo...
- Himenópteros
- Látex

La ITSC frente a estos 2 últimos alergenitos no son administradas en Atención Primaria por el alto riesgo de reacción sistémica. Por lo que requiere supervisión del alergólogo, administrándose en el servicio de alergología del hospital.

4. MANEJO PRÁCTICO PARA ENFERMERÍA

La administración de vacunas de alergia al igual que cualquier otro medicamento, no está totalmente exenta de riesgo. Por ello se debe respetar las recomendaciones indicadas a continuación y comprobar que el paciente lo ha comprendido.

a) Antes de administrar la dosis:

- Comprobar que se dispone de todo lo necesario para tratar una reacción adversa:
 - Adrenalina,

- Broncodilatadores (salbutamol),
- Antihistamínicos,
- Oxígeno,
- Corticoides
- Sistema canalización vía periférica...

- Comprobar situación clínica del paciente: Ante la presencia de cualquiera de estos síntomas, debemos retrasar la administración de la vacuna mínimo 1 semana, hasta que desaparezcan los síntomas.

- Asma moderada o grave
- Fiebre
- Infección aguda.
- Enfermedades exantemáticas en el niño.
- TBC activa.

- Comprobar la fecha de administración de la última dosis.

- Comprobar tolerancia a dicha dosis.

b) Administración de dosis:

- Comprobar caducidad de vacuna y pertenencia al paciente.
- Comprobar vial y dosis a administrar.
- Agitar suavemente y extraer dosis.
- Aplicación: Vía SC poco profunda, cara externa del brazo, 5-8cm por encima del codo, 45°.

c) Después de administrar la dosis:

- Anotar dosis, fecha y brazo en que se aplicó.
- Indicar fecha de próxima dosis.
- Recordar al paciente:
 - que debe esperar de 20 a 30 minutos en el centro sanitario.
 - que durante las 3 horas posteriores a la administración de la vacuna no debe realizar ejercicio, exponerse prolongadamente al sol o bañarse con agua caliente.
 - que no debe rascar ni frotar la zona de punción.

5. REACCIONES ADVERSAS

Como hemos dicho anteriormente la administración de inmunoterapia no está exenta de riesgos. Es importante saber diferenciar el tipo de reacción que está ocurriendo para actuar de forma adecuada.

a) Reacciones Locales: Puede tener lugar enrojecimiento, prurito e hinchazón local en el lugar de la inyección que pueden considerarse normales. Se considera reacción local cuando aparece induración. Hay 2 tipos:

- Inmediata: Es aquella que aparece en los primeros 30 minutos. Siendo el diámetro mayor de la induración superior a 5 cm en adultos o más de 3 en niños.

Manejo de la inmunoterapia subcutánea en atención primaria

- Tardías: Es aquella que aparece al cabo de 1 hora o mas. Siendo en este caso el diámetro mayor de la induración superior a 10 cm en adultos o más de 7 cm en niños. Difícil de valorar puesto que este caso el paciente ya no se encuentra en el centro sanitario.

El tratamiento en ambos casos consiste en la aplicación de frío local, administración de antihistamínicos orales y modificación de la pauta que veremos más adelante.

b) Reacciones Sistémicas: este tipo de reacciones se caracterizan por signos y/o síntomas generalizados que se producen a distancia del lugar de inyección. Estas reacciones habitualmente comienzan en unos pocos minutos tras la inyección y mas raramente después de los primeros 30 minutos. Han sido divididas por la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) en:

- Leves: rinitis leve y/o tos o síntomas inespecíficos
- Moderadas: urticaria, angioedema, asma
- Severas o Shock anafiláctico: reacción de rápida evolución, que cursa con prurito, eritema, hipotensión, mareo, obstrucción bronquial, etc. que requiere tratamiento intensivo precoz.

El tratamiento a seguir en este caso es el protocolo de anafilaxia:

- Torniquete en zona proximal al lugar de la inyección, aflojando el mismo 30 segundos cada 5 minutos.
- Adrenalina 1/1000 SC o IM: Dosis en adulto: 0,5ml en el brazo contrario al de la inyección y 0,3ml en el mismo brazo. Dosis en niños: 0,01ml/kg. No superar 0,5ml. Estas dosis se pueden repetir hasta en 3 ocasiones con intervalos de 15 minutos.
- Oxigenoterapia de alto flujo. Y aerosolterapia (salbutamol).
- Antihistamínicos (Polaramine) en caso de prurito, urticaria, enrojecimiento generalizado...
- Corticoides (Urbasón, hidrocortisona).

Después de una reacción sistémica remitir al alergólogo.

6. ¿CUÁNDO DEBEMOS REDUCIR DOSIS?

Siempre se debe respetar la pauta indicada para cada paciente, sin realizar muchas variaciones, para conseguir una adecuada inmunización. Sin embargo, existen varios supuestos a tener en cuenta en los que debemos de reducir la dosis de vacunas que vamos a administrar.

- Reacción local inmediata: En este caso repetiremos la dosis anterior tolerada 2 veces y seguiremos con la pauta establecida previamente.
- Reacción local tardía: Volveremos a dosis anterior tolerada y después seguiremos con la misma pauta indicada.

- Reacción sistémica: Suspendemos vacuna y remitimos al alergólogo.
- Al iniciar vial nuevo de envase con lote distinto al anterior reduciremos 0,2ml la dosis de mantenimiento una sola vez. Después continuaremos su dosis normal. En el caso de existir 2 botes con el mismo lote en el envase, no es necesario reducir la dosis.

7. ACTITUD A SEGUIR EN CASO DE RETRASO EN LA VACUNACIÓN

Se considera retraso contando desde la fecha teórica en la que correspondería la administración. Por ejemplo, la última dosis administrada fue el día 11 de Enero. La fecha teórica sería el 11 de Febrero. Si el paciente nos acude a consulta el día 4 de Marzo tendría 3 semanas de retraso en la vacuna.

A continuación presentamos sendas tablas donde nos muestra las pautas a seguir en caso de retraso según se encuentre el paciente en fase de inicio o de mantenimiento.

Fase de iniciación	
< 4 semanas	Misma pauta
4 semanas	Repetir última dosis tolerada
5 semanas	Repetir penúltima dosis tolerada
>5 semanas	Consultar al alergólogo

Tabla 1: Pauta correctora en pacientes en fase de inicio.

Fase de mantenimiento	
< 6 semanas	Igual pauta
6-8 semanas	Repetir la penúltima dosis tolerada
>8 semanas	Consultar al alergólogo

Tabla 2: Pauta correctora en pacientes en fase de mantenimiento.

8. CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

Para finalizar queremos citar algunas consideraciones a tener en cuenta en nuestra práctica diaria con el manejo de inmunoterapia subcutánea que nos pueden llevar a duda.

- Nunca administrar una vacuna en domicilio, puesto que no estamos preparados para una reacción sistémica grave.
- No masajear el lugar de punción, pues aumentamos la absorción.
- Inyección lenta que produce menos reacción local.
- No es necesario reducir la dosis de vacuna de pólenes en primavera. Salvo indicación escrita del alergólogo.
- No mezclar viales de diferentes lotes. En el caso de que hubiera 2 frascos en la caja con el mismo número de lote, estos sí se pueden mezclar.

- En las reacciones locales solo se valorará la induración. No el eritema.
- En caso de embarazo no se aconseja la iniciación, pero no existe problema alguno para el mantenimiento de la vacuna.
- Paciente con dos vacunas diferentes: En este caso iniciaremos primero una vacuna, y una vez llegada a la fase de mantenimiento comenzaremos la segunda vacuna. Una vez estemos en fase de mantenimiento con las 2 vacunas, debemos espaciarlas 15 días.

9. AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento al Dr. Francisco Toledo Ponce, médico especialista en alergia del servicio de alergología del Hospital Virgen del Rocío, por su apoyo y orientación en el desarrollo de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Feo Brito, F. et al. Pólenes alergénicos en Ciudad Real: Aerobiología e incidencia Clínica. Rev. Esp. Alergol Inmunol Clín, Abril 1998 Vol. 13, Núm. 2: 79-85.
- Subiza, J. et al. Pólenes alergénicos y polinosis en 12 ciudades españolas. Rev. Esp. Alergol Inmunol Clín, Abril 1998 Vol. 13, Núm. 2: 45-58.
- Ortega-Martell, J.A. Huerta Hernández, R.E., Huerta López, J. Vacunas terapéuticas para las enfermedades alérgicas. Alergia, Asma e Inmunología Pediátricas, Septiembre-Diciembre 2002; Vol. 11, Núm. 3: 106-110.
- Vacunas para alergia. www.compedia.org
- López Moreno, E. Los procesos alérgicos. Empleo práctico de la Inmunoterapia. Hygia Nº 60, año XVII 2º Cuatrimestre 2005.
- Lasa, E. Garrido, S. Arroabarren, E. Anda, M. Ollo, B. Tabar, A.I. Inmunoterapia local. An. sis. sanit. Navar. 2003; 26 (Supl. 2): 111-118.
- Guardia Martínez, et al. Recomendaciones para el manejo de la inmunoterapia. Servicio Andaluz de Salud. Conserjería de Salud. Junta de Andalucía.
- Alonso Lebrero, E. et al. Guía de autocuidados para el asma. Consejería de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública y Alimentación.
- Rubio Sotés, M. Rinitis alérgica. Mecanismo y tratamiento: Cap. 25: Tratamiento de la rinitis alérgica (II). Inmunoterapia. Mra ediciones Burdeos, Barcelona.
- Alergia a los ácaros. Medidas de Control Ambiental. www.tuotromedico.com
- Arlian LG. Platts-Mills TAE. J. The biology of dust mites and the remediation of mite allergens in allergic disease. Allergy Clin. Immunol. 2001, 107:S406-13.
- Rojas-Hijazo B, Colás C, Ferrer L, Sobrevía M, Cubero JL. Papel de las vacunas alergénicas. Servicio Alergología. Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa". Zaragoza. O.R.L. ARAGON'2009; 12 (1) 15-19.
- González-Quevedo, M.T. Díaz Fernández, M. Inmunoterapia específica para tratamiento de pacientes alérgicos. Protocolo de actuación en la Unidad de Alergología del H. U. Virgen del Rocío de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
- Las vacunas para la alergia. www.seicap.es
- Inmunoterapia. www.slideshare.net
- Díaz Fernández, M. La inmunoterapia. Hospital San Agustín. www.slideshare.net
- Padilla Ramos, H. Morales, J. C. Universidad Autónoma de Coahuila. Inmunoterapia. Facultad de Medicina, inmunología y alergias. www.slideshare.net
- Velarde Domínguez, T. Hospital Central Militar. Inmunoterapia sublingual. Departamento Medicina Interna. Servicio de Inmunología Clínica y Alergia. www.slideshare.net

PAPEL DE ENFERMERÍA EN LA MEJORA DEL SUEÑO EN UNA UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Role of nursing in improving sleep in an intensive care unit: a review

■ Daniel Bárcenas Villegas¹

¹ Diplomado en Enfermería.

Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla

Resumen

El descanso en unidades de cuidados intensivos resulta esencial para la mejora del proceso salud-enfermedad de los pacientes ingresados. Enfermería como profesión gestora de cuidados debe asumir esta competencia como prioritaria. Método: Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura científica, utilizando entre otras las siguientes bases de datos: Pubmed, Cuiden, IBECS, y revistas como enfermería intensiva, medicina intensiva, enfermería clínica y revista cubana de enfermería. Resultados: Se incluyeron un total de 10 artículos, donde enfermería podría mejorar el patrón de sueño, actuando sobre factores externos. Sin embargo, un análisis exhaustivo de la bibliografía muestra la necesidad de más estudios encaminados a esta temática, ya que los resultados pueden estar sesgados. Se concluye pues que existen actividades realizadas por enfermería que pueden mejorar el descanso nocturno. No obstante no se disponen de suficientes evidencias científicas que aseguren la eficacia en la mejora de este patrón por parte de enfermería.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Enfermería y cuidados intensivos
- ✓ descanso
- ✓ sueño
- ✓ sueño y cuidados intensivos

Abstract

Rest in intensive care units is essential for the improvement of the health-disease patients admitted. Nursing care as a career manager must take on this competition as a priority. Method: We conducted a thorough review of the literature, using among others the following databases: Pubmed, Take care, IBECS, and magazines such as nursing intensive care medicine, clinical nursing and nursing Cuban magazine. Results: A total of 10 items, where nurses could improve sleep patterns, acting on external factors. However, a thorough analysis of the literature shows the need for more studies to this subject, since the results may be biased. It is concluded that there are activities performed by nurses can improve sleep. However not have enough scientific evidence to ensure the effectiveness in improving this pattern by nurses.

KEY WORDS:

- ✓ Nursing and intensive care
- ✓ rest
- ✓ sleep
- ✓ sleep and critical care

INTRODUCCIÓN

El sueño es una necesidad fisiológica básica que se define como un estado de inconsciencia del cual la persona puede despertar como consecuencia de estímulos sensoriales externos ⁽¹⁾.

En muchos hospitales dada su ubicación la presencia de niveles elevados de ruido pueden hacerse presente en el día

a día del mismo, tal es el caso de centros que se encuentran en áreas con elevado nivel de tráfico periférico, hospitales céntricos etc. Sin embargo se produce una elevada cantidad ruido desde el interior de los propios hospitales y éste es detectado en los distintos servicios asistenciales, como por ejemplo en las unidades de cuidados intensivos.

Los profesionales de enfermería debemos priorizar el cuidado de esta necesidad básica, ya que su falta puede tener consecuencias negativas tanto en aspectos físicos como psíquicos ^(2,3), pudiendo ser la causa entre otras de una inadecuada adaptación al respirador, un aumento del tiempo en el destete del mismo y en definitiva a un enlentecimiento en el proceso de recuperación final ⁽⁴⁾. Existen múltiples causas por las que un paciente ingresado en una unidad de cuidados intensivos podría no descansar adecuadamente, por una parte la encontramos en la propia estructura de la unidad, en el entorno alterado de la misma, en un elevado nivel de ruido y luz ambiental, así como en el estrés que por momentos envuelve a todo el conjunto de la unidad asistencial, modificándose por tanto el ciclo sueño-vigilia del paciente ^(5, 6, 11, 12). Balogh et al determinaron la intensidad media de ruido en una unidad de cuidados intensivos, apreciando que existían niveles medios de 65 dB con picos de más de 95 dB, sobrepasando los 45 dB que permite la Agencia de Protección Medioambiental de los Estados Unidos como admisibles para un hospital ⁽⁷⁾.

Por ello en el presente estudio se ha realizado una revisión bibliográfica donde los objetivos serían por una parte, determinar cuáles son los factores externos susceptibles de alterar el sueño en las unidades de cuidados intensivos y por otra, qué papel desempeña enfermería como agente de cuidados y protector del patrón sueño descanso en estas unidades.

MÉTODOS

El en proceso de revisión bibliográfica llevado a cabo se incluyeron estudios que abordaron diferentes factores susceptibles de alterar el sueño y el descanso nocturno en los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos. Aquellos estudios que examinaron única y exclusivamente las causas médicas relacionadas con la falta de sueño o la conciliación del mismo fueron excluidos para de esta manera no extrapolar resultados que se centren en el marco de otra profesión, evitando por consiguiente sesgos de selección que influyan en los resultados finales, ya que el tratamiento de los pacientes en estos estudios no contemplaba la labor enfermera desde ninguna perspectiva dentro del ámbito asistencial.

La búsqueda bibliográfica se realizó analizando distintas fuentes de información entre las que constan bases de datos electrónicas como Pubmed, Cuiden, IBECS, Evidentia, Joanna Briggs y EMBASE, obteniendo resultados más relevantes en IBECS y Cuiden. Se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes revistas de índole científica como son enfermería intensiva, medicina intensiva, enfermería clínica, Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo, revista cubana de enfermería, Intensive care medicine, American Journal of Critical Care, Dimension of Critical Care Nursing, Journal of Nursing Scholarship, American Journal Respiratory and Critical Care Medicine, resultando más útil para nuestro estudio tanto por volumen

de información como por calidad de la misma las revistas centradas en los ámbitos de los cuidados intensivos.

Para llevar a cabo la búsqueda se utilizaron las palabras clave: “sleep, rest, intensive care unit, intensive care y care,”. Se emplearon en la búsqueda operadores booleanos, combinando los descriptores de la siguiente manera: “nurse and intensive care unit not pediatrics”, “sleep and intensive care unit”, “nurse and intensive care unit”, “nurse and sleep”, “sleep and intensive care not pediatrics” y “rest and intensive care unit”. La base de datos española IBECS también fue utilizada con las mismas palabras clave en castellano, no obteniendo resultado alguno o resultados que fuesen útiles para este estudio, ya que todo lo encontrado referente al sueño se relacionaba con aspectos que no se centraban en los cuidados críticos o resultaban poco útiles por el enfoque dado.

La búsqueda realizada se limitó en una margen de tiempo de 1999-2011 ambos inclusive, el motivo de esta elección cronológica fue la utilización de documentación relativamente reciente y actualizada, sin embargo se hizo referencia a artículos con posterioridad por su relevancia e interés, favoreciendo el enriquecimiento de este estudio sin influir en los resultados finales por no entrar dentro de la cronología seleccionada.

RESULTADOS

Un total de 10 estudios fueron incluidos en el análisis de esta revisión bibliográfica. Los resultados que se muestran y analizan a continuación son presentados conformando dos líneas de estudio, por una parte los factores externos susceptibles de alterar el sueño y por otra el papel de la enfermería en la mejora del patrón sueño-descanso.

FACTORES EXTERNOS SUSCEPTIBLES DE ALTERAR EL SUEÑO

Según Nicolas A. Et al, el sueño de los pacientes que se encuentran ingresados en unidades de cuidados intensivos se presenta ligero y con despertares frecuentes, esto tiene como consecuencia la imposibilidad de satisfacer el sueño reparador, señalando que estos pacientes tienen el sueño fragmentado, sin contemplar los ciclos de sueño, con aumento de periodos de sueño ligero (I NREM), disminución de los periodos de sueño profundo (III y IV NREM) y del periodo REM, teniendo por tanto peor calidad de sueño⁽⁴⁾. El ruido ambiental por encima de los niveles recomendados produce trastornos del sueño, por consiguiente los efectos secundarios que son apreciables según Perea Baena MC en la mañana o al día siguiente son: percepción de menor calidad de sueño, fatiga, depresión y reducción del rendimiento⁽²⁾. Otros elementos de carácter multifactorial, como la luz ambiental, las técnicas realizadas, el sonido del televisor o de la radio, las conversaciones del equipo sanitario y la estructura física de las unidades se presen-

tan como responsables de la mayoría de las anomalías relacionadas con el sueño-vigilia (2,5, 8, 9). (10) En un estudio realizado por Calvete Vázquez R et al el factor más perjudicial para la conciliación del sueño en las unidades de cuidados intensivos fue el ruido realizado por las alarmas; este elemento según Achury-Saldaña D.M es apreciado por parte de los pacientes como factor que disminuye tanto la duración como el sueño reparador, incrementando el tiempo para conciliar el sueño y disminuyendo la calidad subjetiva del mismo (11).

En otro de los estudios se obtuvo que la estructuración de las unidades se muestra como un elemento que influye en la percepción del ruido por parte de los pacientes, tal hecho se da en unidades abiertas (10).

La luz se presenta como agente desestabilizador del sueño, sobre todo en su uso artificial y durante todo el día, ocasionando alteraciones en el ciclo sueño-vigilia, provocando de esta manera un desequilibrio del ciclo del sueño hasta en 6 horas al día (11,13).

PAPEL DE LA ENFERMERÍA EN LA MEJORA DEL SUEÑO-DESCANSO

Según Achury-Saldaña D.M las intervenciones de enfermería encaminadas a minimizar las alteraciones del sueño en el paciente crítico deben ser individualizadas (11). Algunas actividades propuestas pasarían por favorecer la comodidad y el confort del paciente, esta última actuando como elemento esencial durante la estancia en unidades de críticos, ya que la mala postura dificulta tanto inicio del sueño como su mantenimiento (4,11,13). El establecimiento de patrones de sueño es otro determinante que puede actuar como factor beneficiario del descanso, evitando el sueño diurno y estableciendo periodos de actividades que se realicen en horario de noche (5,11). Según Redecker NS existe un aumento del sueño diurno en las unidades de cuidados intensivos, ante el que enfermería debería incidir directamente evitando de esta forma la vigilia nocturna (14).

El dolor según distintos estudios, aparece como uno de los elementos peor controlados en estas unidades y por consiguiente favorecedoras de la vigilia nocturna; la prevención y el control de esta alteración debe fundamentarse en medidas no farmacológicas como trabajar en el área conductual del paciente mediante la distracción, la sugestión, técnicas de respiración, imaginación controlada, posiciones adecuadas y en cuanto a medidas farmacológicas a través de la revisión de protocolos de administración de sedo-analgesia (5,13).

(11) La educación del equipo de salud se trata de otra intervención llevada a cabo por enfermería, donde se darían a conocer cuáles son los elementos que en mayor medida alteran el adecuado descanso del paciente intensivo, como dice Achury-Saldaña D.M et al existen numerosos estudios donde se muestra tanto el déficit de conocimientos como de creencias y actitudes de los profesionales con el sueño

del paciente crítico, por lo que es esencial que se promueva la importancia que tiene el sueño en estas personas y sus repercusiones (11).

Según diferentes estudios, enfermería debe incidir en la disminución de estímulos ambientales, en el turno de noche cerrar la puerta, evitar hablar en voz alta, eliminar o disminuir el ruido propio de monitores o ventiladores, bajar el volumen de los timbres y evitar si no son necesarias tareas ruidosas en la noche, incluso favoreciendo el uso de dispositivos que aíslen al paciente, como tapones para los oídos y antifaz (11,12).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A pesar de que muchos profesionales sanitarios defienden que el descanso nocturno actúa como agente protector de la salud y favorecedor de la recuperación, se puede apreciar cómo en los resultados obtenidos no vemos la existencia de elementos lo suficientemente sólidos que describan con peso los factores susceptibles de alterar sueño, ya que todos se basan en datos referidos por los propios pacientes, donde la subjetividad y por tanto la posibilidad de la existencia de distintos sesgos es factible. Muestra de ello es el estudio realizado por Gabor JY et al, donde se llega a la conclusión de que el ruido, elemento que se recoge en los resultados como alterador del sueño en mayor medida, no llega a ocasionar ni el 30% de los despertares en las unidades de cuidados intensivos, lo que pone de manifiesto la existencia de contradicciones en los resultados obtenidos con respecto a otros estudios (15); si bien en cierto, los elementos que más pueden perjudicar al patrón sueño-descanso son los ambientales según los datos obtenidos, lo cuál no quiere decir que sean ni los más perjudiciales, ni los que están siempre presentes cuando hay un problema en la conciliación del sueño o en el mantenimiento del mismo.

Por otra parte la literatura revisada no hace mención a un elemento que en este tipo de unidades ocasiona gran repercusión sobre las personas, como es la atención psicosocial. Existen gran cantidad de pacientes ingresados en estas unidades que por sus circunstancias tanto de orientación, sensación de bienestar o simplemente problemas en el exterior de carácter personal o laboral, ven con gran estrés y elevada ansiedad la imposibilidad de llevar a cabo su rol habitual, lo cuál puede afectar de manera muy negativa al ciclo de sueño-vigilia.

Es llamativo como el ruido ambiental en la mayoría de los estudios revisados aparece de alguna manera como agente desestabilizador del sueño, sin embargo no se hace demasiado hincapié en otros factores que pueden ser denotativos o incluso más importantes para la mejora en el descanso nocturno, como el manejo del dolor, que pocas veces es tratado de forma preventiva y que tanto estrés puede ocasionar en una persona que por sus circunstancias no pueda comunicarse.

La comodidad es un elemento esencial incluso para las personas que se encuentran en sus domicilios, por eso la necesidad de que este factor se preserve en estos pacientes se convierte en obligación para los profesionales de enfermería, todo ello pasaría por evitar posturas forzadas, eliminar arrugas y colocar el cableado en la región anterior del cuerpo, proteger zonas de presión y favorecer una temperatura en la habitación que invite a la relajación y al confort.

Con todo, la literatura revisada hace poca mención al papel de la enfermería en el cuidado del paciente para la mejora del descanso nocturno, sin embargo de acuerdo con Prado B.L et al, enfermería es la encargada de cerrar el círculo familia-enfermo-patología y por tanto buscar soluciones

para que los pacientes puedan conciliar el sueño, minimizando entre otros elementos estudiados la contaminación acústica ⁽¹³⁾.

Tras la presente revisión bibliográfica se recomienda la necesidad de continuar investigando en diversas áreas ante la falta de estudios concluyentes. Algunas de estas áreas son: abordaje psicosocial de enfermería al paciente crítico, protocolos de actuación de enfermería ante un paciente que no satisface el sueño nocturno, cómo la familia puede mejorar el sueño del paciente intensivo, protocolos de descanso nocturno en pacientes sometidos a ventilación mecánica en proceso de destete, así como de qué manera el aumento de días de ingreso en UCI puede repercutir en el descanso.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Guyton AC. Tratado de Fisiología Médica. 6a Ed. Madrid: Interamericana, 1985.
- 2 Perea Baena MC. El silencio en la UCI. ¿Una utopía? Evidentia 2006 jul-ago; 3(10). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n10/241articulo.php> [ISSN: 1697-638X]
- 3 Rodríguez Mondéjar JJ, Martín Lozano R, Jorge Guillem RM, Iniesta Sánchez J, Palazón-Sánchez C, Carrión-Tortosa F et al. Síndrome confusional agudo en UCI: Factores que influyen y actitud de enfermería. Enferm Intensiva 2001;12(1):3-9.
- 4 Nicolás A, Aizpitarte E, Iruarrizaga A, Vázquez M, Margall MA, Asiain M. Percepción de los pacientes quirúrgicos del sueño nocturno en una Unidad de Cuidados Intensivos C. Enferm Intensiva. 2002; 13:57-67. - Vol.13 núm 02.
- 5 Evans JC, French DG. Sleep and healing in intensive care settings. DCCN 1995;14:189-99.
- 6 Olson DM, Borel CO, Laskowitz DT, Moore DT, Mc Connell ES. Quiet time: a nursing intervention to promote sleep in neurocritical care units. AJCC 2001; 10:74-7.
- 7 Balogh D, Kittinger E, Benzer A, Hackl JM. Noise in the ICU. J Intensive Care Med 1993; 19:343-6.
- 8 Freedman NS, Gazendam J, Levan L, Pack AI, Schwab RJ. Abnormal sleep/wake cycles and the effect of environmental noise on sleep disruption in the intensive care unit. Am J Respir Crit Care Med 2001; 163:451-7. Disponible en: <http://ajrccm.atsjournals.org/content/163/2/451.full>
- 9 Freedman NS, Kotzer N, Schwab RJ. Patient perception of sleep quality and etiology of sleep disruption in the intensive care unit, Am J Respir Crit Care Med 1999; 159:1155-62. Disponible en <http://ajrccm.atsjournals.org/content/159/4/1155.full>
- 10 Calvete Vázquez R, García Arufe MB, Uriel Latorre P, Fernández López V, Medín Catoira B. Enferm Intensiva. 2000; 11:10-6. vol. 11 núm 1.
- 11 Achury-Saldaña DM, Achury LF. Sueño en el paciente crítico: una necesidad insatisfecha en la unidad de cuidado intensivo. Investigación en enfermería: Imagen y Desarrollo, vol. 12, núm. 1, enero-junio, 2010, pp. 25-42.
- 12 Richards KC. Effect of a back massage and relaxation intervention on sleep in critically ill patients. Am J Crit Care 1998; 7:288-99.
- 13 Prado L.B, Rodríguez S.F; Blanco MA.H. Rev Cubana Enferm vol.26, núm.2, Ciudad de la Habana, abril-junio, 2010.
- 14 Redeker, N. S. (2000), Sleep in Acute Care Settings: An Integrative Review. J Nurs Scholarsh, 32: 31–38.doi: 10.1111/j.1547-5069.2000.00031.x
- 15 Gabor JY, Cooper AB, Crombach SA, Lee B, Kadikar N, Bettger HE and Hanly PJ, Contribution of the intensive care unit environment to sleep disruption in mechanically ventilated patients and healthy subjects. Am J Respir Crit Care Med. 2003; 167:708-15. Disponible en <http://ajrccm.atsjournals.org/content/167/5/708.full>

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON AFASIA MOTORA POR LOE* FRONTAL. CASO CLÍNICO.

* Lesión Ocupante de Espacio.

Nursing care in a patient with motor aphasia by frontal sol*. Clinical report.* Space Occupying Lesion

- Juan Granados Cordero¹
- María José Grau Grau¹
- Francisco Javier García Martín¹

¹ Enfermer@ U.G.C. Urgencias y Cuidados Críticos H.R.T. (H.U.V.Rocío). Sevilla

Resumen

Se presenta en este artículo el caso clínico de una paciente de 53 años que llega al Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos de Hospital de Rehabilitación y Traumatología (HRT) por crisis comicial, cuyo síntoma más manifiesto era la Afasia Motora.

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

PALABRAS CLAVE:

- ✓ NANDA
- ✓ NIC
- ✓ NOC
- ✓ LOE
- ✓ Afasia Motora
- ✓ Crisis comicial

Abstract

The clinical report of a patient of 53 years appears in this article who arrives at the Service of Urgencies and Critics Care in Hospital de Rehabilitación y Traumatología by seizure crisis, whose more manifest symptom was the Motor Aphasia.

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

KEY WORDS:

- ✓ NANDA
- ✓ NIC
- ✓ NOC
- ✓ SOL
- ✓ Motor Aphasia
- ✓ Seizure crisis

INTRODUCCIÓN

1. DEFINICIÓN DE AFASIA

La afasia es un trastorno o pérdida del lenguaje verbal en sus aspectos de expresión y/o comprensión, como resultado de una lesión cerebral.

2. FACTORES ETIOLÓGICOS

La causa es cualquiera por la cual el sujeto sufra una lesión en el área de Broca o en la de Wernicke, como puede ser un accidente cerebro-vascular, un tumor cerebral, un traumatismo craneoencefálico, causas degenerativas demencias (ej. Alzheimer).

3. TIPOS DE AFASIA.

AFASIA DE BROCA: se manifiesta en un déficit en la expresión del lenguaje oral, en la producción verbal no fluida y lenta, en la reducción del vocabulario y sintaxis (frases cortas y telegráficas) y la utilización de estereotipias verbales; además, la comprensión del lenguaje está relativamente conservada.

AFASIA DE WERNICKE: se trata de un trastorno básicamente en la comprensión, aunque también en la expresión del lenguaje verbal (al no comprenderlo que él mismo dice, des-

varía. No comprende el lenguaje verbal (palabra = ruido irreconocible). Se da también la jergafasia, que es la expresión verbal fluida y abundante, aunque carente de sentido (neologismos y parafasias).

AFASIA MOTORA

Es la que se manifiesta con mayor frecuencia, en esta topología de afasia el paciente queda sin la facultad del habla, pero no sufre una alteración en cuanto a su capacidad de inteligencia. Puede caracterizarse por la limitación de todo el lenguaje o a una sola palabra o vocal, o a la inversión de significados de antónimos. De esta manera, el paciente intenta pero no logra comunicarse mediante esa palabra, y busca formas simbólicas o gestos que no siempre resultan fáciles de descifrar. También, se debe tener en cuenta la dificultad en la articulación motora, por lo que pueden existir problemas para articular la lengua al expresarse, o bien presentarse dificultades en la escritura, así como parálisis facial.

AFASIA O SENSITIVA

En esta afasia el paciente puede hablar, pero no coordinan los sonidos, oye pero no entiende, ve las letras pero no puede hablar ni escribir. Con este tipo de afasia las palabras pierden su significación simbólica, sin la existencia de algún trastorno motor, ni la voz, como tampoco en la articulación del lenguaje. Puede perder el reconocimiento de objetos inanimados a través del sentido del tacto o el de la vista, perdiendo su significación y con la imposibilidad de denominarlos.

- Confundir objetos entre sí, un peine con un cepillo de dientes
- No reconocer a una persona por sus facciones, pero sí por su voz.

También existe la posibilidad de que en un paciente se dé la denominada AFASIA MIXTA, presencia de afasia motora y sensorial, con una diversidad de deficiencias propias tanto de la una como de la otra.

AFASIA DE CONDUCCIÓN

- 1 Producción del lenguaje algo menos fluida que los pacientes con afasia de Wernicke.
- 2 Cometan muchos errores parafásicos, sustituyendo con palabras o sonidos incorrectos aquéllos que son los correctos.
- 3 Comprensión auditiva está relativamente preservada.
- 4 Repetición severamente alterada, con muchos errores fonéticos.
- 5 La denominación está gravemente afectada.
- 6 La lectura es variable de un paciente a otro, pero cuando es en voz alta es mala. La escritura suele ser también pobre y, en muchas ocasiones, se reduce a la firma y a la copia.
- 7 La puntuación en la Escala de Severidad se sitúa entre 2 y 4.

Alteraciones asociadas:

- En muchos pacientes los movimientos voluntarios están hasta cierto punto deteriorados.

AFASIA GLOBAL

- 1 Es la forma más grave de afasia, hay una destrucción ma-

siva de las zonas del lenguaje del hemisferio izquierdo que engloba las áreas de Broca y Wernicke.

- 2 Lenguaje espontáneo inexistente o reducido a estereotipias o fragmentos silábicos.
- 3 Repetición imposible o reducida a fragmentos silábicos.
- 4 Comprensión limitada a órdenes muy simples, de duración muy corta y fácilmente previsibles en un momento y contexto determinado.
- 5 La lectura es imposible, y la escritura en el mejor de los casos se limita a firma y copia muy defectuosas.
- 6 La puntuación en la escala de Severidad es de 0 a 1.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente J.G.G. mujer de 53 años que es traída el día 28/06/2010 a Urgencias de Hospital General V. Rocío por crisis comicial.

Su familia refiere que ella sufre cefaleas de unos 2 meses de evolución. En el día de los hechos había tenido cita con una señora que, según su hijo, la estresaba mucho y en casa de una amiga había sufrido episodio brusco de clonías de MMSS, con mirada fija y “espuma por la boca”, no incontinencia de esfínteres, pérdida de conciencia de unos 5 minutos de evolución. Posteriormente permanece en afasia motora.

Desde hace meses presenta temblor de mano izquierda intermitente, consistente en temblor de reposo, que aumenta con la movilización. Su familiar desconoce si cuando desaparece permanece un temblor de reposo.

A su ingreso, consciente, no colaboradora, inquietud motora, eupnéica, afasia motora, no pudiendo explorar sensibilidad por falta de colaboración, afebril, hemodinámicamente estable, PINR (Pupilas isocóricas normoreactivas).

Se realiza TAC de cráneo sin contraste (s/c), llegándose a Juicio Clínico (J.C.) de L.O.E. frontal izquierda, compatible con Meningioma.

Se contacta con Neurocirugía (NC) y se decide traslado a Observación de HRT. en estado postcrítico.

Llega a Observación de H.R.T., sobre las 12.30 h, consciente, desorientada, afásica, respondiendo a órdenes verbales sencillas, con movimientos oculares y de cabeza, bastante inquieta, necesitando sujeción mecánica, estable hemodinámicamente.

Valorada por NC.

Más reactiva a estímulos a última hora de la noche.

El día 29/06/2010 es valorada de nuevo por NC. Mejoría clínica evidente. Ha recuperado afasia motora, aunque no completamente. Consciente y orientada, está recuperando el habla, aunque aún sigue lenta. Hemodinámicamente estable. No cefaleas ni náuseas. No focalidad motora. Se le explica la situación a la enferma.

Se cursa ingreso por NC con JC de Disartria Motora Franca por LOE Frontal Izquierda, compatible con Meningioma.

Se cursa solicitud de RMN.

Sobre las 19 h. sube a planta de NC.

El día 02/07/2010 se realiza RMN, en el que se concluye: Le-

sión Ocupante de espacio de convexidad frontal izquierda, compatible con Meningioma, con edema vasogénico asociado e importante efecto masa sobre los surcos de la convexidad, el eje ventricular y la línea media, con desviación de 11 mm. Existe otra lesión de similares características a nivel de convexidad frontoparietal superior izquierda compatible con otro pequeño Meningioma.

El día 14/07/2010 se programa intervención quirúrgica, realizándosele craneotomía frontoparietal y exéresis tumoral. Se le realiza TAC postcirugía, concluyendo no evidencias de restos macroscópicos de meningioma, existiendo pequeño hematoma subcortical frontal izquierdo subyacente a la craneotomía y persistencia de importante edema con efecto masa y desplazamiento de línea media de aproximadamente 11 mm.

También se envía muestra de tejido anatómo-patológico para estudio concluyendo Meningioma Meningotelio Grado I (Who).

Tras la cirugía y con la administración de CIV la mejoría fue evidente.

El día 19/07/2010 recibe el alta hospitalaria y continuará en su domicilio con tratamiento vía oral de corticoides y antieméticos, curas diarias con Yodo.

VALORACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA

A la llegada a Observación de HRT se le realiza Valoración Inicial de Enfermería con el familiar, dado el estado postcrítico de la paciente, y atendiendo a los 11 Patrones Funcionales de Gordon.

1. PATRÓN PERCEPCIÓN/MANEJO DE LA SALUD.

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Fumadora de 2 paquetes de cigarrillos al día.
- No patologías crónicas ni tomas de medicamentos.
- Dificultad para seguir tratamiento médico y cuidados.

2. PATRÓN NUTRICIÓN/METABOLISMO.

- Alimentación habitual oral normal. Dieta actual Absoluta.
- Peso aproximado 80 Kg. Altura 1'68 m.
- Piel íntegra, de coloración normal.

3. PATRÓN ELIMINACIÓN.

- Patrón habitual de eliminación intestinal 1 vez/día.
- Eliminación Urinaria normal

4. PATRÓN ACTIVIDAD/EJERCICIO.

- Situación habitual deambulante.
- Situación actual dependiente, requiriendo de otra persona ayuda, supervisión o enseñanza. Necesitando ayuda para alimentación, eliminación, higiene y vestido
- Respiración sin dificultad.

5. PATRÓN SUEÑO/DESCANSO.

- Patrón habitual: 12 horas.

6. PATRÓN COGNITIVO/PERCEPTUAL.

- Consciente, sin alteración sensorio-perceptual, desorientada.
- Dolor crónico en rodilla izquierda.

- No habla, muy inquieta.

7. PATRÓN AUTOPERCEPTIVO/AUTOCONCEPTO.

- No valorable.

8. PATRÓN ROL/RELACIONES.

- Dificultad en la comunicación, dificultad de expresión.
- No dificultad en la comunicación con el cuidador principal.

9. PATRÓN SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN.

- Mujer menopáusica.

10. PATRÓN ADAPTACIÓN/TOLERANCIA AL ESTRÉS.

- Sensación habitual de estrés.
- Familia colaboradora.

11. PATRÓN VALORES/CREENCIAS.

- No procede.

PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Se activa PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA, objetivándose los siguientes Diagnósticos :

000155. RIESGO DE CAIDAS r/c disminución del estado mental

1909. NOC. Conducta de prevención de caídas.

0208. NOC. Movilidad.

006486. NIC. Manejo ambiental: seguridad.

006490. NIC. Prevención de caídas.

002690. NIC. Precauciones contra las convulsiones

Actividades

06684. Identificar las necesidades de seguridad, según la función física y cognoscitiva, y el historial de la conducta del paciente

11169. Utilizar dispositivos de protección.

06580. Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas.

11140. Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama, si es necesario.

00059. Acompañar al paciente durante las actividades fuera de la sala, si procede.

02422. Comprobar el cumplimiento del tratamiento con medicamentos antiepilépticos.

07839. Mantener un dispositivo de aspiración a pie de cama.

00102/00108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN/BAÑO/HIGIENE, ETC. r/c deterioro cognitivo.

000300. NOC. Autocuidados: Actividades de la vida diaria (AVD).

001800. NIC. Ayuda al autocuidado.

Actividades

02466. Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.

09505. Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir sus autocuidados.

00999. Animar al paciente a realizar actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de capacidad.

El 2º día de estancia en Observación se activa un nuevo diagnóstico de enfermería dada la evolución satisfactoria de la paciente en cuanto a la afasia motora franca que padecía inicialmente, mostrándose más consciente y comunicativa.

000148 TEMOR (respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como peligro).

Factores relacionados:

- r/c separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (p.ej. hospitalización, procesos hospitalarios,...).
- r/c falta de familiaridad con la experiencia o experiencias ambientales.

001404 NOC. Autocontrol del miedo.

005230 NIC. Aumentar el afrontamiento (Ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes, cambios o amenazas perceptibles que interfieran en el cumplimiento de las urgencias y papeles de la vida).

Actividades

- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

005380 NIC. Potenciación de la seguridad (Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente).

Actividades

- Disponer un ambiente no amenazador.
- Pasar tiempo con el paciente
- Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.

Como PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES podemos destacar los siguientes:

- C.P. Hemodinámica:

6680. NIC. Monitorización de signos vitales.

Actividades

03134. Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede, y registro de dichas constantes.

- C.P. Neurológica:

2620. NIC. Monitorización neurológica.

Actividades

02453. Comprobar tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas.

1167. Vigilar las tendencias en la Escala de Coma de Glasgow.

2690. NIC. Precauciones sobre las convulsiones.

Actividades

1169. Utilizar dispositivos de protección (barandillas, sujeción mecánica, almohadas,...).

00059. Acompañar al paciente durante las actividades fuera de la sala, si procede.

02422. Comprobar el cumplimiento del tratamiento con medicamentos antiepilépticos.

07839. Mantener un dispositivo de aspiración a pie de cama.

07878. Mantener vía aérea bucal o nasofaríngea a pie de cama.

- C.P. Dolor Agudo: 2210. NIC. Administración de analgésicos.

Actividades

02538. Comprobar las órdenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito. 02437. Comprobar el historial de alergias a medicamentos. 10448. Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.

1400. NIC. Manejo del dolor.

Actividades

08177. Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.

01143. Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

CONCLUSIONES

El caso se expuso en una sesión clínica para presentarlo al resto de profesionales de Enfermería de la Unidad. El objetivo principal era el de unificar criterios en la práctica clínica ante casos similares. La Enfermería actual debe ir encaminada a que haya una planificación, seguimiento y evaluación de todas sus actuaciones a través del mismo código enfermero (basado en terminología propia), dando una atención personalizada e integral, favoreciendo así la mejora en la calidad de los cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007 – 2008. Madrid: Elsevier España; 2008.
2. Alfaro-LeFebre, R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª Ed. Barcelona: Masson; 2005.
3. Planes de Cuidados Estandarizados. Dirección de Enfermería. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla 2008. Disponible en INTRANET HH UU VR.
4. Luis Rodrigo MT. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión Crítica y Guía Práctica. Escuela de Enfermería de la Universidad de Barcelona. 7ª Edición. Masson, 2006.
5. Moorhead, S. Jonson, M. Maas, M, editors. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 3º Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.

CIRUGÍA MENOR A DOMICILIO: ES POSIBLE

Minor surgical procedures at home: it is possible

- Manuel Carlos Cid González¹
- Ismael Muñoz Martínez²
- Castillo Alcón Jiménez³
- Laura Coserria Sánchez²

¹Enfermero del centro de salud de Gerena, en la Z.B.S. de Guillena. Sevilla

²Médico de familia en la Z.B.S. de Guillena. Sevilla

³Auxiliar de enfermería de la residencia de inválidos Heliópolis. Sevilla

Resumen

Caso clínico: curar una úlcera en el dedo pulgar de la mano izquierda que había sido causada por la presión del pulpejo contra la falange proximal del tercer dedo, debido a la retracción tendinosa provocada por una degeneración neurológica.

Material y método: Se le practicó una tenotomía de los dedos afectados, en su domicilio, tras haber fracasado las medidas conservadoras, tales como separación de los dedos con pelotas de goma, rollos de algodón y vendas, sin mejoría en la cicatrización de la úlcera, y la imposibilidad de poder trasladar al paciente al hospital.

Resultado principal: 10 días después de la cirugía, la úlcera estaba cicatrizada por completo al haberse eliminado la hiperflexión de los dedos.

Conclusión: cuando el traslado del paciente es difícil y peligroso, es posible llevar a cabo cirugía menor en el hogar utilizando las técnicas asépticas apropiadas.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Procedimientos quirúrgicos menores
- ✓ Tendones
- ✓ Articulaciones de los dedos
- ✓ Úlceras por presión
- ✓ Procedimientos quirúrgicos ambulatorios

Abstract

Clinical case: cure an ulcer on the thumb of his left hand. The ulcer is caused by thumb pressure against the proximal phalanx of third finger, due to tendon's retraction for the cause for the neurological degeneration.

Material and methods: After having tried conservative measures such as dividers, padded bandages, rubber and cotton rolls, bandages, no improvement in ulcer healing, and the inability to transfer the patient to hospital, it was decided to minor surgery at home. Once the proper asepsis, is done a tenotomy with the fingers involved.

Main results: The result of correcting the contracture of the fingers, relieved the pressure and allowed to cure in 10 days

The main conclusion: when transferring the patient to hospital is difficult and dangerous, it is possible to carry out minor surgery in the home using appropriate aseptic technique

KEY WORDS:

- ✓ Minor Surgical Procedures
- ✓ Tendons
- ✓ Fingers joint
- ✓ Pressure ulcers
- ✓ Ambulatory Surgical Procedures

INTRODUCCIÓN:

El mejor entorno para un paciente, es su casa. Juan, a pesar de llevar encamado dos años debido a accidentes vasculares cerebrales de repetición y enfermedad de Alzheimer, gracias a la colaboración y los cuidados familiares no presentaba ningún deterioro de la integridad cutánea, salvo una úlcera en el dedo pulgar de la mano izquierda que era

causada por la presión del pulpejo contra la falange proximal del tercer dedo, debido a la retracción tendinosa provocada por la degeneración neurológica que le provocaba sus patologías. Ninguna de las manos eran operativas. El paciente, además, mentalmente, estaba desconectado del medio que le rodea.

Tras fracasar las medidas físicas de alivio de la presión, y dado que la funcionalidad de las manos no era recuperable, le planteamos a la familia la realización de una tenotomía descompresora para separar los dedos afectados.

Aunque en la revisión bibliográfica no hemos encontrado casos en los que se aborde quirúrgicamente este problema en el domicilio del paciente, ante las complicaciones de traslado de este, optamos por realizar la intervención en su casa, dentro del programa de atención domiciliaria, obteniendo un resultado satisfactorio con la cicatrización de la úlcera a los 10 días de la intervención.

En las consultas realizadas con especialistas en traumatología y neurología tampoco había constancia de ello, pero no encontraban impedimento para hacerlo si se contaba con personal formado en cirugía menor, instrumental adecuado y ambiente limpio e iluminado, ya que no se trataba de recuperar la operatividad de la mano, que era irreversible, sino de evitar la postura viciosa que le provocaba la úlcera.

CASO CLÍNICO:

Paciente de 83 años de edad catalogado como gran dependiente, con limitación importante de la movilidad que lo mantiene encamado durante las 24 horas del día, con desconexión del medio que le rodea, que presenta los siguientes diagnósticos enfermeros y médicos:

Diagnósticos enfermeros principales (NANDA):

- 014 Incontinencia fecal
- 021 Incontinencia urinaria total
- 046 Deterioro de la integridad cutánea
- 051 Deterioro de la comunicación verbal
- 092 Intolerancia a la actividad
- 102 Déficit del autocuidado: alimentación
- 108 Déficit del autocuidado: baño / higiene
- 109 Déficit del autocuidado: vestido / acicalamiento
- 129 Confusión crónica

Diagnósticos médicos (CIE-10):

- E11.4 Diabetes Mellitus no insulino dependiente, con complicaciones neurológicas
- CG1 Cáncer de próstata
- I15.2 Hipertensión Arterial
- I25.5 Cardiomiopatía isquémica
- I63.6 Enfermedad cerebro vascular: Accidentes Isquémicos Transitorios de repetición
- G30.9 Enfermedad de Alzheimer

Usa cama articulada y colchón antiescara viscolástico, que se encuentra situada en el salón de la casa por ser el lugar más ventilado, amplio y luminoso, pudiendo ser observado constantemente. Los cuidados que los familiares le proporcionan dan como resultado el buen estado de la integridad tisular del paciente, solo alterada en el pulgar de la mano izquierda. Sus constantes vitales se engloban dentro de la normalidad en la evolución crónica y tórpida de su enfermedad neurológica degenerativa. La enfermedad de Alzheimer ha llegado a las últimas fases de su cronicidad,

presentando en este caso una postura corporal en la que predominan los músculos flexores frente a los extensores, llegando a adoptar una posición cuasi fetal con flexión de rodillas y codos, rotación interna de las extremidades inferiores e hiperflexión forzada de muñecas y de los dedos de las manos¹, llegando en último extremo a la inclusión del dedo pulgar entre el segundo y tercer dedo en ambas manos (Figura 1). Dicha presión mantenida de forma continua provocó en nuestro paciente una úlcera por presión en el pulpejo del pulgar (Figura 2).



Figura 1: Manos hiperflexionadas, que generaron una úlcera por presión en el pulgar izquierdo



Figura 2: Úlcera en el pulpejo del pulgar izquierdo provocada por la hiperflexión de los dedos

La primera medida que se tomó para reducir tensiones en las manos y evitar la evolución de la úlcera fue la aplicación de medidas físicas: rollo de venda en el interior de la mano,

pero al ejercer una presión tan alta en la flexión del conjunto de dedos, hubo que desechar tal solución, por el enrojecimiento progresivo del interior de la mano en contacto con el rollo de venda y la dificultad para cambiar dicha venda en los aseos diarios.

Como segunda medida se optó por el uso de una pelota de esponja como método de contención, volviéndonos a encontrar los mismos problemas que con el rollo de venda. La úlcera estaba siendo tratada mediante cura plana y apósito de espuma de poliuretano, pero no amortiguaba suficientemente y la lesión seguía aumentando.

Ante la evolución negativa de la herida, y tras consultar con un traumatólogo, le planteamos a la familia la posibilidad de una intervención quirúrgica para relajar la tensión de la flexión, en concreto, seccionarle los tendones flexores de los dedos implicados. La familia nos expresó su reticencia al ingreso hospitalario y al traslado al centro de salud para que se realizase la técnica en un centro sanitario, debido al estado basal del paciente, por lo que decidimos, con el consentimiento familiar, realizar la técnica en el domicilio. Les explicamos que, por la evolución que estaba llevando la lesión, la úlcera llegaría al hueso y las posibilidades de infección serían importantes², sin contar el riesgo de necrosis de la falange distal del pulgar y la proximal del tercer dedo. Tras la intervención, la mano no ganaría en funcionalidad, pero obtendríamos una disminución de la presión en la úlcera y una evolución satisfactoria de la misma. El único cambio que ellos observarían sería la extensión de los dedos intervenidos.

Explicamos que, aunque el paciente estaba bastante delicado, al ser con anestesia local^{3,4}, los riesgos eran mínimos, pero no había que descartar las complicaciones de cualquier intervención quirúrgica: desde una pequeña hemorragia, pasando por una infección de la herida, o una reacción alérgica y un cuadro coronario agudo por la anestesia local.

Aunque la mano derecha del paciente no presentaba ulceración, se le propuso a la familia que tras la primera intervención de la mano ulcerada, y según la evolución tras la cirugía, la posibilidad de intervenir dicha mano como medida preventiva.

Tras una semana de reflexión, acceden a la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Aunque la cirugía menor es llevada a cabo en nuestro centro de salud indistintamente por un enfermero o un médico, dada la excepcionalidad del caso, esta intervención fue llevada a cabo por los dos. Un segundo médico quedó de circulante y posible ayuda extra. La auxiliar de enfermería se encargó de la preparación del instrumental y material.

La intervención fue introducida en la agenda como visita domiciliar programada, para no afectar al resto de la cartera de servicio. Estimamos como tiempo necesario para la intervención una hora. Ninguna otra actividad propia de cada profesional implicado fue modificada.

El estado general del paciente, los días previos a la operación, era estable. Se le intervino en su propia cama, usando como mesa de instrumentar la mesa del salón.

Para la intervención preparamos el siguiente material: Dos set compuestos por: mangos de bisturí del N° 3 y del N° 4, tijeras punta roma, dos mosquitos, una pinza con dientes, una pinza sin dientes, hojas de bisturí del N° 15, 11 y 36, portaagujas, anestesia local sin vasoconstrictor (mepivacaína clorhidrato 2%)⁴, jeringas de 5 cc con aguja de 0,5 x 16 mm. Seda trenzada del tres cero TB-12 y cuatro cero TB-10 con aguja. Suero fisiológico, povidona yodada, campos, gasas y guantes estériles; vendas y esparadrapo. El abordaje más fácil y menos traumático que observamos era por la base de las falanges proximales, en su cara palmar^{2,5,6,7,8} (Figura 3).

Tras lavado con agua jabonosa y desinfección desde el codo hasta la punta de los dedos, procedimos a aplicar anestesia troncular en las bases del primer, segundo y tercer dedo de la mano izquierda en sus márgenes internos y externos^{3,4} (Figura 4).



Figura 3: Abordaje quirúrgico para la tenotomía del segundo dedo



Figura 4: Infiltración troncular de los dedos

El abordaje fue como habíamos previsto. Mientras se mantenía en hiperextensión el dedo, se palpaban los tendones y, mediante una pequeña incisión perpendicular a la piel, con la punta del bisturí, se seccionaban. Tras la sección tendinosa y sutura de piel del pulgar con seda tres cero, con puntos profundos, repetimos la operación con el 2º y posteriormente el 3º dedo, quedando finalmente los tres en extensión.

La única complicación que tuvimos fue la sección de un vaso de la cara marginal interna del 3º dedo, que solucionamos mediante compresión. La flexión de los dedos 4º y 5º no comprometían la integridad tisular, por lo que no se realizó ninguna intervención sobre ellos. Se procede posteriormente a realizar cura plana de la úlcera y suturas, dejando un vendaje compresivo con revisión a las 24h siguientes a la intervención. La intervención se realizó en el tiempo previsto de una hora.

En la primera cura no se observan signos de infección, edemas, inflamación, fiebre, o signos de sangrado agudo en ninguna de las suturas. Seguimos con curas planas con povidona yodada. En la segunda cura, realizada a las 48 horas de la intervención, la evolución seguía siendo favorable. Se empezaba a objetivar un hematoma en el tercer dedo, debido a la hemorragia intraoperatoria, y la buena cicatrización de la úlcera del pulgar (Figuras 5 y 6).

Pasamos a curas planas locales cada 48 horas. La retirada de puntos fue a los 8 días. No hubo dehiscencia de suturas ni infección. El hematoma iba evolucionando bien sin aplicar ningún tipo de tratamiento.

A los diez días, la úlcera del pulgar estaba cicatrizada totalmente (Figura 7) y el paciente no se desestabilizó de ninguna de sus patologías ni presentó fiebre.

RESULTADOS:

El objetivo de esta intervención era curar la úlcera por presión del pulgar de la mano izquierda, que se consiguió a los 10 días.

Se evitó un foco de necrosis e infección, con un riesgo mínimo.

El paciente no ganó nada de funcionalidad en la mano, pero este tema era secundario, ya que la mano no era funcional antes de la intervención.

La segunda parte, la de la mano derecha, no se pudo realizar por el fallecimiento súbito del paciente, por un accidente vascular cerebral masivo a los 22 días de la intervención.

DISCUSIÓN:

Aunque la propuesta nos pareció en un principio bastante arriesgada, tras estudiar el caso con detenimiento (beneficio frente a riesgo, zona anatómica accesible, abordaje no muy complicado, medio no habitual para intervención quirúrgica, posibles complicaciones hemorrágicas o de infección fácilmente controlables...) y viendo que la dinámica familiar era favorable, decidimos consultar con un traumatólogo especializado en intervenciones de mano que nos comenta que la intervención para seccionar los tendones flexores (profundo y superficial) de los dedos para



Figura 5: Estado de las heridas quirúrgicas a las 48 horas de la intervención



Figura 6: Estado de la úlcera a las 48 horas de la intervención



Figura 7: Estado de la úlcera a los 10 días de la intervención, después de retirar los puntos de sutura

eliminar la hiperflexión era infrecuente, que lo frecuente era realizar una elongación, pero que dada la situación del paciente es correcta la intervención quirúrgica, siempre que se puedan mantener los niveles de esterilidad y asepsia adecuados.

¿Es razonable este tipo de intervención a domicilio? ¿Es ético este tipo de intervención en un paciente cuya esperanza de vida es limitada? ¿Son los medios adecuados y proporcionados al problema que se nos planteaba y a las posibles consecuencias de la no intervención? Desde nuestro punto de vista sí.

Como decíamos al principio, la Cirugía Menor presenta un auge muy importante dentro de la cartera de servicios de enfermería en Atención Primaria. Cada vez es más relevante el apoyo y el impulso de dichas técnicas por parte de la Administración, y la buena aceptación por parte de los usuarios de la Sanidad Pública.

Si a todos estos avances le añadimos la importancia de llevar aún más allá del propio centro de salud los conocimientos y las técnicas de la Medicina y de la Enfermería, tendremos como resultado la intervención que hemos descrito en este artículo.

No queremos que sean malinterpretados nuestras ideas ni intenciones. No creemos que se deba realizar cirugía a domicilio de forma sistemática, pero si se dan circunstancias especiales de alguno de nuestros pacientes que así lo

aconsejan, pueden llegar a ser resueltas con la implicación plena del personal sanitario, paciente y familiares.

Los riesgos minimizados, la tranquilidad de la familia, el ambiente de la intervención, la imposibilidad del desplazamiento del paciente, la cercanía al paciente, tanto física como afectiva del médico y del enfermero, la buena disposición de la familia y el resultado tan extraordinario de la intervención nos hacen ver que, teniendo los medios adecuados, eligiendo bien a los pacientes, no extralimitando nuestros conocimientos y pidiendo ayuda cuando sea necesario, la Cirugía Menor en Atención Primaria puede llegar a ser incluso a domicilio.

AGRADECIMIENTOS:

Dr. D. Manuel Manzano Ramírez de Arellano, traumatólogo especialista en mano del hospital Virgen de Valme, de Sevilla, por su información y consejos.

Dr. D. David Ezpeleta, neurólogo del hospital Gregorio Marañón, de Madrid, por su información y consejos.

D^a Simona García García hija del paciente, por las fotos durante la intervención y a toda su familia por el magnífico cuidado prestado a su padre.

Dr. D. Luis Gabriel Luque Romero, Responsable de Docencia e Investigación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA), por sus correcciones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Carrasco-Jiménez MS, de-Paz-Cruz JA. Tratado de emergencias médicas. Madrid: Ed ARAN Editores; 2000: 1309. Lesiones de los tendones flexores.
- 2 Pera-Blanco-Morales C. Cirugía: fundamentos, indicaciones y opciones técnicas. 2ª Ed. Barcelona, Ed Masson SA;1996 (II/2) 356-360.
- 3 Arribas Blanco JM. Cirugía Menor y Procedimientos en Medicina de Familia. Madrid: Ed Jarpyo Editores, S.A.; 2000: 232.
- 4 Carrasco-Jiménez MS, de-Paz-Cruz JA. Tratado de emergencias médicas. Madrid: Ed ARAN Editores; 2000: 1230-31.
- 5 Spalteholz W. Atlas de anatomía humana. Vol 1. 10ª ed. Barcelona: Ed Labor SA; 1976: 140-145.
- 6 Spalteholz W. Atlas de anatomía humana. Vol 2. 10ª ed. Barcelona: Ed Labor SA; 1976: 406-415.
- 7 Spalteholz W. Atlas de anatomía humana. Vol 3. 10ª ed. Barcelona: Ed Labor SA; 1976: 868-873.
- 8 Pera-Blanco-Morales C. Cirugía: fundamentos, indicaciones y opciones técnicas. 2ª Ed. Barcelona. Ed Masson SA; 1996: (II/2) 349-353.

PREVENCIÓN DE TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO EN PREADOLESCENTES

Smoking and alcoholism prevention for preadolescent

■ Ángeles Boza Infantes¹
■ Elisa Aguilar Rodríguez¹

¹ Diplomada en Enfermería

Resumen

Según el último estudio bianual publicado por la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, los datos de inicio en el consumo de tabaco en niños de 12 años es del 9.8 % y un 6,1% han consumido alcohol a los 12 años de edad.

Se realiza una exposición teórica con el objetivo de fomentar la promoción de la salud y la responsabilidad personal como fórmulas para convertir la salud en un factor de protección ante la posibilidad del uso de drogas.

Nos dirigimos a niños de sexto de primaria, que se encuentran en un momento idóneo para impulsar el desarrollo de actitudes y comportamientos para mantener hábitos saludables, disminuyendo la probabilidad de desarrollar el alcoholismo y el tabaquismo.

Para evaluar el impacto educacional del proyecto, se realiza un pretest que nos ayuda a conocer los conocimientos previos del alumnado en materia de salud y drogas legales. Y un test tras la exposición para identificar los conocimientos adquiridos.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Promoción de la salud
- ✓ Prevención
- ✓ Alcoholismo y tabaquismo

Abstract

According to the latest biennial study published by the Ministry for Equality and Social Welfare of the Government of Andalucía, tobacco consumption in 12 years old reach 9.8% and alcohol consumption in 12 years old reach 6.1%.

A theoretical exposition has been undertaken with the aim of encouraging the promotion of health and personal responsibility as the way to convert health into a protection factor to the drug use.

Our target audience is 6th grade of primary school children, as they are at a suitable time for the development of attitudes and behaviours to maintain healthy habits, decreasing the likelihood of developing alcoholism and smoking.

To evaluate the educational impact of the project, a cognitive pre-test is performed to know the previous knowledge of students in health and legal drugs. After the theoretical exposition they have to complete a test to identify the knowledge acquired.

KEY WORDS:

- ✓ Health promotion
- ✓ Prevention
- ✓ Alcoholism and smoking

1. INTRODUCCIÓN:

A lo largo de la historia, el concepto de promoción de la salud ha ido evolucionando, empezó a formularse a principios del siglo XX, pero en los años 70 su teoría y práctica empezó a ocupar un lugar importante en la salud pública.

La Organización Mundial de la Salud, en la Primera conferencia internacional de Promoción de la Salud realizada en Ottawa,

Canadá, en 1986, identificó acciones claves para lograr su estrategia de Salud para Todos. En la carta de Ottawa se incluía como dichas acciones claves el establecimiento de políticas públicas saludables, la creación de ambientes favorables, el fortalecimiento de acciones comunitarias, desarrollo de habilidades personales y reorientación de los servicios de salud.

En 1990 para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la promoción de la salud es concebida, cada vez en mayor gra-

do, como la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva.

Según Nutbeam, en 1998, la promoción de la salud se define como el proceso de capacitar a las personas y las comunidades para incrementar el control sobre los determinantes de salud y de ese modo mejorar su salud.

Se nutre de muchas disciplinas y crea una innovadora teoría y práctica de salud pública que permite cumplir con metas y objetivos sociales, como conseguir comunidades e individuos que actúen más saludablemente, alcanzando mayor bienestar con equidad social y mejorando su calidad de vida. Según lo expuesto en la Ley 4/97 de Prevención y Asistencia en materia de Drogas, en su artículo 6, se pretende mejorar la salud y el bienestar de los ciudadanos, evitando que las personas en un contexto comunitario definido establezcan relaciones que sean destructivas para ellos mismos o para otros, con las diversas sustancias, fomentando el autocontrol personal.

El III Plan Andaluz de Salud señala como una de sus prioridades la lucha contra el tabaquismo, a través de la prevención y reducción de riesgos, a las políticas de promoción de la salud, y el aumento de compromiso y autonomía de las personas respecto a su propia salud. Ello, junto al fomento de hábitos saludables, se convierte en una de sus principales líneas de intervención, que deberán ser desarrolladas por los profesionales sanitarios.

Con objeto de integrar dentro de la cartera de servicios de atención primaria un programa para fomentar la Promoción de la Salud y la responsabilidad personal como fórmulas para convertir la salud en un importante factor de protección ante la posibilidad del uso y/o abuso de drogas en pre-adolescentes se ha ideado este proyecto como programa de promoción de salud y prevención de enfermedades; que se desarrollaría como un trabajo multidisciplinar y práctico.

Como tal, es aplicable a cualquier ZBS de cualquier área sanitaria, incluyéndose en su cartera de servicios y en la de los Ayuntamientos y Colegios que participen.

Este programa de promoción de salud y prevención de los problemas derivados de las drogas legales, interviene en un sector de la población que se encuentra en un momento evolutivo y educativo idóneo para impulsar el desarrollo de actitudes y comportamientos para mantener hábitos saludables, así como disminuir la probabilidad de desarrollar otros menos saludables como son el alcoholismo y el tabaquismo. Está diseñado para un grupo de preadolescentes, ya que constituye una etapa de transición a la adolescencia en la comienzan a vivir cambios físicos, psíquicos y conductuales, este grupo comprende a niños de 11 y 12 años de edad, que cursan sexto de primaria. Al acabar dicho curso académico, los niños salen de una etapa en el colegio, para incorporarse a una nueva etapa en el instituto de enseñanza secundaria o de formación profesional donde se relacionan con niños de edad superior que ya han tenido contacto con el alcohol, el tabaco y otras drogas.

Según el Ministerio de sanidad, política social e igualdad, en España, son muchos los jóvenes y adolescentes que beben alcohol, iniciándose en su consumo a edades tempranas, se

sitúa en los 13,7 años. El riesgo para su salud física, mental y social, adquiere dimensiones preocupantes, siendo un claro predictor de una posible dependencia al alcohol en la edad adulta.

Emborracharse ha adquirido una importancia cultural desmesurada entre la gente joven, y el consumo de alcohol pone actualmente en peligro la salud y el bienestar de muchos jóvenes.

Las Encuestas Estatales sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), también conocidas como Encuesta Escolar, dirigidas a estudiantes de 14 a 18 años, realizadas por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas (DGPNSD), cuyos últimos datos publicados corresponden al año 2008, señalan que el alcohol sigue siendo la sustancia más consumida entre los jóvenes de estas edades.

En 2008, un 81,2% de los jóvenes declara haberlo consumido alguna vez en la vida, un 72,9% durante los doce meses previos a la encuesta, un 58,5% durante los treinta días previos a la misma, y 29,1% haberse emborrachado en los últimos 30 días.

Con respecto a la edad de comienzo de consumir drogas legales, la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, publica los siguientes datos:

Tabaco: Aunque la media de edad de niños que consumen tabaco, se sitúa a los 16,7 años en los varones y 17,2 años en las mujeres, además existe un 9,8 % de adolescentes que fuman de forma ocasional con 12/13 años, aumentando a un 26 % de andaluces que fuman de manera ocasional con edades comprendidas entre 14 y 15 años.

Alcohol: La edad media de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en torno a los 16,6 años, un 6,1 % de adolescentes con edades comprendidas entre los 12 y 13 años, reconocen haber bebido alcohol durante el último mes; aumentando a un 32,5 % en edades comprendidas entre 14 y 15 años.

2. MATERIAL Y MÉTODO:

Método:

Se eligen varios colegios públicos de una ciudad. De los cuales los alumnos de uno de los colegios nos servirá de grupo control para una posterior evaluación del programa. Para la organización de la actividad se necesita la participación de los profesionales de enfermería del Centro de Salud, en concreto dos enfermeros.

El profesional de enfermería es el que realiza la exposición del material y la valoración de los resultados. Es el personal adecuado para ello por su formación continua en materia de promoción de la salud, prevención de drogodependencias y enfermedades y atención al adolescente como un grupo susceptible de cambios en su desarrollo.

Los profesores de los colegios intervienen en el orden y atención de los alumnos a la exposición.

Ninguno de los profesionales anteriormente nombrados recibe remuneración económica por realizar este trabajo.

Nº de alumnos: se atribuye 30 alumnos por aula; Reciben la actividad unos 240 alumnos aproximadamente.

Ámbito de la actividad:

La actividad se va a elaborar con una charla amena, que im-

parte el profesional de enfermería, apoyada en diapositivas. Tras la exposición se entrega a los alumnos un cuadernillo en papel con una encuesta que valora los conocimientos adquiridos durante la charla.

Plan de trabajo:

Una vez diseñado el programa se realiza un calendario de actuaciones de forma coordinada con el Centro de Salud y los Colegios. (tabla 1).

El programa ocupará cuatro meses del año, los que van entre Febrero y Mayo.

El día uno del mes de Febrero se realiza en el grupo control una encuesta previa, llamado pre-test.

Dicha encuesta está compuesta de preguntas claras y sencillas que recogen la información previa que tienen los alumnos con respecto a materia de salud y drogodependencias, es la misma encuesta con la cual se trabajará al final de cada exposición en todos los grupos.

A los 30 días comienzan las actividades, dos por semana, de hora y media cada actividad. Como son en total 240 alumnos, repartidos en clases de 30 alumnos, son ocho clases, así que necesitamos cuatro semanas para las exposiciones. Y a los 120 días de pasar el primer test al grupo control, se vuelve a pasar el mismo test para evaluar los conocimientos adquiridos en el tiempo. Lo llamamos posttest.

Tiempo estimado: Se estima en hora y media el tiempo necesario para la realización de la actividad. En la primera hora de la actividad se hace la presentación del personal y se realiza la proyección de la actividad en diapositivas y por último se establece un espacio de tiempo de 15 minutos para resolver las dudas que les haya podido surgir a los alumnos. Por ultimo en otros 30 minutos se explica el cuestionario que van a realizar (test).

Contenido teórico:

La materia teórica está desarrollada con bibliografía específica, utilizando conceptos sencillos y concretos de forma que los niños de dicha edad sean capaces de comprender y recordar durante el resto de sus vidas.

Las diapositivas contienen los siguientes conceptos:

- ✓ Concepto de Salud.
- ✓ Componentes biopsicosociales del concepto.
- ✓ Determinantes de la Salud.
- ✓ Grado de responsabilidad individual y colectiva en la promoción de nuestra propia salud.
- ✓ Factores de protección. Factores de riesgo.
- ✓ Elementos que suponen factores de protección: responsabilidad, análisis crítico, información, educación, acciones concretas (alimentación, ejercicio físico, etc).
- ✓ Elementos que conforman los factores de riesgo; entre ellos, y tratados específicamente, el uso/abuso a drogas legales (tabaco, alcohol).
- ✓ El análisis crítico del consumismo y la información publicitaria.

El cuestionario de evaluación es el apartado utilizado para valorar la actividad y como pre-test y pos-test con el grupo control. Contiene 24 ítems, relacionados directamente con los con-

Calendario de trabajo

Día 1 de Febrero:	pre-test en colegio control.
Día 1 de Marzo:	cada martes y jueves Programa en colegios seleccionados durante cuatro semanas.
	2 y 4 Marzo: colegio 1
	9 y 11 Marzo: colegio 2
	16 y 18 Marzo: colegio 3
	23 y 25 Marzo: colegio 4
Día 1 de Mayo:	post-test en colegio control.

Tabla 1

tenidos que se han venido desarrollando, cuestionarán los siguientes conceptos: Concepto de Salud, componentes biopsicosociales del concepto, determinantes de la Salud, grado de responsabilidad individual y colectiva en la promoción de nuestra propia salud, factores de protección y de riesgo, elementos que suponen factores de protección: responsabilidad, análisis crítico, información, educación, acciones concretas (alimentación, ejercicio físico, etc), elementos que conforman los factores de riesgo; entre ellos, y tratados específicamente, el uso/abuso a drogas legales (tabaco, alcohol). Deberán ser respondidos bajo los epígrafes de: “Estoy de acuerdo”, “No estoy de acuerdo”, o “No sé, estoy indeciso”.

3. RESULTADOS:

Los resultados obtenidos se muestran a continuación, desglosados de la siguiente forma:

Nombre de todos los colegios, fecha de la actividad, nº de alumnos por curso y la evaluación de la actividad.

Los resultados expuestos corresponden a los obtenidos en el cuestionario de evaluación. Los datos los expondremos en forma de los porcentajes que resultan de la relación entre nº de ítems totales acertados por cada grupo / nº ítems correctos totales.

Centro	Fecha	Nº alumnos	Evaluación
Colegio control			
Colegio nº 1			

Tabla 2.- Datos generales obtenidos.

- **Gráfico 1.** Comparación entre los resultados obtenidos en cada centro a través del cuestionario. Se comparan el nº de aciertos en los cuestionarios en cada colegio.
- **Gráficos 2 y 3.** Comparación entre los resultados obtenidos por el COLEGIO CONTROL antes de realizar la actividad (pretest), durante la actividad (test) y tras un intervalo temporal (120 días) después de finalizar la actividad (posttest).

En los gráficos 2 y 3 podemos observar los cambios obtenidos a través de la realización del programa. Con estos gráficos podremos ver de una pasada a través de los colores, el porcentaje de aciertos en las preguntas del cuestionario antes de realizar la actividad, durante la actividad y después de la actividad.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Los valores observados en los resultados del Grupo Control, antes, durante y después de la actividad, sugieren la validez del Programa para trasladar información al alumnado sobre aspectos claves relacionados con la Salud, así como para asentar las bases que posibiliten un cambio de actitud ante factores de riesgo y factores de protección.

En el centro de salud, se puede realizar la misma exposición al equipo sanitario como formación continuada, rescatando así voluntarios para las futuras actividades a lo largo de los siguientes años, justificando también ante los profesionales el tiempo dedicado a dichas actividades.

Otra razón de realizar la exposición al equipo sanitario, es la participación activa en concepto de mejorar la actividad cada año y así conseguir la máxima aprobación por parte del alumnado, sus padres y los colegios.

Con respecto a la actividad o programa, propiamente dicha, los resultados que se obtienen tras el programa completo, así como en el nivel manifestado de valoración personal y aceptación de las actividades por parte tanto del alumnado participante, de sus padres, como del propio profesorado, indicarán la adecuación del programa respecto al objetivo planteado.

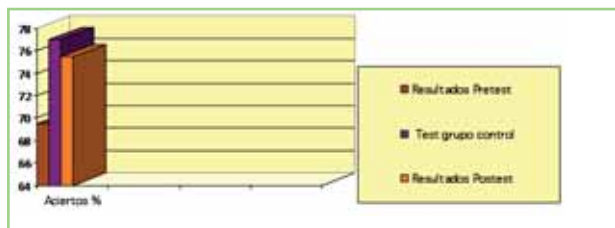


Gráfico 2

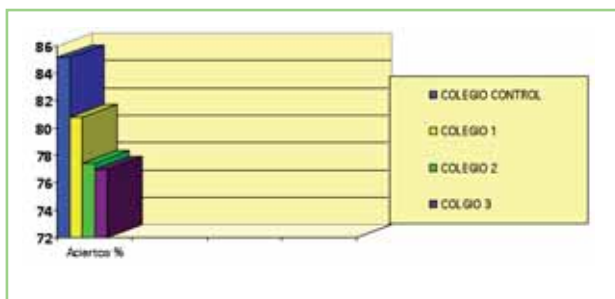


Gráfico 1.

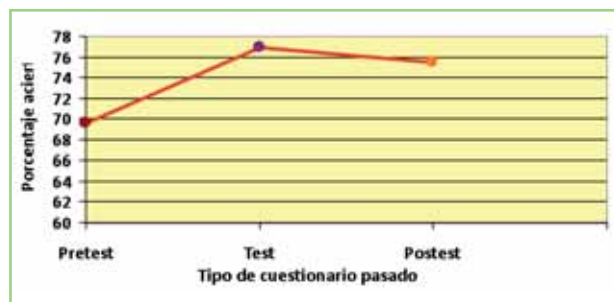


Gráfico 3

BIBLIOGRAFÍA

- CONSEJERÍA DE SALUD: III Plan Andaluz de Salud 2003-2008.
- CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA: La población andaluza ante las drogas X. 2007.
- CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA: Manual para la prevención comunitaria de las drogodependencias y adicciones en Andalucía. 2006.
- CONSEJERÍA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA: II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones (2002-2007). 2001.
- KAMII, C. y DEVRIES, R. :Juegos colectivos en la primera enseñanza. Implicaciones de la teoría de Piaget, Madrid: Visor, (1988).
- LABRADOR, MJ y NAVARRO, C El juego como herramienta para la enseñanza-aprendizaje. (2003).
- <http://www.msps.es/campanas/campanas11/home.htm>
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO: Ley General de Sanidad (14/1986) de 25 de abril. Publicada en BOE 101/1986 de 29/04/1986.
- NUTBEAM, Don. Glosario de Promoción de la Salud. Centro Colaborador de Promoción de la Salud, Departamento de Salud Pública y Medicina Comunitaria, Universidad de Sydney, Australia. OMS. Ginebra, 1998.
- OMS: "Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. Ottawa, 1986.
- OMS: "Salud 21. Salud para Todos en el siglo XXI". Ginebra, 1998.
- RAPPAPORT, J. "Terms of empowerment/Exemplars of prevention:Toward a Theorie for Community Psychologie. En American Journal Psychologie. 1987.
- TRIGO AZA, E (2000). Juego y creatividad: el re-descubrimiento de lo lúdico. Buenos Aires. Grao.
- UNESCO: El niño y el juego. Planteamientos teóricos y aplicaciones pedagógicas. París1978).
- ZIMMERMAN, M., RAPPAPORT J.(1988) "Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment" en American Journal of Community Psychology 1988.
- Consenso Científico sobre el Alcohol. Fuente: OMS (2004) Resumen & Detalles: GreenFacts (2006).
- MEDLINE/PubMed: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud): <http://ibecs.isciii.es>

EXPERIENCIA EN LA PUESTA EN MARCHA DE UN TALLER POSTPARTO

- Erica Delgado Muñoz¹
- M^a Dolores Hidalgo Parejo²
- Antonia Blanco Veloso³

¹ Matrona. Distrito Sanitario Sevilla – Sur. Sevilla

² Matrona. U.G.C. Don Paulino García Donos. Alcalá de Guadaira. Sevilla

³ Matrona. U.G.C. Ntra. Sra. de la Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla

Resumen

Introducción: El puerperio es un periodo de adaptación familiar, con cambios físicos y emocionales, donde surgen dudas, problemas de lactancia, cuestiones sobre el recién nacido. Nos planteamos realizar talleres posparto cuya finalidad es cubrir esas carencias. El presente estudio pretende evaluar la eficacia, en términos de adquisición de conocimientos y destrezas y en la disminución de la demanda, y la satisfacción de las mujeres asistentes a un taller posparto.

Material y método: Realizamos un estudio descriptivo transversal en el ámbito de la Atención Primaria. Facilitamos un cuestionario de elaboración propia de 13 ítems que respondieron de forma anónima, en el que se recogen diferentes aspectos del taller y miden los conocimientos adquiridos y grado de satisfacción del mismo. Para el análisis de datos se determinaron medias y desviaciones típicas para las variables numéricas y porcentajes para las no numéricas.

Resultados: se realizaron 60 encuestas. De ellas el 62,50% afirmó precisar mayor ayuda por parte de su matrona durante el posparto y el 57,7 % afirmó mayor necesidad de información en este mismo periodo.

La satisfacción obtenida tras el taller muestra que el 75% de las mujeres asistente lo puntuó por encima de 9, siendo la puntuación máxima 10.

Conclusión: Tras participar en los talleres posparto las asistentes manifiestan mejoras en conocimientos con el cuidado del RN, masaje infantil, ejercicios del suelo pélvico y conocimientos y destreza de la lactancia materna. Asimismo manifiestan demandar menos consultas e información y además una lactancia eficaz. El nivel de satisfacción con el taller es muy alto, considerándolo útil y necesario.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Puerperio
- ✓ Lactancia
- ✓ Masaje infantil
- ✓ Crianza
- ✓ Taller posparto

POSTER PRESENTADO EN EL CONGRESO NACIONAL DE LA ASOCIACIÓN ANDALUZA DE MATRONAS, CÓRDOBA, 8 Y 9 DE ABRIL DE 2011

1. INTRODUCCIÓN

Durante el programa de educación maternal, se proporciona información a la pareja sobre el embarazo parto y puerperio. En el seguimiento de embarazo, parto y posparto inmediato, existe un personal sanitario (matrona) de referencia cercano, en contraposición de lo que ocurre en el puerperio tardío en el que la mujer y su pareja están desorientados y sin un programa preestablecido al que acudir de forma sistemática¹.

El puerperio es un periodo de adaptación familiar, con cambios físicos y emocionales, donde surgen dudas, problemas de lactancia, cuestiones sobre el recién nacido. Puede ser catalogado como un periodo en el que la mujer se encuentra vulnerable y con necesidad de apoyo externo. Múltiples dudas asaltan su cabeza, dudas que si no tiene respuestas, pueden generar ansiedad y malestar en la madre.

La puerpera en ocasiones se ve desbordada por su nueva situación un nuevo ser llega a su vida, obligándolas a cambiar roles y adaptarse a las nuevas necesidades que le surgen.

No podemos olvidar, que el parto ocasiona en la mujer un desgaste físico y psíquico considerable, al que se le une la herida perineal o abdominal, pérdidas hemáticas, cambios hormonales, alteraciones en el patrón del sueño, la nueva responsabilidad... etc. que la hacen tener que realizar un gran esfuerzo para adaptarse a la nueva situación².

Históricamente la mujer ha demandado la información/ conocimiento a su progenitora, pero con el cambio social en el que vivimos en muchas ocasiones ese pilar desaparece, quedando la mujer "desamparada"^{3,4}.

Por ello nos planteamos que urgía la necesidad de crear un espacio y un tiempo, que fuese continuación de las sesiones previas al parto, iniciando los talleres posparto, cuya finali-

dad es cubrir esas carencias, asegurándonos que la información/conocimientos instruidos son precisos y veraces, puesto que serán facilitados por un profesional cualificado en esta materia, como son las matronas. Estos talleres constan de 4 pilares básicos: Masaje infantil, temas relacionados con la crianza y cuidados del bebé, ejercicios de recuperación postparto incluyendo ejercicios de suelo pélvico (*Fortalecimiento perineal*) y apoyo y refuerzo de la lactancia.

El **masaje infantil**, es un método milenario Indio, importado por el Dr. Leboyer¹. Este arte fue introducido en occidente en la década de los 70. Es una técnica fácil que combina la metodología sueca, la tradición india y el masaje de los pies (reflexología)⁴.

Este masaje debe realizarse en un medio óptimo en el que padres y bebés estén cómodos, puedan interactuar correctamente y éste pueda desarrollarse de forma sencilla, cómoda y dinámica. Por todo esto, la atención primaria resulta un medio privilegiado para promover el masaje infantil mediante talleres para padres e hijos⁵.

Está demostrado clínicamente que las caricias entre el niño y sus padres tienen un importante efecto positivo sobre su desarrollo⁵.

Atendiendo a los estudios en relación a este tema los beneficios adjudicados al masaje infantil son⁶: Sensación de satisfacción y bienestar, estimula el sistema digestivo y el sistema circulatorio, fomenta un sueño mas prolongado y óptimo, contribuye en una mejor ganancia de peso en lactantes prematuros, en un promedio de un 47% más que en los lactantes que no reciben el masaje y mayor estimulación de la flexibilidad y coordinación muscular que repercute en destrezas físicas como caminar.

Otros estudios⁷ añaden: El masaje infantil estimula el sistema nervioso e inmunológico, ayuda a regular y reforzar funciones respiratorias, así como intensifica la comunicación afectiva entre padres e hijos.

Otros efectos atribuidos al masaje y expuestos por otros autores⁸ confirman el mejor desarrollo neurossensorial, sueños más organizados, aumento de tono vagal y motilidad gástrica y aumento de efectos analgésicos.

A todo lo anteriormente expuesto hay que añadir que el masaje infantil es una experiencia dulce y amorosa que facilita el crecimiento en armonía del niño⁴ y una de las maneras de aprender con el masaje es en grupo⁷, ya que de este modo se cuenta con un grupo motivado en el que se aprecia las consecuencias y se pueden compartir las experiencias.

Dentro del contenido del taller postparto intentamos abarcar aquellos temas que para los padres les resulte enriquecedor para el afrontamiento de la crianza.

La **crianza** no queda reducida al hecho del amamantamiento sino que equivaldría a ayudar a crecer y desarrollarse y comprendería todo el periodo en el que tanto madre como padre apoyan y cuidan al hijo y éste depende de ellos^{9,10}.

No debemos olvidar que este periodo hay que contextualizarlo en la evolución social que actualmente existe en cuanto al cambio de tipos de familias; menor número de hijos; roles que desempeñan padres, madres, abuelas... En España y Andalucía tenemos un bajo índice de fecundidad pero encon-

tramos padres con una mayor demanda de información así como percibimos y manifiestan que las políticas sociales no han sido adecuadas para acompañar todos estos cambios y que se favorezca la maternidad¹¹.

En el marco del taller postparto se intenta dar respuesta a todas estas necesidades en un ambiente relajado y con un profesional con el que ha estado en contacto durante el embarazo.

El **destete** se identifica con un periodo que comienza con la introducción de alimentos diferentes a la leche materna y finaliza con el abandono completo de la lactancia^{9,10}.

Según Carlos González¹², remitiéndonos al término inglés *to wean* significaría “acostumbrar a un niño a alimentos distintos a la leche de su madre” y puede ser realizado de forma espontánea o dirigida.

La alimentación complementaria trata de cubrir los requerimientos nutricionales que a partir de los 6 meses de vida no aporta la lactancia materna exclusiva. En el taller se informa a los padres sobre la pirámide de alimentación y se les aporta un material escrito con descripción del tipo de alimentos que se van incluyendo según la edad. También se aporta información sobre el calendario de vacunaciones en vigor y en concreto por el establecido por la Comunidad Autónoma Andaluza. Asimismo se abordan los cuidados del bebé relacionados con distintos aspectos: baño, sueño, prevención de accidentes, salud bucodental, protección solar, síndrome de la muerte súbita del lactante, tabaquismo pasivo, etc. Esta información está coordinada con la que posteriormente se seguirá en el programa de niño sano por pediatras y enfermería en los Centros de Salud.

La relación padres-hijos es la base del desarrollo físico, emocional e intelectual del niño, en el momento del nacimiento el vínculo con la madre es el punto de partida, la base sobre la que se asentará el desarrollo de la inteligencia, la salud, la autoestima, la creatividad¹³. Por ello, acompañándose del masaje al Recién Nacido (RN) se da información verbal y escrita del desarrollo evolutivo del niño, haciendo hincapié en las distintas velocidades en el desarrollo para cada bebé y cada niño. Las principales áreas del desarrollo¹⁴ son: Habilidad motora (controlar la cabeza, sentarse y caminar), habilidad motora primaria (sostener una cuchara, sujetar un pedazo de cereal con un dedo y el dedo pulgar), sensorial (ver, escuchar, saborear, tocar y oler), lenguaje (ser capaz de hablar y hacerse entender y de comprender lo que dicen los padres y otros niños) y social (habilidades para jugar con los familiares y otros niños).

Los **cuidados de la musculatura pélvica** en el postparto son importante para el tratamiento y prevención de las disfunciones del suelo pélvico¹⁸. El suelo pélvico está formado por estructuras músculo-esqueléticas y aponeuróticas que constituyen la base del abdomen y sobre la que descansa el contenido abdominal²¹. Entre los factores de riesgos, causantes de producir pérdida de tono en la musculatura pélvica encontramos^{15,18,21}: Edad, mas frecuente en mujeres de mediana/alta edad, partos y características de los mismos, obesidad, inversión del patrón abdomino-perineal, climaterio (por déficit estrogénico), incrementos crónicos de la presión intrabdominal (tos crónica, estreñimiento, deportes de riesgos, etc.).

Con la finalidad de prevenir problemas y recuperar el tono del periné, durante el taller postparto se explican y se enseña la realización de ejercicios para el fortalecimiento del suelo pélvico (Kegel) a todas las púérperas que asisten. En el taller se les instruye tanto en las contracciones lentas como en las rápidas. Problemas derivados del debilitamiento del suelo pélvico, como pueden ser la incontinencia urinaria de esfuerzo tras el parto, suele ser un motivo de consulta frecuente a la matrona en el postparto, quien instruye en la realización de ejercicios de Kegel y comienza a seguir la evolución del mismo¹⁶.

La matrona debe aprovechar su posición de privilegio durante el embarazo para prevenir éstos problemas¹⁶. En el postparto podemos encontrar diversos tipos de lesiones¹⁸, entre las que podríamos destacar: Disminución en la capacidad contráctil del suelo pélvico²⁰, mayor movilidad de vejiga y uretra²¹, disminución del cierre uretral²¹, pérdida en la sensibilidad de la vagina²², etc.

Los ejercicios de Kegel fueron introducidos por el ginecólogo Kegel en 1948, éste descubrió la relación entre las alteraciones del suelo pélvico y la presencia de incontinencia urinaria, cistocelos, etc. Por ello la medicina ha comenzado a dar importancia al mantenimiento de un suelo pelviano en buen estado y a estudiar las causas que de forma más o menos influyen en dicho mantenimiento¹⁹. Por todo lo anteriormente expuesto, durante el taller postparto iniciamos a las púérperas en la realización de ejercicios pélvicos y obtenemos así todas las ventajas que de ellas se derivan.

Como es de todos conocido, el parto conlleva en la mujer una serie de cambios físicos y psíquicos importantes. Se producen una serie de cambios que aunque fisiológicos, deben de ser reconducidos a la normalidad²³. Para ello usamos la realización de ejercicio físico dirigido y especializado en las púérperas. Todos estos ejercicios van encaminados a la consecución de diferentes beneficios, tales y como²³: Recuperación orgánico-física, equilibrio corporal, mejora de la imagen corporal, aumento de la autoestima, disminución de los niveles de ansiedad, etc.

Estos ejercicios se realizan introduciendo al bebé en cada uno de ellos, para así, favorecer el vínculo materno filial además de conseguir lo anteriormente expuesto.

Como elemento destacable, en el taller posparto se realizan actividades de promoción de salud, ofreciendo información y asesoramiento para el inicio y mantenimiento de una lactancia materna eficaz siguiendo las recomendaciones del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría²⁴ que recoge las indicaciones de la organización mundial de la Salud (OMS)²⁵ y de la Academia Americana de Pediatría (AAP)²⁶, donde se aconseja la alimentación exclusiva al pecho durante los primeros seis meses de vida y continuar el amamantamiento junto con alimentación complementaria adecuada hasta los dos años de edad o más.

Difundimos los beneficios de la lactancia materna según estas organizaciones que la describen como la forma ideal de aportar a los recién nacidos los nutrientes que necesitan para un crecimiento y desarrollo saludables, no solo considerando su composición sino también en el aspecto emocional de modo que estas ventajas también se extienden a la madre (mejor recuperación posparto, etc.) y al medio ambiente, ya que es un producto ecológico y económico²⁴.

Prácticamente todas las mujeres pueden amamantar, siempre que dispongan de buena información, apoyo de su familia y del sistema de salud². En nuestro taller posparto la matrona que cuenta con la formación e información suficiente (basada en las mejores evidencias y la experiencia profesional adquirida con la práctica), aconseja y asesora como un medio de promoción de salud y no de imposición, siendo los padres quienes deben tomar la decisión de iniciar o continuar la lactancia materna²⁷. La finalidad del taller sería aumentar la decisión de las madres de iniciar la lactancia materna, prolongarla y evitar sus complicaciones.

La presencia en los centros de salud de pediatras y matronas, contribuyen a un aumento en la decisión de las madres de iniciar la lactancia materna alentadas por el programa de niño sano, las clases prenatales, la visita puerperal o la participación en grupos de apoyo, pero sobre todo la asistencia a estos grupos posparto²⁸.

Si la decisión de lactar se toma antes del embarazo, las actividades sobre gestantes y madres recientes sirven para reforzar la decisión ya tomada y prolongar la lactancia. Describimos en el taller la técnica correcta para evitar sus complicaciones.

El presente estudio tiene como objetivo evaluar la eficacia, en términos de adquisición de conocimientos y destrezas y en la disminución de la demanda, y la satisfacción de las mujeres asistentes a un taller postparto.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el ámbito de la Atención Primaria, en dos centros de salud de la ZBS de Alcalá de Guadaíra, del Distrito Sanitario Sevilla Sur: Unidad de Gestión Clínica (UGC) Don Paulino García Donas y a la UGC Ntra. Sra. de la Oliva. Estas unidades atienden a una población aproximada de 54.500 personas, de las cuales 14.575 son mujeres en edad fértil. En dichas UGC se incluyen 4 zonas de transformación social catalogadas como tales por el Instituto de Estudios Sociales de Andalucía por cumplir determinadas condiciones socio-económicas y culturales, definidas en el Art. 61 de Orden 1 de Febrero de 2006 de la Consejería de Igualdad y Bienestar Social (Boja nº 31 de 2006).

La población de estudio fueron todas las púérperas de ambas U.G.C. que acuden de forma voluntaria a un taller posparto. El periodo de estudio fue desde el 1 enero de 2010 al 30 de junio de 2010.

El taller postparto consistió en 6 Sesiones donde se abordaron los temas descritos en el apartado anterior.

Los criterios de inclusión fueron todas las mujeres que asistieron al menos a una de las sesiones del taller posparto y aceptaron voluntariamente cumplimentar el cuestionario. Las señoras que pudieran presentar problemas de comprensión del test (cultural, escolar, etc.) fueron ayudadas por otra de las participantes.

Los criterios de exclusión fueron que presentaran una deficiencia psíquica que pudiera incapacitarla para la cumplimentación del cuestionario.

Durante el desarrollo de la investigación se garantizó la confidencialidad de los datos clínicos de los sujetos incluidos y

se pidió consentimiento informado a los mismos. Las variables estudiadas fueron: Sociodemográficas (Edad), Clínicas (Paridad, Presencia de lactancia materna), Conocimientos Adquiridos (Lactancia Materna, Cuidados del RN, Masaje Infantil, Ejercicios del suelo pélvico), Utilidad del Taller (Influencia en la eficacia de la lactancia y en la demanda asistencial), Opinión de la mujer (Utilidad y Satisfacción). El instrumento utilizado fue un Cuestionario de elaboración propia*, consensuado con el servicio de formación e investigación del Hospital Ntra. Sra. de Valme. El cuestionario consistía en 13 ítems donde además de la edad en años, se recogen 12 variables de tipo cualitativo de las que 10 son dicotómicas, y una variable cuantitativa (valoración general del taller). Fue cumplimentado de forma anónima, en formato papel y realizado por un único entrevistador. Se incluyeron como pérdidas los ítems no contestados. Para el análisis de datos se determinaron medias y desviaciones típicas para las variables numéricas y porcentajes para las no numéricas. (Figura 1)

3. RESULTADOS

La población estudiada (N=60) eran mujeres con una edad media de 31 años (+/- 3.7 años), con un rango de edad entre 21 y 39 años.

El 57,7% de las mujeres asistentes al taller refirieron precisar de mayor información durante el periodo posparto, seguido de un 21.2% que refirió necesitar mayor información durante el tercer trimestre de gestación. El 19,2 % y el 1,9% indicó necesitar mayor información durante el primer y segundo trimestre respectivamente. De igual modo, si analizamos ahora el periodo donde necesitaron más ayuda por parte de la matrona, el 63,5 % fue en el puerperio.

El taller postparto mejoró los conocimientos y/o técnicas de lactancia en el 98,3% de las encuestadas y en un 100% ayudó a mejorar los conocimientos sobre cuidados del recién nacido y ejercicios.

El 100% de las encuestadas afirmó que la lactancia materna era eficaz después de su asistencia al taller.

ENCUESTA: Satisfacción del taller postparto

Edad:
Hª Obstétrica:
 -Primípara -Segundípara - Multipara

Lactancia materna
 • Si
 • No

1. En su etapa de embarazo-parto-puerperio, ¿en qué momento precisó mayor información por parte de su matrona? (enumere del 1 al 4 siendo el 1 donde mas información preciso y el 4 el que menos)
 • Postparto
 • 1er trimestre
 • 3er trimestre
 • 2º trimestre

2. En su etapa de embarazo-parto-puerperio, ¿en qué momento precisó mayor ayuda por parte de su matrona? (enumere del 1 al 4 siendo el 1 donde mas información preciso y el 4 el que menos)
 • 2º trimestre
 • 1er trimestre
 • 3er trimestre
 • Postparto

3. ¿Ha mejorado el taller postparto sus conocimiento y/o técnicas de lactancia materna?
 • Si
 • No

4. ¿Le ayuda a mejorar sus conocimientos en temas relacionados con el postparto. (cuidados del R.N, ejercicios...)?
 • Si
 • No

5. Tras el taller, ¿su lactancia materna es eficaz?
 • Si
 • No

6. ¿Cree usted que es necesario la realización en su centro de salud del taller postparto?
 • Si
 • No

7. ¿Le es de utilidad el taller postparto?
 • Si
 • No

8. Tras el taller, ¿conoce la técnica del masaje infantil?
 • Si
 • No

9. ¿Sabe usted para que sirve la realización de los ejercicios del suelo pélvico?
 • Si
 • No

10. ¿Sabe usted como se realizan los ejercicios del suelo pélvico (ejs. Kegel)?
 • Si
 • No

11. ¿Le es accesible su matrona en el taller postparto?
 • Si
 • No

12. Desde que asiste al taller ¿tiene usted menor necesidad de acudir a la consulta de pediatra/matrona para demandar información?
 • Si
 • No

13. Del 0 al 10 siendo el 10 la máxima satisfacción y el cero la mínima, señale usted su nivel de satisfacción con respecto al taller postparto:
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Figura 1

A las preguntas, si creen que es necesaria la realización en su centro del taller postparto y si éste le es de utilidad, contestaron afirmativamente el 100% de los casos.

Al finalizar, el taller el 96,5% de las encuestadas afirmó conocer la técnica de realización del masaje infantil, y con referencia a los ejercicios de Kegel un 95% afirmó conocer la finalidad de su realización y un 90% de la misma asegura saber como se llevan a cabo dichos ejercicios.

Para el 98,3 % de las madres que acudieron al taller el profesional encargado del taller (matrona) es accesible y el 88,3 refiere tener que acudir con menor frecuencia al pediatra/matrona para demandar información.

Con respecto a la satisfacción y calificando con una puntuación máxima de 10, obtuvimos una nota media de 9,4; encontrándose los datos muy agrupados con respecto a este valor (desviación típica de $\pm 1,06$). Figuras 2,3,4,5 (diagramas).

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Los resultados encontrados no son extrapolables a otras circunstancias diferentes a las aquí descritas. Tras la asistencia a los talleres postparto las asistentes manifiestan que han mejorado los conocimientos relacionados con el cuidado del RN, masaje infantil, ejercicios del suelo pélvico y conocimientos y destreza de la lactancia materna. Asimismo, tras realizar el taller, las mujeres manifiestan demandar menos consultas e información y además una lactancia eficaz. El nivel de satisfacción con el taller es muy alto, considerándolo útil y necesario. Por último manifiestan gran accesibilidad de la matrona tras la realización del taller y el periodo donde más ayuda e información necesitan es el puerperio.

Partimos de la base de que la matrona es el profesional de referencia para la atención a la mujer en todos los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva a lo largo su ciclo vital.

En atención primaria la matrona incluye la promoción y educación sanitaria sobre la salud individual, de pareja y familiar. Basándonos en los resultados obtenidos, podemos verificar que las necesidades de realización del taller postparto en la

ZBS de Alcalá de Guadaira, es real. Del mismo modo basándonos en nuestra experiencia personal, podemos afirmar que el taller es un punto de encuentro entre las recientes madres que vivencian una misma etapa del desarrollo, formando un grupo compacto capaz de solventar dificultades características de éste periodo.

En la actualidad existen talleres de apoyo a la lactancia, en los que sólo se abordan problemas relacionados con la misma, quedando muchas necesidades sin cubrir. Por ello, nosotros apostamos por un abordaje integral, en el que se incluyen técnicas de masaje infantil, crianza, rehabilitación del suelo pélvico, etc.

Asimismo, la matrona, que ha sido el referente durante el cuidado del embarazo y parto, realiza una continuidad en los cuidados y necesidades de esa primera etapa del recién nacido y la adaptación familiar.

Aún con los resultados favorables obtenidos, sería conveniente llevar a cabo algunas mejoras, ya que durante la puesta en marcha del taller nos encontramos con algunas dificultades en tiempo y/o espacio. Una dificultad a tener en cuenta fue la captación de la población mas joven, adolescente (no hemos captado ninguna menor de 21 años).

Como en otros estudios, la buena aceptación de los grupos postparto, como nueva actividad que se incorpora al subprograma de posparto, hace deseable su difusión a otras zonas básicas de salud y el proseguir en una línea de investigación para analizar otras variables importante²⁹.

Las limitaciones de nuestro estudio consideramos que son por una parte el tamaño reducido de la muestra y por otra parte la sencillez del análisis de los datos. El haber excluido a las personas con las deficiencias mencionadas se debe a que si fuese necesaria la ayuda del entrevistador para la cumplimentación del cuestionario introduciríamos un "sesgo del entrevistador y un sesgo de atención" (Martín Zurro)³⁰ y perderíamos el anonimato en la encuesta. Por otra parte, hemos limitado el estudio a las personas que acuden al taller postparto que no coinciden exactamente con el número total de gestantes que acuden a la educación maternal.

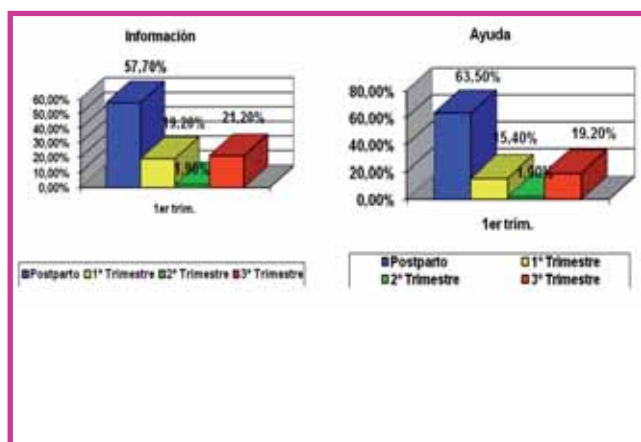


Figura 2. Periodo en el que precisaron mas información y ayuda por parte de la matrona

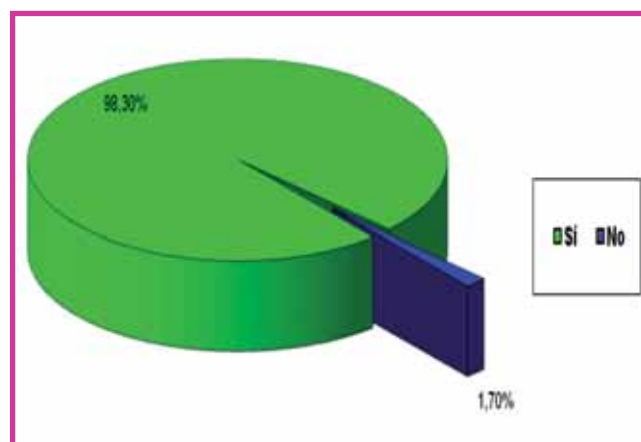


Figura 3. Mejora el taller los conocimientos de lactancia

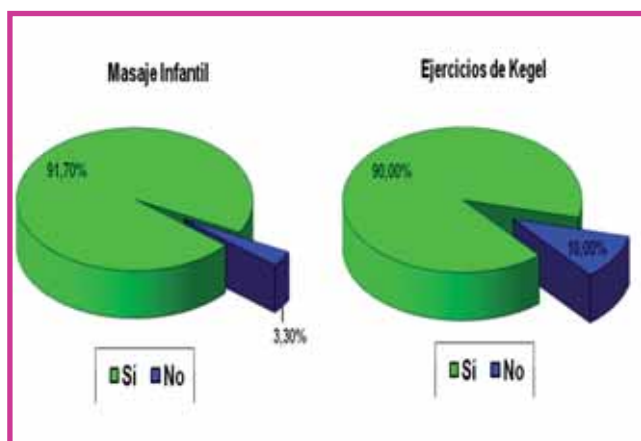


Figura 4. Tras el taller, conoce la técnica del masaje infantil y los ejercicios de Kegel

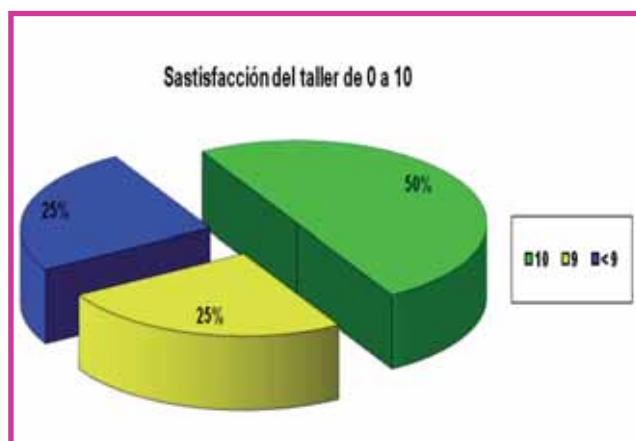


Figura 5. Satisfacción del Taller Post-Parto

BIBLIOGRAFÍA

1. Procesos Asistenciales Integrados: Embarazo. Parto y Puerperio. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Sevilla 2005.
2. L. Arribas Mir. Emilia Bailon Muñoz(Coordinadora del protocolo).B. Marcos Ortega. A Ortega del Mora. Embarazo y Puerperio. Protocolo de actuación. Grupo de trabajo SEMFyC de atención a la mujer.
3. Velasco Juez C. Aguayo Maldonado, J. Manual de Lactancia Materna. Ed 2001 Universidad de Sevilla 2001.cap 25 295-296.
4. González García, ML. Masaje infantil. Medicina Naturista 2007 1(2):102-119.Disponible en: <http://www.medicinanaturista.org/content/view/16/35>.
5. Pujol Puyané, Teresa. El masaje infantil en la atención primaria de salud. Enfermería científica. 2000 sep-oct. 222-223:23-26.
6. Field T, et al. Masaje with oil has more positive effect on normal infant. Pre and perinatal psychology journal. 1996. 11:75-80.
7. Simón, Mercé. El masaje infantil para escuchar, comprender, respetar, y amar a los/as niños y niñas. Revista Obstare. Otoño 2001 nº 2. 37-39
8. Marquéz Doren, Franc. Efectos del masaje en el recién nacido y el lactante. Index Enfermería. 2007. Año XVI(57): 42-46.
- 9 y 10. Manual de lactancia materna. De la teoría a la práctica.. 1ª edición. Editorial Médica Panamericana S.A 2008. cap. 1 pg. 6. cap. 5 pgs. 326-328.
11. Roigé Ventura, X. Nuevas familias, nuevas maternidades. Matronas Profesión 2002 Sep 9 : 10-16 Artículo Revisión.
12. González, Carlos. Un regalo para toda la vida. Guía de la Lactancia Materna. 2006. Ediciones Temas de Hoy, S.A. 2009 Cap. 12 pg. 276-280.
13. Fernández del Castillo, Isabel. La revolución del Nacimiento.1994. Ed. EDAF1994 Cap IV. pg 140-141.
14. Programa de Salud Infantil. AEP ap / 2009 pg 317-323.
- 17(15). Lima, Júnia Leonne D. Contribução da assistência de enfermagem obstetrica prenatal: educação para prevenção e correção da incontinência urinária de esforço (IUE). O Mundo o saúde. 2007 jul-spt. 31(3): 411-418.
- 18 (16). Sánchez Perruca, Mª. Influencia de la actuación de la matrona ante la IUE durante el embarazo, parto y puerperio. Matronas profesión. 2001 diciembre. 6:23-29.
17. Garcia Martín, AI/O. Reeducción del suelo pélvico. Enfuro. 2005 jun. 94: 19-22.
15. (18). Sebastia Garcia, G. Cuidados del suelo pélvico. Matronas profesión. 2001 nov. 12-15.
19. Guía de atención a la salud de la mujer en el climaterio y la madurez. Consejería de Salud. Año 2000. Sevilla. Pg. 187-191.
20. Allen RE y cols. Pelvic floor damage and childbirth: a neuropsychological study. Br. J Obstet Gynecol. 1990;97: 770-779.
16. (21). Perschers. V y cols. Changes in vesical neck mobility following vaginal delivery. Obstet Gyneacol 1996; 88: 1001-1006.
22. Forá,F. Actualización sobre la reeducación del suelo pélvico en la mujer. Barcelona. Ed. Mayo, 1999 29-30.
23. Fernández Fernández. Gimnasia posnatal conjunta "madre-hijo". Matronas profesión. 2003 junio. 4(12):4-12.
24. Asociación española de pediatría. Madrid: Lasarte Velilla JJ; 2008 (Última actualización 4 de Septiembre de 2008; acceso Diciembre de 2010). Recomendaciones para la lactancia materna. Disponible: <http://www.aeped.es/comite-lactancia-materna/recomendaciones>
25. Organización Mundial de la Salud. La Alimentación del lactante y del niño pequeño [Monografía en Internet]. Washington DC: OMS; 2010 (acceso Diciembre 2010). Disponible: http://www.who.int/child_adolescent_health/documents/9789241597494/es/index.html
26. Comité de lactancia materna de la AEP. Monografía de la AEP nº 5. Madrid: Ed Ergon; 2004.
27. Arias Latorre MT. ¿Es beneficioso para el recién nacido no utilizar chupete a favor de una rápida instauración de la lactancia materna? Evidentia. 2006; 3 (11). En <http://www.index-f.com/evidentia/n11/r254articulo.php> [ISSN: 1697-638X]. Consultado el 4 de Mayo de 2010.
28. Gonzalo Cabellos M.I. La lactancia materna. Semergen. 2003;29 (3): 117-8.
29. Torres Díaz A, Sánchez Fernández F, Martínez Martínez L, Fernández Cano E. Opinión de madres sobre el programa posparto. Matronas Prof. 2001; 2 (3):38-42.
30. Jiménez Villa J, Argimon Pallàs JM. Investigación en Atención Primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. Atención Primaria. Vol. 1. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003. p. 201-23.

ENFERMERÍA EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Nursing personality disorder limit

■ Sebastián Carrasco Muñiz¹

¹ Enfermero especialista de Salud Mental. UHSM Hospital San Lázaro. Sevilla

Resumen

El trastorno límite de personalidad (TLP) fue definido ya en el siglo XIX, como límite entre la psicosis y la neurosis. Actualmente, se define al **TLP ENFERMEDAD CEREBRAL**, ya que cumple todos los requisitos para tal consideración. Presenta tres componentes clínicos principales: un inestable sentido del yo, un alto nivel de impulsividad y una elevada inestabilidad afectiva.

Debido en parte, a la falta de conocimiento de la dinámica subyacente, el trabajo con pacientes con TLP resulta a menudo difícil para el personal de Enfermería.

El presente estudio tiene por objeto proponer orientaciones psicoterapéuticas que favorezcan la interacción en el cuidado de pacientes con este trastorno. Para este fin se lleva a cabo una búsqueda bibliográfica en las principales bases de datos de Enfermería y del resto de ciencias de la salud seleccionando finalmente un total de 17 estudios por su relevancia y relación con el tema.

Atendiendo a los resultados obtenidos, proponemos el empleo de la filosofía dialéctica, base de la terapia dialéctico-comportamental desarrollada por Marsha Linehan, como herramienta que va a conducir a una mejor relación enfermero-paciente, una mayor adherencia al tratamiento y una mayor eficiencia en la gestión de tiempo y recursos.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Enfermería
- ✓ Trastorno límite de personalidad
- ✓ Terapia
- ✓ Cuidados, Impulso

Abstract

Borderline personality disorder was defined as in the nineteenth century, as the boundary between psychosis and neurosis. Currently defined to BPD brain disease, because it meets all requirements for such determination.

It has three major clinical components: a shaky sense of self, a high level of impulsivity and affective instability high.

Due in part to the lack of knowledge of the underlying dynamics, working with patients with BPD is often difficult for the nursing staff.

The present study aims to propose psychotherapeutic approaches that encourage interaction in the care of patients with this disorder. To this end we carried out a literature search in major data bases nursing and other health sciences finally selecting a total of 17 studies for their relevance and relationship to the subject.

Based on these results, we propose the use of dialectical philosophy, the basis of dialectical-behavioral therapy developed by Marsha Linehan, a tool that will lead to better nurse-patient relationship, greater adherence to treatment and more efficient management time and resources.

KEY WORDS:

- ✓ Nursing
- ✓ Borderline Personality Disorder
- ✓ Therapy
- ✓ Treatment, Momentum

INTRODUCCIÓN

¿Qué podemos decir del TLP? Dado que todos los esquemas etiológicos y terapéuticos con respecto a él incluyen factores psicosociales, ¿deja de ser un trastorno cerebral? No. Si *enfermedad cerebral* significa que la psicopatología del TLP debe localizarse en el cerebro, sin duda lo es. Si *enfermedad*

cerebral significa incluir disposiciones hereditarias, sin duda lo es. (Si lo heredado incluye el desequilibrio afectivo, la impulsividad, el neuroticismo o la excesiva hostilidad, es motivo de debate. Aun así, el 50% de la personalidad "normal" es también heredable). Si *enfermedad cerebral* significa presentar anomalías neurobiológicas, sin duda el TLP las presenta. La disminución de las concentraciones de serotonina

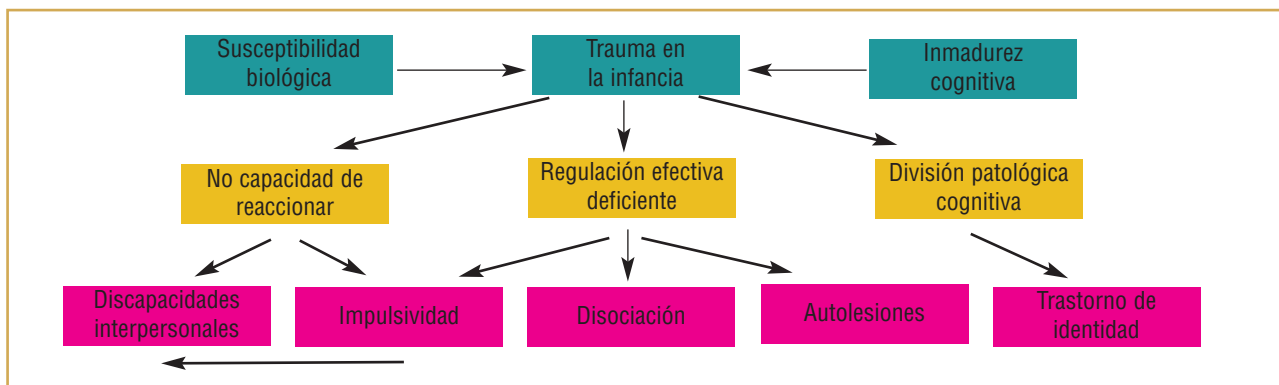
intersinápticas es un hallazgo objetivable en los pacientes con TLP (Coccaro y cols., 1989). Si *enfermedad cerebral* se usa sólo para designar trastornos crónicos gravemente disfuncionales, el TLP cumple perfectamente los requisitos. Por tanto, si se utilizan estas definiciones cuando se identifica cualquier enfermedad mental como enfermedad cerebral, entonces el TLP ES UNA ENFERMEDAD CEREBRAL. Una investigación realizada por científicos de la Universidad y del Hospital de Ginebra establece que el maltrato infantil modifica la regulación de los genes implicados en la gestión del estrés en la vida adulta, lo que puede provocar el desarrollo de distintas patologías. En el estudio participaron 101 individuos adultos, todos ellos víctimas del trastorno límite de la personalidad. El equipo investigador observó un porcentaje significativamente superior de modificación epigenética sobre el ADN en los sujetos que sufrieron en su infancia maltratos como abuso físico, sexual, emocional o carencia afectiva con respecto a los que no sufrieron tales situaciones. La prevalencia del trastorno límite de la personalidad es aproximadamente del 2% en la población general, pero está presente en el 20% de los enfermos de psiquiatría hospitalizados y se diagnostica predominantemente en las mujeres (75%). Los problemas comunes coexistentes incluyen trastornos del estado de ánimo, abuso de sustancias, trastornos en los hábitos alimentarios y trastorno por estrés postraumático.

El TLP también se asocia con otros trastornos de la personalidad y tiene una alta tasa de suicidio cuando se combina con trastornos del estado de ánimo o el alcoholismo (Stone 1990). El problema del daño autoinfligido y deliberado resulta también prevalente en este trastorno.

El trabajo con pacientes TLP a menudo resulta difícil para Enfermería, tal vez debido a la falta de comprensión de la dinámica subyacente de la enfermedad. De hecho, un interesante estudio de diseño cualitativo reveló tres áreas temáticas en la percepción que tienen los pacientes TLP del contacto con los profesionales de salud mental: la vida en el límite, la lucha por la salud y conservación de su dignidad, y las buenas y malas actuaciones de los profesionales de salud mental en el drama de su sufrimiento.

En este contexto nos parece esencial un adecuado abordaje por parte de Enfermería, teniendo en cuenta que el cuidado de pacientes con este diagnóstico ha sido identificado como un grave problema para los profesionales sanitarios. Investigaciones recientes, que sugieren que un diagnóstico de TLP influirá en el nivel y la calidad de la interacción personal con los pacientes (5), nos llevan a pensar que el cuidado de éstos constituye uno de los mayores desafíos a los que se enfrenta actualmente nuestra profesión.

El objetivo del presente estudio es proponer, basándonos en los resultados obtenidos por estudios enfermeros recientes, el empleo de la filosofía dialéctico-comportamental en la intervención de Enfermería, con el fin de ayudar a las personas y familiares con TLP a construir estrategias de afrontamiento eficaces y habilidades en respuestas conductuales para mejorar su calidad de vida. No olvidemos que actualmente en España se dispone de muy pocos Centros donde se puede recibir un tratamiento TLP integrado, (la mayoría en Cataluña).



TRATAMIENTOS

Las opciones terapéuticas en pacientes con un diagnóstico médico de TLP, incluyen:

- La farmacoterapia (especialmente los estabilizadores de ánimo, antipsicóticos atípicos e ISRS).
- Las intervenciones psicoterapéuticas, que se centran en aumentar la tolerancia al estrés, etc.
 1. Psicoterapia de orientación psicoanalítica.
 2. Psicoterapia de orientación cognitivo-conductual.
- Enfermería ha publicado al respecto. Sin embargo, los escasos estudios se centran en el empleo de los conceptos propios de la terapia *dialéctico-comportamental* como eje de la interacción enfermero-paciente.

A) Tratamiento farmacológico.

El abordaje farmacológico de pacientes con TLP ha sido ampliamente estudiado desde diversos sectores (entre los que cabe destacar algunos vinculados a importantes laboratorios). Sin embargo, tras revisar lo publicado hasta la fecha, consideramos que aún no se han obtenido resultados que aporten evidencia científica, sobre la total efectividad de los mismos en la reducción de la sintomatología propia del trastorno límite de personalidad:

Las conclusiones expuestas por sus autores indican que se podría considerar el efecto positivo de los antidepresivos en particular. Sin embargo, serían precisos ensayos bien diseñados, y con tamaños muestrales mayores que obtuvieran resultados clínicamente significativos.

En definitiva, vista la falta de evidencias de la eficacia del tratamiento farmacológico, el cuidado de los pacientes con TLP ha de pasar necesariamente por un abordaje basado principalmente en estrategias psicoterapéuticas.

B) Tratamiento psicoterapéutico.-

A este respecto, el estudio más importante hasta la fecha lo constituye sin duda una revisión sistemática que incluye un metaanálisis, también elaborada por Binks y cols., quienes plantean como objetivo principal evaluar los efectos de las intervenciones psicológicas para las personas con TLP. Los estudios incluidos en la misma fueron ECA'S relevantes que incluían tratamientos psicológicos para personas con TLP: tratamientos conductuales, cognitivo-conductuales, psicodinámicos y psicoanalíticos.

En base a este estudio, podemos decir que en la actualidad se desarrollan dos claras tendencias en el abordaje psicoterapéutico del Trastorno Límite:

1) Terapias de orientación psicoanalítica a las cuales pertenecen:

- **Terapias psicodinámicas (TPD)*
- **El tratamiento basado en la mentalización (TBM)*, es una psicoterapia manualizada orientada psicodinámicamente para el TLP que tiene como objetivo desarrollar un proceso terapéutico en el que la capacidad del paciente para la mentalización se convierte en el foco del tratamiento
- **Psicoterapia basada en la transferencia (PBT)*, una de las más empleadas en el tratamiento del TLP actualmente, puede aumentar la coherencia narrativa y la función reflexiva de estos pacientes.

***2) Terapias de orientación cognitivo-conductual**, dentro de las cuales destacamos:

- **Terapia centrada en el esquema*
- **Terapia cognitivo-conductual (TCC)*, la cual parece ofrecer cambios clínicamente importantes en relativamente pocas sesiones clínicas reales, especialmente en el índice de peligro
- **Dejamos para el final la terapia dialectico-comportamental (TDC)*, la cual es un tratamiento psicosocial desarrollado por Marsha M. Linehan, a partir de la terapia cognitivo-conductual estándar, específicamente para el tratamiento de personas con TLP.

La TDC sostiene que algunas personas, debido a ambientes familiares de invalidación durante su formación y a factores biológicos aún desconocidos, reaccionan anormalmente al estímulo emocional: su nivel de excitabilidad se eleva mucho más rápidamente, llega al máximo a un nivel más alto, y les toma más tiempo volver al punto de partida. Esto explica por qué las líneas límite se conocen por vidas consteladas de crisis e inestabilidad emocional extrema (emociones que cambian rápidamente). A causa de su invalidación pasada, no tienen ningún método para enfrentarse a estas oleadas repentinas e intensas de emoción. La TDC es un método que sirve para enseñarles habilidades que serán útiles para esta tarea.

El balance entre estrategias de *cambio* y de *aceptación* for-

ma la dialéctica fundamental que da nombre al tratamiento. Dialéctica significa "evaluar e integrar ideas y hechos contradictorios en una visión que resuelve las contradicciones aparentes".

Enfermero y paciente deben trabajar, según este modelo, para establecer un equilibrio entre el *cambio* (objetivo tradicional de la TCC) y la *aceptación*, dos fuerzas o estrategias aparentemente contradictorias: aceptación y cambio se convierten así en los conceptos claves que deben sustentar la actuación enfermera con los pacientes TLP: el enfermero deberá intentar guiar al paciente para que se acepte a sí mismo, a los demás y al mundo tal cual es. El abordaje dialéctico-comportamental de los pacientes con TLP desde Enfermería, tiene una sólida base teórica en el Modelo del Sistema Conductual propuesto por Dorothy Johnson, que define Enfermería como "una fuerza externa que actúa para preservar la organización conductual del paciente mientras éste se encuentra sometido a estrés, forzando sus mecanismos reguladores o bien proporcionándole recursos para ello". Asimismo, según un reciente estudio enfermero, la TDC resulta de fácil implementación para Enfermería, favorece la gestión de los síntomas, y es rentable, en el sentido de que supone una más eficiente gestión del tiempo y de los recursos: en la típica configuración de la atención de salud mental, las enfermeras pueden aplicar eficazmente las intervenciones utilizando la filosofía dialéctica, ya sea en grupos o individualmente para ayudar a los clientes con TLP a lograr el bienestar óptimo. Cabe añadir, que resulta indispensable en cualquier caso, pero aún más cuando prestamos cuidados a pacientes diagnosticados de TLP, la colaboración con el resto del equipo terapéutico para el seguimiento de los pacientes y el progreso del tratamiento. La actuación, por tanto, debe ser coordinada y la comunicación fluida y bidireccional entre el equipo terapéutico (integrado tradicionalmente por las Áreas de Psiquiatría, Psicología Clínica, Enfermería, Trabajo Social y Terapia Ocupacional) y el resto del personal sanitario; quizá ello conlleve replantear el concepto de equipo terapéutico, que debería integrar, no sólo a las Áreas mencionadas, sino también al resto de personal que pueda entrar en contacto (terapéutico o no), con estos pacientes: auxiliares de enfermería, celadores, e incluso en determinados casos, al personal de seguridad.

En nuestro caso, el Cuidado de Enfermería irá enfocado, desde la perspectiva planteada aquí, es decir, desde la filosofía



dialéctica, a ayudar a los pacientes con TLP a construir estrategias de afrontamiento eficaces y aumentar su habilidad para generar respuestas conductuales adecuadas, elementos clave para mejorar su calidad de vida. El presente estudio tiene, por lo tanto, el objetivo de proponer la intervención de Enfermería en el abordaje del Trastorno Límite de Personalidad, teniendo en cuenta las dificultades que supone a menudo la interacción con estos pacientes. Es por ello, que creemos que una intervención enfermera, planteada desde el PAE, y sustentada sobre las bases de la TDC, puede cobrar un especial protagonismo en una mejor evolución de esta enfermedad.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA. PLAN DE CUIDADOS

Bajo los patrones funcionales de salud de Gordon, elaboraremos un PLAN DE CUIDADOS para el paciente con TLP.

A.-VALORACIÓN de ENFERMERÍA

1. Patrón Percepción y Manejo de la Salud. Este patrón hace referencia a la opinión de la persona sobre su salud y a la manera en que la entiende, controla y cuida. Tendríamos en cuenta: aspecto general, conocimiento sobre su problema, actitud y comportamientos frente al mismo y hábitos tóxicos, fundamentalmente.
2. Patrón Autopercepción-Autoconcepto. Describe las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades cognitivas, afectivas y físicas, la imagen, la identidad, el sentido general de valía y el patrón emocional general, por lo que se encuentra frecuentemente alterado en este tipo de pacientes, con un yo inestable y en constante fluctuación.
3. Patrón Rol-Relaciones. También frecuentemente disfuncional en personas cuyo "yo" inestable, egocentrismo y dificultad para la empatía, les supone una gran dificultad para el establecimiento y/o conservación de las relaciones interpersonales.
4. Patrón Sexualidad-Reproducción. Su alto nivel de impulsividad, unido a su inestabilidad afectivo-emocional y su alta tendencia al consumo de drogas, favorece en gran medida en estos pacientes, la manifestación de conductas sexuales de riesgo que pueden conllevar embarazos no deseados, ETS...
5. Patrón de Adaptación-Tolerancia al estrés. Este patrón describe el nivel de estrés que la persona trata de forma efectiva. En el caso de pacientes que presentan dificultad para controlar sus impulsos nos interesará conocer:
 - Cómo el individuo y la familia acepta, reacciona y se enfrenta a determinados problemas.
 - La efectividad de los métodos de compensación. -La concordancia entre la situación, el peligro percibido y el nivel de estrés

B.-DIAGNÓSTICOS, RESULTADOS(NOC) E INTERVENCIONES(NIC).

Teniendo en cuenta que, como se ha dicho anteriormente, sue-



len ser problemas comunes coexistentes en el TLP los trastornos del estado de ánimo, el abuso de sustancias, y los trastornos en los hábitos alimentarios, y que además presenta una alta tasa de suicidio y/o daño autoinfligido y deliberado cuando se combina con trastornos del estado de ánimo o el alcoholismo (Stone 1990), los *diagnósticos de enfermería* que vamos a encontrar con más frecuencia serían:

1. *RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA [00140]*
2. *BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL [00120]*
3. *DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL [00052]*
4. *INCUMPLIMIENTO DEL TTO (00079)*
5. *ANSIEDAD (00146)*
6. *RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DE CUIDADOR (00062)*
7. *TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL (00121)*
8. *TRASTORNOS DE LOS PROCESOS DEL PENSAMIENTO.(00130)*
9. *RIESGO DE SOLEDAD (00054)*
10. *RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS.- (00138)*

Criterios de resultados (NOC) e intervenciones (NIC):

1: *RIESGO DE VIOLENCIA AUTODIRIGIDA (00140)*

RESULTADOS (NOC)

1. *Control de la automutilación*
2. *Autocontrol del impulso suicida*

INTERVENCIONES (NIC)

1. Control del humor: Proporcionar seguridad, estabilidad, recuperación y mantenimiento a un paciente que experimenta un humor disfuncionalmente deprimido o eufórico.
2. Manejo de la conducta: autolesión]: Ayuda al paciente para que disminuya o elimine la conducta de autolesión o abuso de sí mismo.
3. Prevención del suicidio : Disminución del riesgo de los daños autoinfligidos con la intención de acabar con la vida.
4. Manejo ambiental: seguridad : Vigilar y actuar sobre el ambiente físico para fomentar la seguridad.

2: *BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL(00120)*

RESULTADOS(NOC)

1. *Autoestima*

2. *Modificación psicosocial: cambio de vida*
3. *Equilibrio emocional*

INTERVENCIONES (NIC)

1. *Potenciación de la socialización.*
2. *Potenciación de la autoestima*

3: DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL (00052)

RESULTADOS (NOC)

1. *Implicación social*
2. *Severidad de la soledad*
3. *Apoyo*

INTERVENCIONES (NIC)

1. *Modificación de la conducta.*
2. *Terapia de grupo Aplicación de técnicas psicoterapéuticas.*
3. *Potenciación de la socialización.*

4: INCUMPLIMIENTO DEL TTO (00079)

La necesidad de intervenir sobre este diagnóstico enfermero, la fundamentamos en diversos estudios que avalan la importancia de la educación sobre su enfermedad en estos pacientes. Es el caso de un ensayo clínico aleatorizado, llevado a cabo por profesionales de enfermería, cuyo propósito fue evaluar el impacto de la educación clínica en pacientes con trastorno límite de la personalidad, en las actitudes de los médicos que trabajan con pacientes que han exhibido comportamientos autolesivos deliberados, propios de personas diagnosticadas con este trastorno.

RESULTADOS (NOC)

1. *Conocimiento: medicación*
2. *Conocimiento: proceso de la enfermedad*
3. *Conocimiento: régimen sanitario*
4. *Conocimiento: régimen terapéutico*

INTERVENCIONES (NIC)

1. *Potenciación de la disposición de aprendizaje.*
2. *Enseñanza: medicamentos prescritos. Preparación de un paciente para que tome de forma segura los medicamentos prescritos y observar sus efectos.*
3. *Enseñanza: proceso de la enfermedad : Ayudar al paciente a comprender la información relacionada con su proceso de enfermedad (en este caso con las manifestaciones típicas del TLP.*

5-ANSIEDAD (00146)

Verificable o no, esta presente en el estado emocional habitual del paciente

RESULTADOS (NOC):

1. *Equilibrio emocional*
2. *Control de la ansiedad*

INTERVENCIONES (NIC):

1. *Disminución de la ansiedad*
2. *Entrenamiento autogénico*
3. *Técnica de relajación*

6-RIESGO DE CANSACIO DEL ROL DE CUIDADOR (00062)

RESULTADOS (NOC):

1. *Normalización de la familia*
2. *Conocimiento: proceso de la enfermedad*
3. *Salud emocional del cuidador familiar*

INTERVENCIONES (NIC):

1. *Mediación de conflictos*
2. *Grupo de apoyo*
3. *Educación paterna: adolescentes*
4. *Enseñanza: proceso de enfermedad*

7-TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONA L(00121)

RESULTADOS (NOC):

1. *Identidad*

INTERVENCIONES (NIC):

1. *Reestructuración cognitiva*
2. *Ayuda en la modificación de si mismo y apoyo emocional*

8-TRASTORNO DE LOS PROCESOS DE PENSAMIENTO (00130)

RESULTADOS (NOC):

Control del pensamiento distorsionado

INTERVENCIONES (NIC):

Escucha activa

9-RIESGO DE SOLEDAD (00054)

RESULTADOS (NOC):

1. *Implicación social*
2. *Competencia social*

INTERVENCIONES (NIC):

1. *Modificación de la conducta: habilidades sociales*
2. *Potenciación de la socialización control de los impulsos*

10- RIESGO DE VIOLENCIA DIRIGIDA A OTROS (00138)

RESULTADOS (NOC):

1. *Control de la agresión*

INTERVENCIONES (NIC):

1. *Ayuda para el control del enfado*

PREVENCIÓN Y CONCLUSIONES

Los estudios relativos al TLP, hasta el momento, nos indican que el tratamiento de este complejo trastorno requiere un abordaje multidisciplinar y multidimensional. Según los datos de que disponemos, a diferencia de lo que ocurre con otros trastornos mentales, como los de naturaleza psicótica, el tratamiento farmacológico del TLP no parece obtener resultados totalmente significativos, para una evolución positiva del mismo. Sin embargo, sí parece constituir un apoyo esencial para otro tipo de terapias más determinantes, como las psicodinámicas, la psicoterapia centrada en la transferencia o la terapia dialéctico-comportamental. En este contexto, Enfermería se encuentra, en muchas ocasiones, en una posición difícil a la hora de abordar a estos pacientes: los enfermeros de salud mental se suelen quejar, frecuentemente, de la falta de resultados positivos con los actuales regímenes de atención.

ESTILOS DE ABORDAJE.

Pese a que las habituales alternativas resultan poco eficaces, los modelos de intervención que pueden producir algún resultado se basan en mantener un vínculo con el paciente a toda costa, que se sienta siempre atendido, sin reproches, a pesar de las conductas mas o menos disruptivas o alteradas que presente.

- La impulsividad, aunque premeditada en muchas ocasiones, es el síntoma fundamental, y es el eje de la intervención. Enseñarle a identificar estos episodios, analizarlos conjuntamente, y buscar alternativas ayuda al paciente, si se siente atendido sin culpa, a ir asumiendo poco a poco, otras formas de actuación.
- El modelo del gestor de casos, o de mediador terapéutico, en programa de tratamiento comunitario intensivo, muestran mayor efectividad que las propuestas tradicionales. Algunas experiencias mas o menos ortodoxas, basadas en estos criterios, como equipos altamente móviles, flexibles y adaptables, que atienden a los pacientes en su medio, están logrando contener a no pocos de estos pacientes. En muchos casos, con que simplemente reduzcan los riesgos de suicidios, episodios de auto y/o heteroagresividad u otras de las conductas propias del cuadro clínico, es ya un logro significativo.
- Consideramos que la utilización de los conceptos propios de la filosofía dialéctica (aceptación y cambio) podría constituir una herramienta eficaz para la prestación de cuidados enfermeros a estos pacientes, tanto en las intervenciones individuales (manejo de conductas proyectivas, gestión de crisis...), como en las grupales (programas psicoeducativos).
- En este modelo, enfermeros y pacientes deben trabajar arduamente para balancear cambio y aceptación, dos fuerzas o estrategias aparentemente contradictorias. Ello nos debe conducir a una mejor relación enfermero-paciente, una mayor adherencia al tratamiento y una mayor eficiencia en la gestión de tiempo y recursos.
- Puede ser especialmente relevante en estos casos, la figura del enfermero Especialista en Salud Mental, quien puede supervisar al resto del personal de enfermería y proporcionar educación al paciente acerca de la dinámica, las respuestas del personal y las decisiones del equipo terapéutico. Asimismo puede ofrecer apoyo emocional al resto del personal de Enfermería, lo cual conducirá a un aumento en su satisfacción en el trabajo, considerando la dificultad que existe para mantener la conducta terapéutica profesional con estos pacientes

*** PSICOEDUCACIÓN FAMILIAR ANTE UN PACIENTE CON TLP***

Los familiares de las personas afectadas por este trastorno se sienten impotentes y confusos, no saben qué hacer, a dónde acudir, no entienden qué ocurre, qué están haciendo mal en su vida, qué han hecho mal para llegar a esta situación o qué podrían cambiar con tal de mejorar la situación que padecen. Son las preguntas que se hace un familiar ante un diagnóstico de TLP. Las pautas generales para las relaciones:

1. Ir despacio..

2. Ambiente Familiar: mantenga las cosas calmadas.
3. Tratamiento de las crisis: preste atención, pero permanezca tranquilo.
4. Manejo de los problemas: colabore y sea coherente.
5. Establecimiento de límites: sea directo pero cauto.

A continuación veremos el desarrollo de éstas pautas generales:

- Recordar que el cambio es difícil de conseguir y está plagado de temores. Sea muy cauto cuando se trata de señalar que se ha realizado un “enorme progreso” y de hacer afirmaciones tranquilizadoras del tipo “tú puedes hacerlo”. El “progreso” suscita miedo al abandono.
- Disminuya sus expectativas. Establezca objetivos realistas que se puedan conseguir. Se trata de solucionar grandes problemas dando pequeños pasos. Trabaje en una sola cosa a la vez. Los grandes objetivos a largo plazo generan desaliento y fracaso.
- Mantenga las cosas tranquilas y calmadas. La crítica es normal. Modérela. El desacuerdo es normal. Modérela también.
- Mantenga las rutinas familiares como sea posible. Esté en contacto con la familia y los amigos. En la vida hay algo más que problemas, por tanto, no se pierda los buenos momentos.
- Encuentre tiempo para hablar. Hablar sobre temas triviales o neutros resulta útil. Programe los momentos para hacerlo si es necesario.
- No se ponga a la defensiva ante las acusaciones y las críticas. Aunque sean injustas, no diga nada y no discuta. Permítase a sí mismo estar dolido. Admita las críticas que sean ciertas.
- Los actos o amenazas autodestructivos requieren atención. No los ignore. No tenga miedo. Es bueno saberlo. No tenga secretos en este campo. Hable sinceramente con el miembro límite de su familia y asegúrese de que los profesionales tienen esa información.
- Escuche. Las personas necesitan que se tengan en cuenta sus sentimientos. No diga “eso no es así”. No intente que esos sentimientos desaparezcan. Es positivo utilizar las palabras para expresar miedo, soledad. Inadecuación, ira o cualquier necesidad. Es mejor expresar los sentimientos mediante la palabra que pasando a la acción.
- A la hora de resolver los problemas de un miembro de la familia, siempre:
 - Implique al miembro de la familia.
 - Pregunte si la persona puede “Hacer” lo que es necesario para llegar a la solución.
 - Pregunte si la persona desea que usted mismo “haga” lo que hace falta.
- Los miembros de la familia necesitan actuar de mutuo acuerdo. Las inconsistencias entre los padres son una fuente de conflictos familiares graves. Desarrolle estrategias que todos puedan seguir.
- Si usted tiene dudas sobre la medicación o las intervenciones del terapeuta, asegúrese de que tanto el miembro límite de la familia como su terapeuta o médico están al tanto de ello. Si usted es quien paga la terapia, tiene derecho a expresar sus preocupaciones al terapeuta o al médico.

- Establezca límites y exprese hasta dónde está dispuesto a aguantar. Exponga sus expectativas en un lenguaje simple y claro. Todos deben saber lo que se espera de ellos.
- No proteja a los miembros de la familia de las consecuencias que se desprenden de sus actos. Déjeles que aprendan de la realidad. Normalmente, es necesario darse algunos “trompazos”.
- No tolere el tratamiento ofensivo como rabietas, amenazas, golpes, etc. Márchese y vuelva más tarde para discutir el problema.
- Sea cauto a la hora de amenazar o dar ultimátums. Son el último recurso. No utilice las amenazas como un medio para convencer a los demás de que cambien. Amenace sólo cuando pueda cumplir con ellas y esté dispuesto a hacerlo. Deje que sean los demás, incluyendo los profesionales, quienes le ayuden a decidir cuando cumplirlas.



“¿Serán capaces mis padres y mis hermanos de entenderme? Ojalá y lo hagan.....”

BIBLIOGRAFÍA

1. V Frances A, Pincus HA, First MB, Andreasen NC, Barlow DH, Campbell M. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson. 4ª ed. 2002.
2. <http://www.trastornolimitado.com/informacion/informacion-sobre-tlp/68-caracteristicas-comunes-de-la-persona-con-tlp>
3. http://www.trastornolimitado.com/images/stories/pdf/Terapia_dialectico_comportamental.pdf
4. Deans C, Meocevic E. Actitudes de las enfermeras registradas a pacientes psiquiátricos con diagnóstico de TLP. CONTEMP NURSE 2006;21(1):43-9.
5. Hunt M. Borderline personality disorder across the life span. J WOMEN AGING 2007;19(1-2):173-91.
6. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Intervenciones farmacológicas para las personas con trastorno de la personalidad borderline. La Biblioteca Cochrane Plus 2008;2
7. Binks CA, Fenton M, McCarthy L, Lee T, Adams CE, Duggan C. Terapias psicológicas para personas con trastorno de la personalidad borderline. La Biblioteca Cochrane Plus 2008;2.
8. Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Psicoterapias psicodinámicas a corto plazo para trastornos mentales frecuentes. La Biblioteca Cochrane Plus 2008;2.
9. Eizirik M, Fonagy P. Tratamiento basado en la mentalización para pacientes con TLP: una visión general. Rev Bras Psiquiatr 2009;31(1):72-5.
10. Gagliosi P. Terapia Dialéctica Comportamental y la Violencia. <http://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo39pdf> 2006.
11. Loveland-Cherry C, Wilkerson S, Dorothy Johnson In: J. Fitzpatrick, A. Whall, editors. Modelos conceptuales de Enfermería. Análisis y aplicación. Bowie MD; 1983.
12. Gordon M. Manual de Diagnósticos Enfermeros. 10 ed. Madrid: Elsevier; 2003.
13. Fornés Vives J. Enfermería de salud mental y psiquiátrica; planes de cuidados. 1ª ed. Madrid: Editorial Panamericana; 2005.
14. Heather Herdman T, Heath C, Meyer G. NANDA I: Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Elsevier; 2007.
15. Moorhead S, Johnson M, Maas M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Elsevier; 2009.
16. McCloskey Dochterman J, Bulechek G. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Elsevier; 2009.
17. Ma W, M Shih, Hsiao S, S Shih, “Cuidar a través de espinas” Hayter M. - resultados diferentes para el cuidado de los pacientes con trastorno de personalidad borderline en Taiwan. J Clin NURS 2009; 18 (3): 440-50.
18. John G. Gunderson, Trastorno Límite de la Personalidad pág. 293-294 Guía Clínica. Ars Medica.
19. GRADILLAS, V.: “Trastorno de la Personalidad en la práctica médica”. Barcelona: Masson; 2002. ISBN: 844581099-5.24.
20. <http://www.trastornolimitado.com/portada>.
21. <http://usuarios.discapnet.es/border/tlpUTP.html>.
22. <http://wikipedia-trastorno+limite+de+la+personalidad-imagenes-modelo tlp.png>.

Normas de estilo para la publicación en Hygia de Enfermería

La Revista Hygia de Enfermería considerará para su publicación los trabajos que tengan interés por los conocimientos e informaciones específicos de ciencias de la salud y que contribuyan al desarrollo y mejor definición de la enfermería en cualquiera de sus actividades.

NORMAS

1. Los trabajos que se proponen para su publicación en Hygia de Enfermería: Deben ser originales, inéditos, no aceptados ni enviados simultáneamente para su consideración en otras revistas. En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o evento similar se deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, así como su forma de presentación (póster, comunicación oral o ponencia). También si se ha publicado en el resumen del libro oficial del congreso, estimando que en el caso que fuera el texto completo no se consideran inéditos.

2. Los autores deben indicar si han recibido financiación y si pudiera existir un conflicto de intereses.

3. No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos.

4. Los autores deben obtener autorización previa para:

- a) Presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas.
- b) Publicar fotografías que permitan la identificación de personas.
- c) Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.

5. Los autores renuncian tácitamente a los derechos de publicación, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista Hygia de Enfermería.

Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Consejo de Redacción y obligatorio citar su procedencia.

6. El Consejo de Redacción de la revista Hygia de Enfermería propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del correspondiente original. En estos casos, los autores deberán remitir el original con las modificaciones propuestas en un plazo no superior a seis meses; en caso contrario, el Consejo de Redacción no podrá garantizar su publicación.

7. Los autores deben aceptar todas las normas de la revista Hygia de Enfermería. El Consejo de Redacción de la revista Hygia de Enfermería no asume responsabilidades derivadas de las afirmaciones realizadas en los trabajos, ni el falseamiento o incumplimiento de las presentes normas.

TIPOS DE ARTÍCULOS

Se pueden proponer los siguientes tipos de trabajos:

Artículos Originales: descripción completa de una investigación básica o clínica que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica.

Revisiones: revisión de publicaciones anteriores relacionadas con un tema de interés, que pretende ofrecer una actualización de los conocimientos sobre el mismo.

Casos clínicos: breve descripción de uno o varios casos que presentan un problema determinado, mostrando aspectos nuevos o instructivos que contribuyan al aumento del conocimiento de la enfermería.

Artículos especiales: se publicarán los trabajos de formación continuada, protocolos, procedimientos, técnicas y cualquier otro documento que pueda ser de interés científico para la profesión.

PREPARACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas disponible en:

<http://www.icmje.org> y encontrándose traducida al castellano en:

<http://www.fisterra.com/recursosweb/mbe/vancouver.htm>.

Se recomienda a los autores que lo revisen con consultas y lecturas antes del envío o presentación de los manuscritos.

Los textos deben de estar mecanografiados a uno y medio espaciado, por una sola cara, con márgenes de 2,5 cm., en papel blanco de tamaño DIN A-4, y una extensión máxima aproximada de unas 15 páginas (gráficos, figuras, fotos, etc. deberán ir a parte y sin contar como páginas). Las hojas se numerarán correlativamente en el ángulo inferior derecho. El trabajo se presentará tanto impreso en papel como en CD/Diskete. Las abreviaturas en la primera ocasión que se utilicen deben ir precedidas por el término sin abreviar, a menos que sea una unidad de medida estándar y, a ser posible, emplear abreviaturas utilizadas internacionalmente, evitando su uso en el título y resumen.

PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

1. Se indicarán en el orden que aquí se cita los siguientes datos:

En primera página, fuera de paginación.

- a) título del artículo tanto en castellano como en inglés.
- b) nombre de pila completo y apellidos de cada uno de los autores, profesión y centro de trabajo en su caso.
- c) centro/s donde se ha realizado el trabajo.
- d) nombre, dirección de correo electrónico y teléfono del autor responsable para la correspondencia.
- e) financiación total o parcial del estudio si existiese (conflicto de intereses).
- f) si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso.

II. Resumen y palabras clave

En segunda hoja, fuera de paginación, deberán incluirse los resúmenes y las palabras clave en castellano e inglés.

Resumen.

Su extensión aproximada será de 150 palabras. Se caracterizará por: 1) poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo; 2) desarrollar los puntos esenciales del artículo en términos concretos; 3) estará ordenado observando el esquema general del artículo en miniatura, y 4) no podrá incluir material o datos no citados en el texto.

Debajo del resumen se especificarán de tres a seis palabras clave para referencia cruzada de los centros de datos.

III. Texto

Será presentado en castellano, paginado y en la medida de lo posible se ordenará de acuerdo con los siguientes apartados y según el tipo de artículo:

Introducción:

Será breve y planteará el estado de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente el objetivo del artículo.

Material o Personas y Métodos/Caso Clínico/ Observaciones:

Se señalarán los sujetos, métodos y procedimientos utilizados; materiales y equipos empleados y el tiempo del estudio. Cuando sea necesario se señalará el tratamiento estadístico seguido y las razones de su elección.

Resultados:

Describirá los datos recogidos y los hechos observados de una manera concisa, objetiva y sin interpretar. Guardando una secuencia lógica en el texto y destacando las observaciones más relevantes.

Discusión y Conclusiones:

Interpretará y explicará razonadamente el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones futuras. Si procede se hará comparación con otros estudios similares y finalmente se tratará de relacionar las conclusiones con los objetivos del trabajo.

IV. Agradecimientos

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y personas, si las hubiera, que han contribuido de forma significativa en la realización del estudio. Los autores tienen la responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso.

V. Bibliografía

Las referencias bibliográficas preferentemente se numerarán consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el texto. Las citas bibliográficas de artículos de revista, libros, protocolos, leyes u otro material publicado o en soporte electrónico deben realizarse siguiendo las normas de Vancouver, disponible en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, mencionadas anteriormente.

Ejemplos:

Artículos de revistas Autor/es Personal/es:

Míguez A., Muñoz D., Sánchez J. Vendaje e inmovilizaciones con yeso. Hygia de Enfermería 2007; 65 (XIV): 11-19. Con siete o más autores (citar los seis primeros y añadir et al.)

Autor Corporativo:

Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based Medicine. JAMA 1992; 266: 2420-2425.

Libro Completo:

Kérouac S., Pepin J., Ducharme F., Duquette A., Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, SA; 1996.

Capítulos de libros:

Gómez de la Cámara A. Medicina basada en la evidencia. Implicaciones en atención primaria. En: Manual de Medicina basada en la evidencia. Elementos para su desarrollo y aplicación en Atención Primaria de Salud. Madrid: Jarpay. 1998. p. 15-27.

Artículo en Internet:

Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford:

Update Software Ltd. [Acceso 10 Sep 2007] Disponible en:

<http://www.update-software.com>.

VI. Tablas

Figuras y Tablas: Se numerarán de forma correlativa con números arábigos y según el orden de aparición en el texto. Deben servir de complemento al texto y no de repetición. Las tablas llevarán el título en la parte superior y con nota a pie, necesaria para su mejor comprensión.

Se entienden por figuras: fotografías, gráficas, hojas de valoraciones, esquemas, etc. Las fotografías seleccionadas deberán ser de buena calidad para mejorar su reproducción; en el dorso llevarán una flecha indicando la parte superior.a

Tanto las figuras como las tablas se presentarán en sobre aparte, en ningún caso incluidas en el texto para su mejor procesamiento gráfico. Incluyendo en este sobre un folio con las leyendas de los pie de fotografías y de otras figuras, si fuera necesario.



Groupama

Seguros



**MUTUA
EUROPEA
DE SEGUROS**

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

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

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

**PRECIOS
INCREIBLES**

Atención Personalizada.

XXIX

Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla

Luis Ramos Araujo

PREMIOS

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

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

BASES

- 1º. **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2º. **OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos y que, con anterioridad, no se hubiesen presentado a ningún otro Premio o Certamen de esta misma naturaleza, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo. No serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin.
El Certamen se amplía con un Accésit denominado "Enfermería Joven" y dotado con 1.000 Euros. Se otorgará al estudio monográfico o trabajo de investigación inédito de los presentados al Certamen por profesionales de enfermería colegiados que hubiesen terminado los estudios universitarios hasta cuatro años anteriores a la presente convocatoria, debiendo presentar documento que acredite el año de finalización de los estudios de enfermería. Un mismo trabajo no se podrá presentar, conjuntamente, a los premios y al accésit. Cualquier colegiado que cumpla los requisitos indicados en el párrafo anterior, podrá optar por alguna de las dos modalidades, en el caso de presentarse para el "Accésit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven".
- 3º. **DOTACIÓN:** La dotación económica será de 3.600 Euros para el trabajo premiado en primer lugar, 1.800 Euros para el trabajo premiado en segundo lugar y 1.200 Euros para el premiado en tercer lugar.
- 4º. **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadrados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- 5º. **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del título de Diplomado o Graduado en Enfermería que se encuentren colegiados.
- 6º. **JURADO:** Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales corresponderá: al Colegio de Sevilla; Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; tres vocales del profesorado de la Facultad, actual o de futura creación, de Enfermería o sus unidades docentes y centros adscritos y uno de entre los responsables de las Unidades de Formación continua de Sevilla.
Todos los miembros del jurado serán diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El jurado será nombrado anualmente.
- 7º. **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- 8º. **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- 9º. **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Ramón y Cajal, nº 20-Acc. (41005-Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXXIX CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación. En su interior incluirán: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombre y dirección completa del autor o autores, teléfono de contacto del 1er firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere.
Los trabajos presentados emitirán 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 plizas, de la procedencia o autores de los mismos.
- 10º. **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXXIX Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11º. **TITULAR DEL PREMIO:** Será titular del importe de los premios quien aparezca como única o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo, exclusivamente, los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2013. 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 2013.



149 años
avanzando con
la profesión

PREMIOS 2012

1º Estefanía Jurado García (Sevilla)
2º Enrique Torné Pérez (Sevilla)
3º Enrique Pérez-Godoy Díaz (Sevilla)
Accésit Enfermería joven: Desierto

 Sabadell