

HYGIA de ENFERMERIA

Nº 85, Año XXI- 2014

Colegio de Enfermería de Sevilla

SITUACIÓN ACTUAL,
ACADÉMICA Y
PRÁCTICA DE LA
CONTROVERTIDA
MANIOBRA DE
KRISTELLER EN SEVILLA

CUIDADOS DE
ENFERMERÍA AL
PACIENTE SOMETIDO A
VENTILACIÓN
MECÁNICA

LEY DE DEPENDENCIA Y
VALORACIÓN DE
ENFERMERÍA EN
ATENCIÓN PRIMARIA

LA DIVERSIDAD
CULTURAL. UNA
REALIDAD EN LAS
UNIDADES DE ALTO
RIESGO

SÍNDROME VARICOSO Y
ENFERMEDAD
TROMBOEMBÓLICA
VENOSA EN LA
GESTACIÓN

¿CÓMO FUNCIONAN LAS
URGENCIAS?
INFORMACIÓN A
PACIENTES Y FAMILIARES
DEL SERVICIO DE
URGENCIAS DEL HOSPITAL
VIRGEN DE VALME





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.

ANDALUCÍA, la REGIÓN con menos ENFERMERÍA de ESPAÑA

HYGIA

En este primer número del 2014, Hygia quiere abrir sus páginas con una perspectiva verdaderamente empobrecedora. Solo hace unas semanas en que, desde el Consejo General de Enfermería (CGE), se procedió a denunciar que la profesión en el conjunto de España pero sobre todo en Andalucía está siendo objeto de una política de recortes sin precedentes. En el Servicio Andaluz de Salud (SAS) se ha materializado un ajuste de recursos humanos sencillamente histórico entre los que enfermería se está llevando una de las peores partes.

Fue el presidente del CGE, Máximo González Jurado quien, ante la Ministra de Sanidad, Ana Mato, la presidenta de la enfermería mundial, Judith Shamian y el secretario general de Satse, Víctor Aznar, no dudó un ápice en poner sobre la mesa la frialdad de las cifras oficiales que, para los mas desmemoriados, no admiten lugar a dudas. Mientras en Navarra trabajan 833,66 enfermeras por cada 100.000 habitantes, en Andalucía la ratio se ha situado en 375,78 profesionales lo que nos ha colocado en el último lugar en la relación de los efectivos profesionales dedicados al sistema público sanitario. ¿Era ésta la sanidad andaluza "imparable" que nos prometían hasta hace poco tiempo?

Digan lo que digan los portavoces de lo políticamente correcto, las encuestas de la (auto)satisfacción que periódicamente difunde la Junta, los informes llamados a dibujar un panorama casi idílico, ésta y no otra es la realidad que vive la enfermería repartida por la red pública de atención primaria y hospitalaria en las ocho provincias andaluzas. Y, lo que es peor, esa es la cobertura enfermera de que disponen los casi ocho millones y medio de residentes en nuestra región. Ciudadanos que, posiblemente, alguna vez lleguen a interrogarse por qué la sanidad pública de Andalucía, la que encadena las

legislaturas a base de buenismo y proclamas supuestamente avanzadas, tiene que soportar una diferencia tan determinante en un capítulo esencial y "sensible" como los recursos humanos según se acaba de denunciar desde la atalaya de la sede central de la enfermería española.

Es cierto que vivimos, todavía, inmersos en una crisis financiera galopante de la que tantos esfuerzos está costando salir. Nadie discute que la Junta de Andalucía, como también se acaba de conocer, acumula una deuda -¿30.000 millones de euros?- superior a los presupuestos de la autonomía para todo 2014. Deuda que condiciona en gran medida las directrices de sus consejerías, como han reflejado los presupuestos vigentes para 2014. O que la región se acaba de convertir en la comunidad que ha reducido -(en 18.864 personas según el Inerser) el mayor número de dependientes en el conjunto de la nación. Si todo es cierto, al menos deberíamos contar con una administración que optase por reflejar la realidad de las cosas, como entre otros aspectos haber eliminado el complemento de las pagas extras de sus empleados para el 2014. Pero no, el latido consiste en seguir negando tantas y tan profundas evidencias para que la verdad oficial no acabe "estropeando" la realidad que viven, a diario, los colectivos profesionales.

Desde esta publicación del Colegio Oficial de Enfermería de la provincia Sevilla se hacen votos a que, en el presente ejercicio, la consejera de Salud haga suyo aquel horizonte tan propagado por la anterior responsable, M^a Jesús Montero que hablaba de la existencia de unas "líneas rojas" referidas a la sanidad y la educación, que, aseguraba, como ejes troncales de la sociedad nunca se iban a traspasar. Pues bien, visto y comprobado de que la citada línea y su trazado han quedado definitivamente rebasados en lo que a disponibilidad de recursos de enfermería se refiere, bueno será confiar en que la

ahora titular, M^a José Sánchez, haga una decidida apuesta para enderezar el rumbo y comenzar a propiciar una política que fructifique en la mayor presencia de personal de enfermería al servicio del ser humano. Y no solamente pensando en los estrictos y legítimos intereses del colectivo sino, lo mas importante, en deparar la mejor calidad asistencial que espera el paciente.

Nada nos congratularía mas que ver reflejada, en las sucesivas oleadas de los próximos trimestres, cómo Andalucía y su sanidad pública abandonan ese "farolillo rojo" de la ratio enfermera para ir superando el último puesto que, como un espejo, refleja y habla sobre unas carencias tan evidentes como clamorosas. Así, desde luego, no se puede continuar si es que pretendemos una sanidad pública acorde con los postulados y las exigencias de una población que no debe aceptar una diferencia de ratio respecto a otras regiones, llámense las de Navarra, País Vasco, La Rioja, Aragón o Madrid... por citar solo las que superan los 600 puestos de enfermería por 100.000 habitantes, frente a los 375,78 de Andalucía...

Con esta esperanza deseamos iniciar el discurrir de 2014. Y lo queremos hacer con el refuerzo y autoridad de las palabras que, también en la sede del CGE, pronunció la canadiense Judith Shamian, presidenta del Consejo Internacional de enfermeras, cuando, tras escuchar la exposición de problemas en boca de González Jurado, lanzó un consejo, fruto de su propia experiencia como enfermera de una nación que logró dejar atrás una situación de crisis. Shamian rogó que se busquen fórmulas para frenar la emigración de titulados lejos de nuestras fronteras. Y lo hizo con estas escuetas palabras que encierran todo un mensaje de presente y futuro: "Intenten mantenerlas en España. Porque, una vez que marchan, muchas no volverán..."

Vicente Villa

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



Autora: M^a de los Ángeles Coza Pérez

Nº colegiada: 8.018

Cámara: Nikon D60

Título: "Evocación de Amor"

Sumario

- 5 SITUACIÓN ACTUAL, ACADÉMICA Y PRÁCTICA DE LA CONTROVERTIDA MANIOBRA DE KRISTELLER EN SEVILLA
Velázquez Vázquez, V.
-
- 15 CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA
Rivera González de Eiris, A. M^a. ; Romero de la Osa Perdigonés, V. ; González Caro, J. M.; Cornejo Romero, D.
-
- 21 LEY DE DEPENDENCIA Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA
García Torres, M^a D.
-
- 27 LA DIVERSIDAD CULTURAL. UNA REALIDAD EN LAS UNIDADES DE ALTO RIESGO
Alvarez Baza, M^a del C.
-
- 37 SÍNDROME VARICOSO Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LA GESTACIÓN
Jurado García, E.; Baena Antequera, F
-
- 44 ¿CÓMO FUNCIONAN LAS URGENCIAS? INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL VIRGEN DE VALME
García Bellido, M^a C. ; Páez Aranda, A. M^a ; Guerra González, J. E.
-
- 49 EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. ¿CONSTITUYE UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA?
González Toscano, O. ; Pérez Jiménez, J. M.; Fimat Molina, S.
-
- 60 UNA IMAGEN, MIL PALABRAS. CUIDANDO A UNA SOCIEDAD MULTICULTURAL
Ávila Arriaza, M. A. ; Palomo Gómez, J. M.
-
- 64 ENFERMEDAD CELÍACA EN EL NIÑO. LABOR DE ENFERMERÍA
Cruz Cabrera, I. ; Hidalgo Díaz, M^a C. ; Cruz Cabrera, M.
-
- 69 TODA LA VERDAD SOBRE EL SÍNDROME PREMENSTRUAL
Romero Sánchez, V. ; Romero Carrera, E. M^a

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

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida parcial o total por medio alguno electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones, tratamiento informático o cualquier otro, sin permiso por escrito de la editorial.

La revista HYGIA no se hace responsable necesariamente del contenido de los artículos publicados, correspondiendo dicha responsabilidad a los autores de los mismos.

SITUACIÓN ACTUAL, ACADÉMICA Y PRÁCTICA DE LA CONTROVERTIDA MANIOBRA DE KRISTELLER EN SEVILLA

CURRENT SITUATION, ACADEMIC AND PRACTICAL, OF THE CONTROVERSIAL KRISTELLER MANEUVER IN SEVILLA

■ Vicente Velázquez Vázquez

Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital de la Merced de Osuna. Sevilla

Resumen

La maniobra de Kristeller es una presión sobre el útero realizada durante las contracciones del expulsivo para acortarlo, aunque se discute su eficacia. Esta controversia más la descripción de posibles complicaciones asociadas hacen que, aunque parece universalmente utilizada, adquiera connotaciones negativas cuya primera consecuencia es la ausencia de registro, por lo que se desconoce su prevalencia.

OBJETIVOS: 1.-Revisión bibliográfica sistemática de la maniobra de Kristeller, y 2.-Conocer el estado actual de esta práctica en hospitales de Sevilla.

MATERIAL Y MÉTODO: Se realizó una búsqueda en las principales bases de datos y se analizó la bibliografía encontrada. Para el objetivo 2, se diseñó un estudio observacional, transversal y descriptivo, mediante un cuestionario autocumplimentado por las matronas de hospitales públicos de Sevilla.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: El análisis de la revisión ha descrito recomendaciones para no usar, o con precauciones, la maniobra de kristeller, aunque no exista suficiente evidencia científica sobre su eficacia y relación con complicaciones. A pesar de ello, el 80,48% de las matronas han manifestado que la consideran útil y de uso extendido (*Habitual y Rutinaria* en el 19,51% y *Ocasional* en el 56,09% de las encuestadas) en los paritorios aún admitiendo su inseguridad clínico-jurídica. Quizás por ello, hasta el 70,73% de las matronas reconocen que esta técnica *Nunca se registra* y sólo el 24,39% lo hacen *Ocasionalmente*.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Kristeller,
- ✓ Samuel Kristeller,
- ✓ Presión fondo uterino,
- ✓ Expresión abdominal.

Abstract

Kristeller's maneuver is a pression on the fundus conducted during expulsive contractions to shorten it, although there discussion on its effectiveness. This controversery added to the description of possible complications associated cause, although it seems universally used, acquired negative connotations whose first consequence is the absence of registration, so you really can not know the prevalence of use.

OBJECTIVES: 1.-Literature review of Kristeller Maneuver and 2.-Knowing the current state of this practice in hospitals of Sevilla.

MATERIALS AND METHODS: A search was conducted in major databases and analyzed the literature found. For objective 2, designed an observational, transversal and descriptive study, using a self-administered questionnaire by midwives in public hospitals in Sevilla.

RESULTS AND CONCLUSIONS: The review analysis described no recommendations for use, or with cautions, kristeller maneuver, even if there is enough scientific evidence denying its proven efficacy and complications related. However, the 80,48% of midwives have stated that they consider it useful and widely used (*Regular and Routine* in 19,51% and *Occasional* in 56,09% of the respondents) in the delivery rooms even admitting its clinical and legal insecurity. Perhaps because, until 70,73% of midwives recognize that this technique *Never recorded* and only *Occasionally* do 24,39%.

KEY WORDS:

- ✓ Kristeller,
- ✓ Samuel Kristeller,
- ✓ Fundal pressure,
- ✓ Expression abdominale

1.-INTRODUCCIÓN

En 1867, Samuel Kristeller (1820-1900, nacido en Ksiaz Wielkopolski y que ejerció como ginecólogo principalmente en Berlín,) publicó y describió la siguiente maniobra: "Forzar contracciones uterinas durante el parto masajeando el útero y presionar su fondo de forma breve repetidas veces en el eje y dirección del nacimiento". Describía la técnica, condiciones y recomendaciones de este procedimiento¹. El objetivo principal era reforzar la efectividad de las contracciones y los pujos para acortar/facilitar el expulsivo. Este ginecólogo es también conocido por crear un tipo de fórceps.

Hoy en día, el objetivo principal de la maniobra de Kristeller es aumentar la fuerza de la contracción y pujo materno (un estudio norteamericano² logró cuantificar hasta un 28% más de presión intrauterina) durante el expulsivo para acortar dicha etapa del parto, sea como práctica habitual o por complicaciones/dificultades existentes como Riesgo de Pérdida de Bienestar Fetal, falta de progresión, agotamiento materno, excesiva analgesia o anestesia (de conducción o generales), o afecciones médicas que contraindiquen un esfuerzo materno excesivo como cardiopatías, miopía magna, etc.

La técnica incluye el uso de las manos, o el antebrazo, o el brazo completo sobre el fondo uterino, por algún asistente al parto. Además de estas variantes manuales, se han diseñado varios dispositivos mecánicos, inflables o no, habitualmente en forma de cinturón; alguno de ellos incluye sensores tocodinamómetros para coordinar la presión ejercida con la existencia de la contracción (comienza la presión mecánica tras un valor concreto de tono uterino y alivia dicha presión antes de terminar la contracción), y un controlador de presión para ejercer siempre la misma, con la finalidad de no resultar excesiva y también de evaluar más exactamente su eficacia, a efectos fundamentalmente de estudios científicos y de justificar su uso. En uno de los estudios revisados, Buhimschi³ et al. describen la técnica como presión ejercida con un ángulo respecto a la columna vertebral de 30-40 grados sobre el fondo uterino en el sentido de salida del feto, y a través de un manguito de presión interpuesto entre la mano que empuja y el abdomen materno, que controla mediante un manómetro la presión para limitarla entre 80 y 90 mm Hg. Esta es la presión que en un estudio piloto previo se cuantificó como promedio entre varios asistentes que practicaban la maniobra.

Pese a la reconocida autoría de Kristeller, instintivamente se ha usado la presión fúndica desde la antigüedad, atribuyéndose consejos sobre esta maniobra a Hipócrates, Sorano, Celsus, etc.,. Universal y frecuentemente utilizada desde siempre, en la actualidad es complicado conocer su práctica. Un estudio en Estados Unidos en 1999 concluyó que el 89% de los profesionales obstétricos reconocían (cuestionario anónimo) haberla usado², resultado similar a otro trabajo posterior (2006) en Suiza. Lejos del nivel socio-económico de estos países, parece sin embargo tener más aceptación en lugares donde la instrumentación del parto o cesarea es poco accesible, como países subdesarrollados o en zonas rurales de países en vías de desarrollo.

Independientemente de su uso real, se registra muy poco: sólo un 17% de los informes/historias de parto recogen el uso de la presión fúndica en Estados Unidos (en concreto, un estudio

retrospectivo en Maryland⁴ publicado en 2009 sobre 661 partos, bajó hasta el 5,9% la tasa de registro), un 4% en Holanda, entre 20% y 32% según estudios en México y un 23% en Austria. Otros estudios recientes en Bulgaria (Sofía, 2009) y Nueva York (2005) califican a Kristeller como una práctica conocida como generalizada pero en la sombra, pues no se anota habitualmente.

Esta discordancia entre su previsible frecuencia de uso y el escaso reconocimiento por falta de registro hace que en no pocos textos la denominen "La maniobra invisible", y se explica por las implicaciones médico-legales que pueden derivarse de las complicaciones materno-feto-neonatales relacionadas con la presión fúndica, que ha sido menos estudiada por su eficacia que por dichas complicaciones y efectos colaterales perjudiciales. Tras revisar la literatura científica, no hay evidencia que identifique la maniobra de Kristeller como factor causal con ninguna de las complicaciones que sí se nombran de forma anecdótica o como casos clínicos descritos en numerosos trabajos, y de lo que hacemos una compilación en TABLA1. En realidad, lo único que podríamos consensuar, tal como se estableció en el International Forum on Birth celebrado en Junio de 2005 en el Centro de Medicina Perinatal y Reproductiva de la Universidad de Perugia de Roma, es que resulta imposible cuantificar el perjuicio causado a madres y recién nacidos, por la falta de registros.

Podemos mencionar un estudio⁵ publicado en 2008 sobre siete casos descritos de partos (Croacia) con complicaciones graves y a las que se les realizó presión fúndica: 1 rotura uterina en fondo, 3 roturas del istmo uterino, y 1 rotura de cicatriz de cesarea anterior. Además, 1 recién nacido nació con fractura unilateral de las costillas décima y undécima, y otro neonato tuvo hematomas cutáneos en espalda y hemorragia suprarrenal. Afortunadamente, estos 7 casos fueron tratados adecuadamente y con éxito.

Entre la escasa jurisprudencia encontrada, mencionamos un fallo penal en Argentina en 2008 que condenó a dos ginecólogas que atendían un parto; una por hacer presión fúndica y la otra por no impedirlo y no hacer constar en la historia clínica su desaprobación. El desenlace de la asistencia fue una histerec-tomía tras rotura uterina. En este país, hay plataformas y movimientos ciudadanos relacionados con humanización del parto que instan a las parturientas a denunciarlo si se les ha practicado. En Francia, la Alta Autoridad de Salud del Gobierno prohíbe expresamente su práctica, estableciendo que no se justifica su uso disponiendo de una adecuada instrumentación o una cesárea. En España, diversos autores, como Usandizaga y De la Fuente, relacionan la maniobra de Kristeller con la rotura uterina, y la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia) establece en su Protocolo de parto vaginal tras cesárea (2002)⁶ que debe evitarse esta maniobra. La misma SEGO, establece no obstante en sus recomendaciones para el parto normal⁷, que la clásica maniobra de Kristeller está contraindicada para el descenso de la presentación, pero puede usarse la presión del fondo uterino para el desprendimiento de la cabeza.

Siguiendo con la rotura uterina, en un trabajo realizado en un Hospital de Chile y publicado⁸ en 2002 se revisaron 6 casos de rotura uterina sin cesarea anterior previa, y en ninguno de ellos se relacionó con presión fúndica. No se han encontrado otras referencias dignas de mención.

Respecto a otras complicaciones maternas como desgarros perineales, la mayoría de literatura científica consultada, incluyendo una revisión Cochrane reciente, no concluye. En el estudio de Maryland⁴ (2009) se encontró mayor riesgo (28,1%) de desgarro perineal severo, (de tercer y cuarto grado, DIII y DIV respectivamente) usando kristeller que no usándolo (4%), aunque no pudo aislarse otros factores como necesidad de vacuoextracción y/o episiotomía. En uno de los escasos ECA (Ensayo Clínico Aleatorio) realizados para evaluar el uso de un cinturón inflable (estudio sobre 500 mujeres, en Londres) y recogido por la revisión Cochrane de 2009², resultó mayor incidencia de DIII cuando hubo que instrumentar, pero también de perinés intactos en el grupo de estudio. Mencionar finalmente la conclusión de un artículo sobre tratamiento de incontinencias urinarias: "Para prevenir la incontinencia urinaria se aconseja evitar en el parto, entre otras cosas, maniobras agresivas sobre el suelo pélvico, como la maniobra de kristeller". Muchos autores, no obstante coinciden en que el factor principal y necesario para las disfunciones del suelo pélvico es el propio y simple parto vaginal.

En la jurisprudencia española podemos encontrar una sentencia condenatoria en 2004, que obligó a la administración sanitaria a pagar una indemnización de 27000€ por emplear maniobra de kristeller al intentar resolver una distocia de hombros, con resultado de lesión del plexo braquial del recién nacido. Es reconocido por muchos autores y profesionales que nunca se debe utilizar presión fúndica cuando hay una distocia de la cintura escapular, pues empeora la impactación del hombro y puede ocasionar más incidencia de traumatismos del plexo braquial. Esto nos conduce a la literatura encontrada sobre complicaciones feto-neonatales.

La revisión Cochrane de 2009² concluye que según la evidencia disponible, no se ha probado que se relacione significativamente con complicaciones feto-neonatales, pero que deberían hacerse más estudios, por encontrarse descritas en forma de casos o anécdotas. En el único ECA (Ensayo Clínico Aleatorio) que incluyó definitivamente, no hubo más acidosis de sangre de cordón, ni mayor tasa de Apgar <7, ni más ingresos en neonatología, tras partos en los que se realizara presión fúndica. Un trabajo realizado en Estambul (publicado en 2009) tampoco encontró repercusión neonatal significativa medida en cuanto a test de Apgar <7, ph, po2, y pco2.

Respecto a lesiones o traumatismos neonatales de origen obstétrico existen muchas referencias. En Lima publicaron un trabajo⁹ en 2007 y concluyeron que se debía abandonar la presión fúndica porque la encontraron significativamente relacionada con la fractura de clavícula y caput succedaneum. Dos estudios en México (2003 y 2006) evaluaron incidencia de traumatismos neonatales de origen obstétrico y relacionaron a la maniobra de kristeller, que fue practicada en el 32% y 19,4%, respectivamente de sus series estudiadas, con fractura de clavícula, cefalohematoma, y fractura intracraneal. Simultáneamente, otro estudio también en México¹⁰ (realizado entre 2005 y 2006, publicado en 2007) y también sobre incidencia y factores de riesgo para trauma obstétrico, concluyó que la presión fúndica NO tuvo relación significativa, una vez que se controlan factores como expulsivo prolongado, paridad, y uso de instrumentación, por lo que su uso debería individualizarse para cada caso si se demuestra su utilidad y no simple-

mente contraindicarse. Parece que en Latinoamérica existe actualmente un intenso debate. En España podemos encontrar un estudio publicado en 2007¹¹ que estudia la incidencia de traumatismos neonatales obstétricos (diversas hemorragias craneales, fractura de clavícula, y parálisis braquial) con partos instrumentados, y encontraron a la ventosa como factor más relacionado, aunque menciona tener en cuenta otros como la A.Epidural, kristeller, peso fetal, tipo de ventosa, y comienzo inducido del parto. Otras referencias no son negativas o concluyentes, y cabe destacar que la Asociación Española de Pediatría (AEPED) no se ha manifestado al respecto. Para terminar y como curiosidad, decir que el uso de kristeller se ha llegado a intentar relacionar en algunos textos con la parálisis cerebral¹² y con los trastornos de déficit de atención (hiperactividad) infantil, aunque dentro de un contexto de diversos factores, no como principal causa en ningún caso.

Como se citó anteriormente, la maniobra de kristeller ha sido más estudiada para evaluar su seguridad y sus posibles complicaciones asociadas, que para establecer su eficacia, pero si nos centramos en el objetivo para el que fue descrita, podemos encontrar bastante documentación, incluida la revisión Cochrane de 2009, y resumiendo se puede concluir que pocas pruebas demuestran su eficacia, medida en tiempo menor de expulsivo (destaca un ECA¹³ publicado en 2009 en Revista de Obstetricia y Ginecología Escandinavica), y reducción de instrumentaciones ya sea en la variante manual o usando algún dispositivo mecánico. En relación a esto, debemos mencionar un trabajo realizado en Seúl, publicado en 2009¹⁴ (parece estar patrocinado o tener conflicto de intereses) para evaluar la eficacia de un cinturón obstétrico inflable en un grupo de estudio (62 mujeres) respecto a un grupo control (61 mujeres), todas las participantes nulíparas. El resultado fue que el grupo de estudio tuvo un expulsivo significativamente más corto (41 minutos) respecto al control (62 minutos).

CONCLUYENDO ESTA INTRODUCCIÓN-REVISIÓN, la maniobra de Kristeller es una práctica muy controvertida, rechazada, evitada, y proscrita en muchos lugares, prohibida formalmente en algún otro, y en general, difícilmente aceptada tanto por profesionales como por pacientes. A pesar de ello es de uso extensamente difundido, y hoy día se sigue transmitiendo y enseñando a sucesivas promociones de personal obstétrico en formación, aunque no forme parte explícitamente de ningún plan de estudios. La revisión Cochrane de 2009 termina igual que con otros muchos temas: que se necesitan más estudios para evaluar objetivamente seguridad y eficacia, porque si se demuestra que es segura y que realmente acorta el expulsivo previniendo un tiempo excesivo y la necesidad de instrumentación o cesárea (especialmente en países donde no haya fácil disponibilidad), NO DEBERÍA SIMPLEMENTE CONTRAINDICARSE, sino seleccionar bien los casos donde se requiera su práctica atendiendo a criterios protocolizados previamente por un equipo multidisciplinario, (que no se establezca libremente su indicación en el momento de atender a la paciente), incluyendo objetivos, beneficios y precauciones, como que SÓLO SE USE cuando la cabeza ya esté coronando, y sean insuficientes los pujos maternos por cansancio o analgesia epidural, y además haya que terminar de forma rápida debido a riesgo de pérdida de bienestar fetal u otros problemas que se detecten.

Además, deberían contemplarse ALTERNATIVAS o prácticas que conduzcan a una mejor gestión del expulsivo para intentar evitar la necesidad de presión fúndica o instrumentación, como un mejor manejo de la analgesia, uso del periodo pasivo expulsivo, apoyo continuo del personal especialmente de la matrona, y posiciones diferentes a la litotomía. En este último punto citamos un trabajo publicado en una revista peruana de ginecología en 2008, sobre las ventajas del parto vertical¹⁵ (de pie, sentada, semisentada, en cuclillas, de rodillas, de pies y manos; aquel en el que el torso de la mujer y su canal pelviano oscilan dentro de un ángulo de 45 a 90 grados con relación al plano horizontal y se define por apoyo en glúteos, pies o rodilla), que sólo necesitó en un 1,3% de los casos de presión fúndica (parece difícil imaginárselo) respecto al 20% de partos en posición horizontal en que sí se realizó.

INSTITUCIONALMENTE, de reciente aparición en España tenemos la Guía Práctica Clínica Sobre la Atención Al Parto Normal¹⁶, editada en 2010 por el Ministerio de Sanidad y Política Social, que trata sobre la maniobra de Kristeller en sus páginas 143-147 y establece una Recomendación tipo A: Se recomienda NO realizar la maniobra de Kristeller. Se basa en un repaso de la evidencia actual e incluye el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre las prácticas en el parto normal: la práctica de ejercer presión en el fondo uterino durante la segunda fase del parto, con el fin de acortarla, está clasificada dentro de la categoría C (prácticas de las que no existe una clara evidencia y que deberían usarse con cautela hasta que nuevos estudios clarifiquen el tema). En este informe se establece la hipótesis de que la maniobra de Kristeller se utiliza con demasiada frecuencia sin estar demostrada su efectividad, y que pudiera ser dañina para el útero, el periné o el feto, y acarrear molestias para la madre.

Si unimos esta hipótesis a la caracterización que hace la propia Guía Práctica Clínica de la maniobra de Kristeller como una intervención controvertida y de prevalencia desconocida, volvemos a uno de sus aspectos más llamativos: el carácter invisible y oculto. Y precisamente acerca de esto es sobre lo que definimos el OBJETIVO 2 de este trabajo (el OBJETIVO 1 ha sido la revisión de la situación actual): Conocer la frecuencia con la que las matronas que trabajan en servicios de partos en la provincia de Sevilla reconocen realizar la maniobra de Kristeller, en qué condiciones, bajo qué criterios, y cuál es la actitud profesional hacia esta práctica.

2.-MATERIAL Y MÉTODOS

Para la revisión bibliográfica que ocupa el OBJETIVO 1, se realizaron sistemáticamente búsquedas en los siguientes buscadores y bases de datos: Pubmed (Medline), Cochrane, Ibecs, IME, Cuiden, Enfispo, Lilacs, Scielo, CINAHL, y el explorador Google Académico. Como palabras clave se utilizaron *Kristeller*, *Samuel Kristeller*, *presión fondo uterino*, *fundal pressure*, y *expression abdominale*. Inicialmente no se filtró por años de antigüedad de publicación para así tener una visión amplia de tanto contenido histórico. Posteriormente, en el momento de seleccionar los artículos se intentó reducir a los últimos 10 años, con la puntual inclusión por su especial interés de alguno levemente anterior.

Para el OBJETIVO 2, definido en líneas más arriba, se realizó un trabajo de investigación transversal, observacional y descriptivo, consistente en encuestar mediante un cuestionario auto-cumplimentado anónimo al total de las matronas que trabajan en servicios de paritorio de todos los hospitales públicos en la provincia de Sevilla, es decir, Hospital de la Merced de Osuna, Hospital Virgen Macarena, Hospital de Valme, y Hospital de La Mujer.

Se diseñó un cuestionario piloto con un primer bloque de 7 preguntas que pretenden medir el conocimiento teórico y reconocimiento académico acerca de la maniobra de Kristeller. Incluye cuestiones sobre posiciones de organismos oficiales, contraindicaciones formales, recomendaciones según evidencia científica actual, incidencias y complicaciones relacionadas en bibliografía, y una última pregunta sobre complicaciones ocurridas en su centro de trabajo (Hospital público). Un segundo bloque de 4 preguntas se centra en actitudes individuales y globales, o percepción de prácticas reales de la propia maniobra de Kristeller en los centros públicos, ofreciendo posibilidades para que los encuestados señalen indicaciones o formas de uso de esta técnica, así como la existencia y causas de registro o no en documentos oficiales, como la historia clínica. Un tercer y último bloque de preguntas es precedido por un enunciado filtro, pues es exclusivamente para cumplimentación en caso de ejercer simultáneamente en servicios de paritorio de algún centro o clínica privada, además de en el hospital público. Incluye las mismas 5 últimas preguntas del total de los dos bloques anteriores, es decir, las correspondientes a actitudes y percepción real de la práctica clínica de la presión Kristeller y su registro, junto a la concerniente a complicaciones ocurridas en su centro de trabajo, en este caso de la sanidad privada.

En total, 11 preguntas iniciales más otras 5 para las matronas que ejerzan también en ámbito privado. Todas las preguntas son con opciones de respuesta múltiple, especificando en alguna de ellas cuando se puede señalar más de una opción.

La relación de preguntas es precedida por una hoja de presentación con una breve explicación de la investigación que se está realizando, y donde se ruega colaboración y se menciona la garantía de confidencialidad y anonimato. Tras el cuestionario se ofrece una hoja de texto libre para que cualquiera pueda aportar sugerencias y observaciones.

Se realizó una prueba piloto con dicho cuestionario, de respuesta autocumplimentada, entre las 11 matronas que forman la plantilla del Servicio de Paritorio del Hospital de la Merced. Tras el análisis de los resultados de dicha prueba se modificó levemente la redacción y situación de alguna de las cuestiones y se volvió a pasar posteriormente el cuestionario definitivo a las mismas 11 matronas. El análisis de resultados de esta segunda edición definió una adecuada validez y consistencia del cuestionario, y se procedió a entregar el mismo a las matronas de los servicios de Paritorio de los 3 hospitales restantes. Los ejemplares cumplimentados fueron recogidos semanas más tarde.

La población total aproximada de matronas que trabajan en los 4 hospitales públicos de nuestra provincia es de unas 140 profesionales. Como criterio de inclusión se estableció que la matrona debía llevar trabajando un mínimo de 3 meses en el mismo centro ó 6 meses discontinuados (a lo largo del último

año) en varios de estos 4 hospitales, y se excluyeron además las que tuvieran menos del 66% de jornada. Del total de incluidas se recibieron 91 cuestionarios y de ellos se desecharon 9 por no estar correctamente cumplimentados, con lo que al final se quedó en una muestra de 82 casos (58,57% para una población de 140), lo que se considera una muestra adecuada.

3.-RESULTADOS

CONOCIMIENTOS

- RECONOCIMIENTO DE POSICIONES ORGANISMOS OFICIALES.

- El 65,8% (54 de 82) creen que la OMS recomienda *no usar la maniobra de kristeller* por no existir suficiente evidencia. Sólo el 9,7% (8 de 82) responden acertadamente con la verdadera postura de *usar con cautela por insuficiente evidencia actual*. Ninguna de las encuestados cometió el error de calificar según la OMS a esta maniobra de *segura, eficaz o no*.
- Respecto a la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el 58,5% (48 de 82) reconoció adecuadamente su posición oficial como *no debe practicarse nunca para el descenso de la presentación, sí puede hacerse para el desprendimiento en cuarto plano, siempre y cuando no haya cesarea anterior*. 22 de 82 (26,8%) piensa que la SEGO dice que *no debe practicarse nunca*, y ninguno de los encuestados eligió la respuesta de *puede practicarse libremente*.
- Por último, respecto a la Asociación Española de Pediatría (AEPED), algo más de la mitad de los encuestados (53,6%, 44 de 82) acertó con la respuesta correcta *No hay posición oficial*, y un porcentaje no pequeño, 34,1% (28 de 82), piensa que la AEPED manifiesta oficialmente que *no debería practicarse nunca por probadas complicaciones feto-neonatales*.

- CONSIDERACIÓN PERSONAL Y REAL HACIA LA MANIOBRA DE KRISTELLER.

- El 80,48% (66 de 82) de los encuestados creen que *En nuestra experiencia diaria, el Kristeller resulta útil para*

acortar el expulsivo y bajar la tasa de instrumentaciones y/o cesáreas, AUNQUE NO esté probado científicamente. Tan sólo el 14,63% (12 de 82) responden de acuerdo con la revisión sistemática de Cochrane: *La experiencia y evidencia científica establecen que NO disminuye el expulsivo ni la tasa de instrumentaciones y/o cesáreas*.

- INCIDENCIAS RECORDADAS EN EL CENTRO DE TRABAJO, QUE HAYAN SIDO RELACIONADAS IN SITU CON EL USO DE KRISTELLER. Ver GRAFICO 1. Destacar que ninguna matrona mencionó ningún caso de parálisis braquial.

- RECONOCIMIENTO DE SITUACIONES FORMALMENTE CONTRAINDICADAS PARA KRISTELLER.

- El 100% (82 de 82) de las matronas encuestadas reconocen que está contraindicado el uso de kristeller en *cesarea anterior u otra cirugía uterina previa (exceptuando legrados)*. Sólo el 51,21% (42 de 82) reconocen también a la *distocia de hombros* como contraindicación.
- En similar proporción (48,78%, 40 de 82) responden afirmativamente hacia la *Prematuridad fetal* como otra contraindicación aceptada y formal.

ACTITUD COLECTIVA EN CENTRO DE TRABAJO.

Ver GRAFICO 2.

- Ninguna de las matronas encuestadas niega de forma absoluta la práctica de esta maniobra, es decir ninguna contestó *nunca usada*.

EN CUANTO AL REGISTRO: Ver GRAFICO 3-A, donde destaca que en ningún caso se contestó *Sí, siempre* a la pregunta sobre si se registraba esta práctica; y GRAFICO 3-B.

PRACTICA INDIVIDUAL EN CENTRO DE TRABAJO. Ver GRAFICO 4-A, donde se representa que hasta el 24,39% (20 de 82) respondió que nunca practicaba esta maniobra y ninguno de los encuestados contestó que usara Kristeller de forma habitual, rutinaria e indiscriminadamente. El 41,46% (34 de 82) de las matronas realizan kristeller de forma selectiva en las indicaciones representadas en GRAFICO 4-B.



GRAFICO 1



GRAFICO 2



GRAFICO 3A



GRAFICO 3B

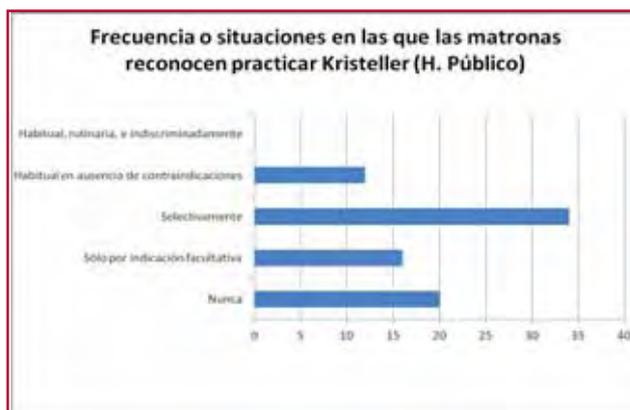


GRAFICO 4A



GRAFICO 4B

MATRONAS QUE TAMBIEN TRABAJAN EN EL ÁMBITO PRIVADO.

- De las 82 matronas encuestadas, 42 (el 51,22%) trabajan en alguna clínica privada además de en hospitales públicos.
- Incidencias o complicaciones recordadas y asociadas al uso de la maniobra de kristeller fueron principalmente *Desgarro perineal de alto grado (III-IV)*, señalado por 24 de las 42 matronas (57,14%). De ese mismo grupo de matronas, hasta 28 (66,66%) recordaban algún caso de esta complicación en su desarrollo profesional en la sanidad pública. Además, resulta llamativo la mención de un caso de *rotura hepática* en el ámbito público y la coincidencia de 3 casos de *rotura uterina* (el cuestionario no prevee la especificación entre dehiscencia de cicatriz de cesarea anterior, rotura del segmento o del cuerpo uterino) en el ámbito público y otros 3 en el privado, que las matronas que los señalaron lo asociaron al uso de maniobra de kristeller.

El *cefalohematoma* (2 casos en pública y 2 en privada), *parálisis braquial*, y *fractura de clavícula* tienen una incidencia de resultados mínima o ausente, tanto en un ámbito como en otro.

PRÁCTICA GENERAL EN EL CENTRO DE TRABAJO. Ver *GRAFICO 5-A* (centro privado); y *GRAFICO 5-B* (centro público, mismas matronas que anterior)

REGISTRO DE LA PRÁCTICA EN CENTROS PRIVADOS.

- Las matronas encuestadas señalan ausencia de diferencias entre ámbito privado y público respecto al registro de la maniobra de kristeller. El 80,95% (34 de 42) señalan que *Nunca se registra* tanto en un centro como en otro. Y el 19,04% restante responden que se registra *Ocasionalmente*, también indistintamente en un sitio u otro. Son tasas similares a las del grupo total de matronas.
- En las causas de No Registro, las respuestas *Nadie lo hace*, *Implicaciones Médico-Legales*, y *No se considera una buena práctica*, reciben similares tasas de respuesta indistintamente en el ámbito público y privado de trabajo, aunque hay mayor diferencia entre la más veces señalada, *Implicaciones Médico-Legales*, y las demás en el ámbito privado (47,61% aquí, y 33,33% en los hospitales públicos).

PRÁCTICA INDIVIDUAL EN CLÍNICAS PRIVADAS. GRAFICO 6.

- El 19,04% (8 de 42) de las matronas encuestadas que trabajan simultáneamente en ámbitos privados contestaron que *Nunca* usaban esta maniobra. Por otro lado, hubo 4 matronas (suponen el 9,52%) que indicaron que lo hacían de forma *Habitual y rutinaria* en el centro privado, mientras ninguna matrona señaló esta opción respecto a los centros públicos. Otras 6 (14,28%) matronas reconocieron practi-



GRAFICO 5A



GRAFICO 5B

- carla de forma rutinaria pero en ausencia de contraindicaciones como cesarea anterior, ninguna en centros públicos.
- El 28,57% (12 de 42) reconocían hacerlo sólo y exclusivamente *Por indicación facultativa como colaboración en una instrumentación*. En ese mismo grupo de matronas sólo señalaban esta opción la mitad de las veces (6 de 42, 14,28%) en el hospital público.
 - El grupo de opciones de Práctica selectiva de Kristeller fue señalado por 12 de las 42 matronas de este grupo (28,57%), siendo las más frecuentes las de *Aisladamente, o Junto a Instrumentación, en agotamiento o ineficacia del pujo materno, y posteriormente Junto a instrumentación ante Riesgo Pérdida Bienestar Fetal*. Esta forma de Práctica selectiva es la más señalada de este grupo de matronas en el ámbito del hospital público, hasta 24 de las 42 (57,14%), coincidiendo en usarla como recurso ante el agotamiento e ineficacia del pujo materno, y el Riesgo Pérdida Bienestar Fetal, la mayoría de las veces.

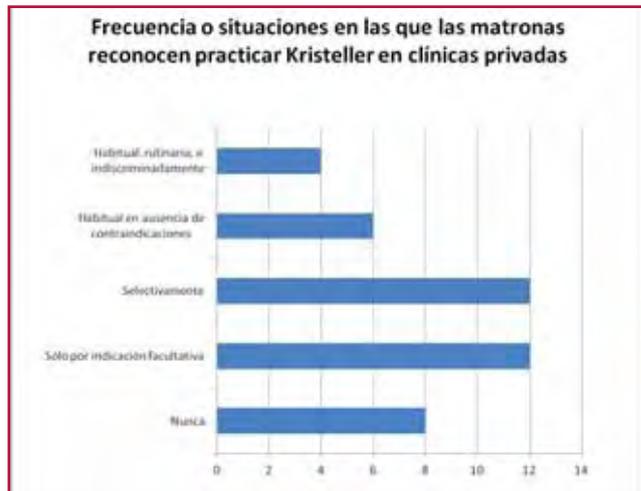


GRAFICO 6

4.-CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Podemos decir en general que los encuestados conocen sólo en una discreta proporción las posiciones oficiales de la OMS, SEGO, y AEPED. La mayoría optan por atribuir posiciones hacia la maniobra de kristeller más negativas que las reales oficiales, y esto podría interpretarse como confirmación de la importante carga de connotación, en contra del verdadero conocimiento que las matronas puedan tener respecto a esta técnica. Esto puede verse también tras analizar los dos apartados que preguntan sobre *Consideración personal hacia la utilidad de Kristeller*, y *Actitud y reconocimiento de uso individual*, respectivamente. Podría pensarse que la maniobra de kristeller se practica menos de lo esperado a tenor de lo que piensan las matronas encuestadas. A pesar de que el 80,48% de ellas piensan que *En nuestra experiencia diaria, el Kristeller resulta útil para acortar el expulsivo y bajar la tasa de instrumentaciones y/o cesáreas, AUNQUE NO esté probado científicamente*, "solamente" el conjunto formado por el 56,09% (matronas que practican la presión fúndica habitual y rutinariamente en ausencia de contraindicaciones, junto a matronas que lo hacen selectivamente) llegan a practicarla por iniciativa propia. Si seguimos sumando y le añadimos el 19,51% de ellas que lo

hacen exclusivamente por indicación facultativa llegamos a un 75,6% de matronas encuestadas que practican kristeller, que sigue estando por debajo de la tasa de matronas que tienen la convicción de que es una maniobra útil.

Estas diferencias tienen relación con otras dos características inherentes a toda intervención en salud y que condicionan su puesta en práctica, además de la utilidad o eficacia (teniendo en cuenta que la maniobra en sí, manual, tiene un coste inicial cero, por lo que no procede evaluar su eficiencia), que son la seguridad clínica y la seguridad jurídica.

En efecto, el conocimiento de complicaciones e incidencias adversas y de contraindicaciones formales que inclinan la balanza hacia los riesgos más que hacia los beneficios, hace que las matronas atribuyan a esta práctica connotaciones de insegura, apoyado esto por el reconocimiento de posiciones de organismos oficiales (OMS, SEGO, etc) en grados incluso más negativos que las reales.

Y la escasa tasa de registro de esta práctica en la Historia Clínica u otros informes, reconociendo hasta un 31,70% que no se registra por *implicaciones médico-legales*, llama la atención sobre la sensación de inseguridad jurídica que tienen aquellos que la realizan.

Siguiendo con la inseguridad, el análisis de las incidencias o complicaciones ocurridas en los centros de trabajo que cons-

ten a las matronas encuestadas tiene como principal suceso a los desgarros perineales severos y las tasas de mención encontradas sugieren que en general, las matronas creen que están relacionados con la aplicación de la técnica Kristeller. También asociados y más graves aún, algunos casos de rotura uterina también han sido mencionados, y de forma anecdótica algún caso de rotura hepática. No se aprecian diferencias entre las incidencias recordadas en el ámbito público y el privado. En cualquier caso, en este trabajo no se ha realizado un análisis estadístico profundo que pretenda conocer si según los casos recordados por las matronas encuestadas, existe una relación significativa entre el uso de la maniobra de Kristeller y las complicaciones citadas, ni tampoco podemos saber si las tasas de incidencias de las mismas son superiores a las que puedan encontrarse en la bibliografía. Lo que sí ha resultado llamativo es la baja mención en general de complicaciones feto-neonatales asociadas, muy poco presentes en la práctica habitual y reciente de estas profesionales, y destaca fundamentalmente comparando con la mayoría de bibliografía previa consultada, aunque tras el análisis exhaustivo y sistemático de la misma ya concluimos que no había evidencia aún de la relación causal entre la técnica y los sucesos negativos.

Respecto a las matronas encuestadas que trabajan simultáneamente en ámbito privado y público, la mayoría creen que la maniobra de kristeller se practica de forma *ocasional y selectiva* en ambos centros de trabajo. Sin embargo, resulta llamativo y significativamente diferente que la tasa de matronas que la perciben como *Habitual y rutinaria* es doble en los centros privados respecto a los públicos (28,57% por 14,28%).

Si comparamos con los resultados para esta cuestión en el grupo total de matronas (82, las que trabajan en privada y las que no), recordemos que el 56,09% (46 de 82) de los encuestados considera que la práctica de Kristeller en su centro de trabajo es *Ocasional y Selectiva*, mientras que el 19,51% (16 de 82) creen que se practica de forma *habitual y rutinaria*. El 12,19% (10 de 82) la consideran *raramente usada*.

Como resultado categóricamente más llamativo, se coincide en ambos ámbitos que ninguna de las matronas señaló la maniobra de kristeller como *Nunca usada* en cada uno y el total de los centros. Es decir, esta técnica no está erradicada completamente en ningún sitio. Y aunque en todas partes siempre hay profesionales que la usen en mayor o menor medida, también puede concluirse que hay mayor tasa de matronas en ámbito público que en privado que responden que *Nunca* usan Kristeller (24,39% por 19,04%), y además hay 4 matronas que reconocen hacerlo de forma *Habitual y rutinaria* en el ámbito privado, ninguna en el público.

Por otra parte, en los centros públicos hay significativamente mayor tasa de *uso selectivo* que en los privados (57,14% por 28,57%), por parte de las matronas que trabajan en ambos ámbitos, siendo esta opción señalada en el 41,46% del total de las matronas.

Además, hay mayor tasa de matronas que realizan Kristeller exclusivamente *Por indicación facultativa* en el ámbito privado respecto al público (28,57% por 14,28% del grupo de matronas que trabaja también en centros privados, 19,51% entre el grupo de matronas en general). Es decir, las matronas que trabajan en clínicas privadas son las que menos hacen kristeller en los hospitales públicos por indicación facultativa, pero

en los centros privados realizan más kristeller por este motivo que todas las matronas en general en los públicos. Si al principio de esta discusión mencionamos las connotaciones negativas que tiene esta práctica relacionadas con inseguridad clínica y jurídica, aquí podemos encontrar otras connotaciones derivadas de una situación clínica que está al servicio de la práctica facultativa, independientemente de la consideración personal de cada matrona hacia esta maniobra.

Concluyendo, podemos interpretar que en los centros privados hay más uso rutinario y por indicación facultativa, y menos selectivo que en los públicos, y en éstos hay más matronas que nunca realizan esta práctica.

No obstante hay que tener en cuenta que la sistemática de trabajo de los paritorios de las clínicas privadas contiene factores que pueden favorecer todo lo anterior, como por ejemplo menos tiempo que se concede al expulsivo, en su fase activa y probablemente escaso o inexistente uso de la fase pasiva, mayor intensidad de las analgesias de conducción, escasas posibilidades de asistir el parto en posiciones alternativas a la litotomía, asistencia de la finalización del parto casi exclusivamente por parte de obstetras facultativos y no por matronas, y sobre todo, o como consecuencia de todo ello, mayores tasas de instrumentación del parto.

Y precisamente, tal como se mencionó al final de la Introducción, todo lo anterior descrito es lo que se recomienda corregir para intentar disminuir el uso de la maniobra de kristeller sin que por ello tengamos mayores tasas de instrumentación y/o cesarea. Es decir, el objetivo final en definitiva sería aumentar la incidencia de nacimientos espontáneos y sin disminuir la seguridad, obtener óptimos resultados perinatales y mayor satisfacción de la madre y su entorno próximo de la experiencia del parto. Pero sin perder de vista este fin, las matronas deben utilizar para ello todos los medios o recursos disponibles y no debería infravalorarse que el 80,48% de ellas en nuestra provincia piensan que *En nuestra experiencia diaria, el Kristeller resulta útil para acortar el expulsivo y bajar la tasa de instrumentaciones y/o cesáreas, AUNQUE NO esté probado científicamente*.

Por eso, y como no podía ser de otra manera, se necesitan más estudios, pero previamente y por orden cronológico podría establecerse la siguiente secuencia:

- 1º- A tenor de la evidencia actual, que podría interpretarse como levemente permisiva, elaborar estrictos y selectivos protocolos de uso de esta técnica en cada centro de asistencia de partos, incluyendo indicaciones y contraindicaciones, y estandarización del procedimiento (técnica, fuerza ejercida, cuándo continuar y cuándo suspender, etc).
- 2º- Registro exhaustivo de los casos en que, cumpliendo los criterios anteriormente establecidos, se practique.
- 3º- Análisis de beneficios concretados en tiempo en que se alivia el expulsivo, y casos de instrumentación y/o cesáreas que se evitan.
- 4º- Análisis de complicaciones o incidencias materno-feto-neonatales ocurridas y que tras aislar otros factores obstétricos (instrumentación, paridad, posiciones fetales, pesos neonatales, etc) puedan asociarse con la práctica de kristeller.

5º- Elaboración de informes y documentos de consenso multicéntrico.

Mientras tanto, las matronas seguirán atendiendo los nacimientos recurriendo a su formación y conocimientos actualizados, su experiencia y arte, y sobre todo en lo que respecta a la práctica de Kristeller, gran dosis de prudencia y sentido común para intentar compensar las deficiencias que giran en torno a ella. Dicho de otro modo, se puede prever que en las circuns-

tancias actuales, y/o a pesar de ellas, la controvertida maniobra de Kristeller seguirá usándose en nuestro medio al menos a corto y medio plazo, y aunque sea de forma invisible o queriendo pasar desapercibida.

Y es a esas matronas a las que quiero expresar mi agradecimiento por su colaboración para poder hacer posible este trabajo, a las actuales profesionales, y a las futuras, las residentes de la Unidad Docente de Matronas de Sevilla que han intervenido en la fase de recogida de datos.

TABLA 1. COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA MANIOBRA DE KRISTELLER DURANTE EL EXPULSIVO.

MATERNAS:

- Rotura uterina, fundamentalmente de cicatriz segmentaria de cesarea anterior.
- Traumatismos obstétricos: del canal de parto y perineales graves (DIII, DIV).
- Desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.
- Inversión uterina.
- Fractura costal materna.
- Lesiones de órganos internos (bazo e hígado, fundamentalmente).
- Hematomas de pared abdominal.
- Dolor y malestar, durante la maniobra.
- Síndrome supino-hipotensivo.
- Síndrome doloroso abdominopelviano en el puerperio.

FETO-NEONATALES:

- Fractura costal.
- Fractura de clavícula.
- Parálisis braquial.
- Lesión de órganos internos.
- Hematomas y contusiones en espalda. Lesión de médula espinal.
- Cefalohematoma y Caput Succedaneum.
- Hemorragia craneal.
- Hipoxia.
- Transfusión sanguínea feto-materna, importante en caso de incompatibilidad Rh o infección vírica como VIH, Hep. B o C.

BIBLIOGRAFÍA

1. Waszyński E. *Kristeller's procedure—Expressio fetus, its genesis and contemporary application*. Ginekol Pol. 2008 Apr;79(4):297-300.
2. Evelyn C Verheijen, Joanna H Raven, G Justus Hofmeyr. *Presión del fondo uterino durante el período expulsivo del trabajo de parto*. Biblioteca Cochrane Plus 2009 Número 4.
3. Buhimschi C, Buhimschi i, Malinow A, Kopelman J, Weiner C. *The effect of fundal pressure manoeuvre on intrauterine pressure in the second stage of labour*. Br J Obstet Gynecol. 2002; 109: 520-6.
4. Matsuo K, Shiki Y, Yamasaki M, Shimoya K. *Use of uterine fundal pressure maneuver at vaginal delivery and risk of severe perineal laceration*. Arch Gynecol Obstet. 2009 Nov;280(5):781-6. Epub 2009 Mar 5.
5. Dubravko Habek, Mirna Vukovic Bobic, Zlatko Hrgovic. *Possible fetomaternal clinical risk of the kristeller's expression*. Cent. Eur. J. Med. 3(2). 2008. 183-186.
6. SEGO. *Parto vaginal tras cesarea*. Protocolos asistenciales en obstetricia. 2002.
7. SEGO. *Documentos de consenso: Asistencia al parto. Recomendaciones para la atención al parto normal*. Madrid, 2008, modificación y revisión última Noviembre/2010.
8. Drs. Cristián Belmar J., José A. Poblete L., Fernando Abarzúa C., Enrique Oyarzún E. *Rotura uterina en pacientes sin cicatriz uterina*. Rev. chil. obstet. ginecol. v.67 n.3 Santiago 2002.
9. Bocanegra García Gisela y Bocanegra García, Linder. *Factores asociados a los tipos de trauma obstétrico en recién nacidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo del 2004 al 2005*. Rev. Med. Vallejiana vol.4 no.2 Lima 2007.
10. Baños Toscano Lizeth Anahí, Vázquez Contreras Rosendo Enrique, San Germán Trejo, Luz Ma. del Carmen. *Incidencia y factores de riesgo de trauma obstétrico en recién nacidos en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza agosto 2005-mayo 2006*. Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas Volumen 12, Núm. 2 (mayo – agosto 2008).
11. Sánchez Andrés, A; Gómez Tébar, M; Vento Torres, M; Colomer Revuelta, J. *Morbilidad neonatal en el parto instrumentado*. Acta Pediatr Esp;65(8):381-387, sep.2007.
12. G. Reyes Contreras, A. Parodi Carvajal y D.B.Ibarra. *Factores de riesgo en niños con parálisis cerebral infantil en el Centro de Rehabilitación Infantil Teletón, Estado de México*. Rehabilitación (Madr) 2006;40(1):14-9.
13. Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. *The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial*. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2009. Volume 88. 320-4.
14. Jin Hee Kang, Gun Ho Lee, Young Bae Park, Hye Sun Jun, Kyoung Jin Lee, Won Bo Hahn, Sang Won Park, Hee Jin Park, and Dong Hyun Cha. *The Efficacy and Safety of Inflatable Obstetric Belts for Management of the Second Stage of Labor*. J Korean Med Sci. 2009 October; 24(5): 951-955.
15. Jorge Calderón, José Bravo, Roberto Albinagorta, Patricia Rafael, Antonio Laura, Carlos Flores. *Parto vertical: retornando a una costumbre ancestral*. Rev Per Ginecol Obstet. 2008;54:49-57.
16. Ministerio de Sanidad y Política Social. *Guía práctica clínica sobre la atención al parto normal*. 2010. 143-147.
17. Schulz-Lobmeyr I, Zeisler H, Pateisky N, Husslein P, Joura EA. *Fundal pressure during the second stage of labor: A prospective pilot study*. Geburtshilfe und Frauenheilkunde. 1999. Volume 59. Issue 11. Pages 558-561.
18. Api O, Balcin ME, Ugurel V, Api M, Turan C, Unal O. *The effect of uterine fundal pressure on the duration of the second stage of labor: a randomized controlled trial*. Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica. 2009. Volume 88. Issue 3. Pages 320-4.
19. Cox J, Cotzias CS, Siakpere O, Osuagwu FI, Holmes EP, Paterson-Brown S. *Does an inflatable obstetric belt facilitate spontaneous vaginal delivery in nulliparae with epidural analgesia?*. British journal of obstetrics and gynaecology. 1999 Dec. Volume 106 Issue 12. Pages 1280-6.
20. Simpson KR, Knox GE. *Fundal pressure during the second stage of labor*. MCN Am J Matern Child Nurs. 2001 Mar-Apr;26(2):64-70; quiz 71.
21. Heladia J. García, Alejandro Peña. *Incidencia de lesiones asociadas al nacimiento en recién nacidos*. Rev Med IMSS 2004; 42 (1): 25-30.
22. Heladia García, Jorge Rubio-Espiritu, Ma. Teresa Islas-Rodríguez. *Factores de riesgo asociados a traumatismo al nacimiento*. Rev. invest. clin. v.58 n.5 México sep./oct. 2006.
23. Merhi ZO, Awonuga AO. *The role of uterine fundal pressure in the management of the second stage of labor: a reappraisal*. Obstet Gynecol Surv. 2005 Sep;60(9):599-603.
24. Kang JH. *The effect of uterine fundal pressure in the management of the second stage of labor*. Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine. 2008. Vol 21.
25. Trifonov I, Usunov Zh, Kostadinova D. *Abdominal expression of the fetus in the 21st century*. Akush Ginekol (Sofia). 2009;48 Suppl 2:20-3.
26. Altman MR, Lydon-Rochelle MT. *Prolonged second stage of labor and risk of adverse maternal and perinatal outcomes: a systematic review*. Birth. 2006 Dec;33(4):315-22.
27. OMS. *Cuidados en el parto normal: guía práctica*. Ginebra: Departamento de investigación y salud reproductiva. Organización Mundial de la Salud, 1996.
28. Rengel Díaz C. *La maniobra de Kristeller: revisión de las evidencias científicas*. Matronas Profesión. 2011; 12(3): 82-9.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE SOMETIDO A VENTILACIÓN MECÁNICA

- Ana M^a Rivera González de Eiris¹
- Vanesa Romero de la Osa Perdignes¹
- Jesús Manuel González Caro¹
- Delia Cornejo Romero¹

1. Diplomada en Enfermería. UCI Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

Resumen

Los cuidados de Enfermería al paciente sometido a ventilación mecánica deben encaminarse a conseguirle la mayor comodidad física y psíquica y evitarle complicaciones. Estos cuidados son necesarios para conseguir un tratamiento adecuado para recuperar la salud con las mínimas secuelas posibles.

Todo esto supone una estrecha vigilancia y monitorización que dependen en mayor medida del personal de enfermería. El uso y manejo adecuado del paciente y el ventilador son imprescindibles para una ventilación mecánica segura con el único fin de que el paciente recupere en el menor tiempo posible su función respiratoria.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Ventilación mecánica
- ✓ Lavado de manos
- ✓ Posición del paciente
- ✓ Neumotaponamiento
- ✓ Aspiración - limpieza - sujeción
- ✓ Tubuladuras
- ✓ Neumonía asociada a ventilación mecánica. NAVM

Abstract

The nursing care to the patient undergoing mechanical ventilation must aim at achieving greater physical and mental comfort and avoid complications. Such care is necessary to achieve adequate treatment to regain health with the minimum possible sequels.

All this implies a close surveillance and monitoring which more dependent on nursing staff. The use and proper management of the patient and the fan are essential for secure mechanical ventilation for the sole purpose for the patient recover in the shortest time possible their respiratory function.

KEY WORDS:

- ✓ Mechanical ventilation
- ✓ Hand washing
- ✓ Position of the patient
- ✓ Neumotaponamiento
- ✓ Suction - cleaning - fixation
- ✓ Screw compressors
- ✓ Ventilator-associated pneumonia

INTRODUCCIÓN

Los cuidados de enfermería van dirigidos a prevenir los riesgos de la VM y detectar todas las situaciones que puedan concurrir durante el tratamiento.

Tendremos como ayuda las alarmas del ventilador, el análisis de las curvas respiratorias y la monitorización del paciente.

El proceso de atención de enfermería juega un papel imprescindible en los cuidados sobre la ventilación mecánica a la hora de establecer unos objetivos y una priorización de los cuidados que le realizamos a un paciente sometido a ventilación mecánica.

La valoración del paciente es la parte crucial de todo el proceso de atención de enfermería.

La protocolización de los cuidados es muy importante a la hora de establecer un consenso entre las formas de hacer cuidados. Existen numerosas características que hacen al paciente sometido a ventilación mecánica diferente de otros enfermos, entre otras podemos enumerar:

- ✓ El estrés que conlleva cualquier enfermedad grave.
- ✓ Las medidas terapéuticas a las que es sometido.
- ✓ El aislamiento físico.
- ✓ La incapacidad para comunicarse.
- ✓ La falta de movilidad.
- ✓ La complejidad de los aparatos que le rodean.
- ✓ Las luces y ruidos del ambiente.

Y sobre todo la dependencia del equipo sanitario y de una máquina.

La ventilación mecánica es diferente de la ventilación espontánea, el empleo de un ventilador acarrea consecuencias sobre la función respiratoria y sobre la hemodinámica.

Las presiones puestas en juego por la respiración artificial, son distintas de las que se observan en la respiración espontánea. La ventilación artificial o mecánica es una medida de apoyo cuyos principales objetivos son:

- ✓ Mejorar la ventilación alveolar.
- ✓ Garantizar una oxigenación adecuada.
- ✓ Reducir el trabajo respiratorio.

Los sistemas de ventilación mecánica o ventiladores, actúan generando una presión positiva intermitente mediante la cual insuflan aire o una mezcla gaseosa, enriquecida en oxígeno en la vía aérea del paciente.

Las indicaciones para que sea necesaria la utilización de la ventilación artificial, dependen del grado de insuficiencia respiratoria verificado por el resultado de la gasometría.

Cuando existen signos de descenso del esfuerzo respiratorio, taquicardia, cianosis, frecuencia respiratoria anómala, uso de músculos accesorios, hipotensión, hipertensión, ansiedad y agotamiento y al ser combinados cualquiera de estos hallazgos junto a unas determinadas cifras de gasometría arterial, puede indicar la necesidad de iniciar la ventilación artificial.

OBJETIVOS

Los principales objetivos de los cuidados de enfermería en el paciente sometido a ventilación mecánica son:

- ✓ Mejorar la calidad de los cuidados que prestamos.
- ✓ Establecer un plan de cuidados estandarizado para los pacientes sometidos a Ventilación Mecánica (VM).
- ✓ Favorecer la continuidad en los cuidados.
- ✓ Detectar los principales Diagnósticos Enfermeros (DE) en los pacientes
- ✓ Ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.

CUIDADOS GENERALES



- LAVADO DE MANOS ANTES Y DESPUÉS DEL CONTACTO CON EL PACIENTE.
- ESPERAR A QUE SEQUE LA SOLUCIÓN ALCOHÓLICA



- CABECERO ENTRE 30 Y 45°



- COMPROBACIÓN DEL NEUMOTAPONAMIENTO ANTES Y DESPUÉS DEL MANEJO DE LA VÍA AÉREA. (25 - 30 CMS H2O)



- SUJECCIÓN CORRECTA DEL TOT. CAMBIO DE POSICIÓN DEL TUBO EN CADA TURNO



- ASPIRACIÓN DEL TUBO CON GUAITE ESTÉRIL Y MASCARILLA PROTECTORA. NO MÁS DE 10 SEGUNDOS. HIPOXIGENAR ANTES Y DESPUÉS AL 100%.
- CAMBIO DE LA NARIZ SOLO SI HAN TRANSCURRIDO 48 HORAS DE SU COLOCACIÓN O SI HAY RESIDUOS ORGÁNICOS (SANGRE O MOCO).



- CAMBIAR LAS TUBULADURAS SOLO CUANDO SEA NECESARIO. DEBEN COLOCARSE DE MANERA QUE EL TUBO QUEDE LO MÁS PERPENDICULAR AL PACIENTE. CAMBIO DEL FILTRO DEL RESPIRADOR POR TURNOS SI LLEVA SISTEMA DE HUMIDIFICACIÓN.

CUIDADOS ESPECÍFICOS

- ✓ Interpretar las alarmas del respirador y restablecer el funcionamiento del sistema.

- Presión de la vía aérea alta: Observar acodamiento de tubuladuras, desplazamiento del tubo endotraqueal, presencia de secreciones, presencia de bronco espasmo, desadaptación del paciente al respirador.
- Presión de la vía aérea baja: Desconexión del paciente, fuga de aire a través del tubo endotraqueal (nº inferior al necesario) o insuficiente inflado del neumotaponamiento, otras conexiones mal ajustadas:
- Volumen minuto alto: Observar adaptación del paciente a la modalidad elegida, nivel de sedación.
- Volumen minuto bajo: Observar fugas de aire, alto nivel de sedación para la modalidad elegida, disminución del nivel de agua en la cámara de humidificación.



- CLORHEXIDINA PURA AL 0.12% O AL 2% SIN DILUIR. - UTILIZACIÓN DE CEPILLO O SIMILAR.

- Frecuencia respiratoria alta: Disminución del nivel de sedación y desadaptación del respirador, aumento de disnea.
- Frecuencia respiratoria baja y apnea: Disminución del nivel de conciencia y falta de ajuste de la frecuencia respiratoria en la modalidad elegida.
- ✓ **Evitar riesgo de barotrauma.**
 - Vigilar el nivel de presión pico.
 - Vigilar la adaptación del paciente al respirador.
 - Liberar el tubo endotraqueal de secreciones, sangre, vapor de agua.
- ✓ **Evitar riesgo de Hiperventilación o Hipoventilación.**
 - Vigilar el volumen corriente inspirado y espirado.
 - Observar fuga por el tubo endotraqueal, traqueotomía,...
 - Observar fuga por tubos pleurales si neumotórax,...
 - Observar presión del neumotaponamiento.
 - Atrapamiento aéreo, (Relación inspiración/espiración incorrecta).
 - Ocupación de líquido (condensación de vapor) en las tubuladuras.
 - Aumento del espacio muerto a costa de añadir humidificadores, cámara de aerosoles, alargaderas, cambio de unas tubuladuras por otras que no sean del mismo tamaño, sensores de análisis de gases.
- ✓ **Vigilar el volumen minuto.**
 - Si disminuye: Cansancio, somnolencia, volumen corriente escaso, presión de soporte inadecuado.
 - Si aumenta: Mejoría del paciente, taquipnea.
- ✓ **Vigilar frecuencia respiratoria.**
 - Si aumenta: Síndrome de abstinencia, compensación de insuficiencia respiratoria.
 - Si disminuye: Cansancio, sueño, sedación
- ✓ **Evitar hipoxemia.**
 - Evitar desconexiones accidentales del sistema.
 - Realizar cambios de tubuladuras y humidificadores en el menor tiempo posible.
 - Realizar aspiración de secreciones en un máximo de 10 segundos e hiperoxigenando antes al 100%.
 - Utilizar bolsa resucitadora (Ambú®) con reservorio.
- ✓ **Suministrar medicación por vía aérea canalizada.**
 - Asegurar que el paciente reciba la mayor dosis.
 - Liberar de secreciones y de la condensación de vapor de agua el tubo endotraqueal y la rama inspiratoria antes de administrarla.
 - Suministrar en la rama inspiratoria.
 - Utilizar aerocámara para inhaladores.
 - Se colocará en la zona más proximal al paciente retirando el intercambiador de humedad y calor (humidificador tipo nariz) para evitar la fijación de la medicación a la almohadilla. Antes de conectar se impregna la cámara con varios pufs.
- Si se utiliza nebulizadores se aconseja colocar lo más proximal posible a la salida inspiratoria, permite generar partículas más ligeras que impregnan la tubuladura y se convierten en reservorio. El tamaño de la partícula nebulizada depende del flujo que se administra y del volumen de líquido en el que va disuelta la medicación. A mayor flujo y menor líquido menor tamaño de la partícula y por lo tanto mayor posibilidad de transporte por la vía aérea.
- Administrar otras medicaciones disolviéndolas en pequeños volúmenes de suero fisiológico a través de jeringa.
- ✓ **Prevenir neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAVVM).**
 - Evitar la desconexión del paciente y el sistema.
 - Realizar aspiraciones utilizando técnica estéril: lavado de manos, sonda y guantes estériles. Se debe evitar el lavado rutinario con suero fisiológico.
 - Utilizar bata si se prevé contaminación con secreciones o cambiar de ropa si ha habido contaminación.
 - Cambiar tubuladuras siempre que contengan restos biológicos.
 - Comprobar neumotaponamiento, aspirar contenido subglótico y realizar higiene de la cavidad bucal.
 - Utilizar agua estéril para rellenar cámara de humidificación, si es posible, evitar la condensación (control de la temperatura de humidificación) y vaciar las tubuladuras.
 - Lavar las cámaras de nebulización después de ser utilizadas con agua estéril y secado a través de aire.
- ✓ **Disminuir el riesgo de micro aspiraciones.**
 - Evitar plenitud gástrica (colocar sonda gástrica y comprobar su permeabilidad).
 - Mantener la cama entre 30°-45°, los cambios posturales laterales no se ha objetivado como factor de riesgo, aumenta el riesgo en decúbito prono.
 - Disminuir contaminación de los preparados alimenticios utilizando una higiene estricta o utilizar los preparados comerciales.
 - Realizar lavado de manos por parte del personal para evitar contaminación cruzada entre pacientes.
 - Favorecer la tos y la eliminación de secreciones en modalidades asistidas o espontáneas.
- ✓ **Prevenir extubación accidental.**
 - Señalar y registrar la distancia a la que el tubo está correctamente colocado.
 - Fijar a la nariz o a la boca según el protocolo de cada unidad.
 - Fijar las tubuladuras con sistema articulado o por medio de cinta de tela adhesiva a la cama del paciente.
 - Fijar el respirador y la cama con los topes de seguridad.

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA.
NANDA. NIC. NOC**

Diagnósticos NANDA que puedan darse:

- 32: Patrón respiratorio ineficaz
- 24: Perfusión tisular inefectiva
- 30: Deterioro del intercambio gaseoso
- 85: Deterioro de la movilidad física
- 31: Limpieza inefectiva de las vías aéreas
- 34: Respuesta disfuncional al destete del ventilador
- 33: Deterioro de la respiración espontánea
- 91: Deterioro de la movilidad en la cama

**LAS INTERVENCIONES CON EL SISTEMA DE
CLASIFICACIÓN NIC:**

- 3390 APOYO A LA VENTILACIÓN
- 3160 ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS
- 1872 CUIDADOS DEL DRENAJE TORÁCICO
- 4106 CUIDADOS DEL EMBOLISMO: PULMONAR
- 3270 DESINTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL
- 3310 DESTETE DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA
- 3230 FISIOTERAPIA RESPIRATORIA
- 3120 INTUBACIÓN Y ESTABILIZACIÓN VÍAS AÉREAS
- 1913 MANEJO DE ÁCIDO-BASE: ACIDOSIS RESPIRATORIA
- 1914 MANEJO DE ÁCIDO-BASE: ALCALOSIS RESPIRATORIA
- 6412 MANEJO DE LA ANAFILAXIA
- 3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS
- 3180 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES
- 3250 MEJORANDO LA TOS
- 3350 MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA
- 3320 OXIGENOTERAPIA
- 3200 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN
- 3300 VENTILACIÓN MECÁNICA
- 2210 ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS
- 2311 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INHALACIÓN
- 2380 MANEJO DE LA MEDICACIÓN
- 2390 PRESCRIBIR MEDICACIÓN
- 2302 ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTERPLEURAL

LOS OBJETIVOS CON EL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN NOC :

- 0402: Estado respiratorio: Intercambio gaseoso: Intercambio alveolar de CO₂ y O₂ para mantener las concentraciones de gases arteriales/capilares.
- 0403: Estado respiratorio: Ventilación: Movimiento de entrada y salida del aire en los pulmones.
- 0410: Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias: Grado en que las vías traqueobronquiales permanecen permeables.
- 0408: Perfusión tisular: Pulmonar: Medida en la que la sangre fluye a través de la vasculatura pulmonar con una presión y volumen adecuados, perfundiendo la unidad alveolar.
- 0405: Perfusión tisular: Cardíaca: Magnitud a la que la sangre fluye a través de la vasculatura coronaria y mantiene la función cardíaca.
- 0400: Efectividad de la bomba cardíaca: Cantidad de sangre expulsada del ventrículo izquierdo por minuto para mantener la presión de perfusión sistémica.
- 0401: Estado cardiocirculatorio: Grado al que fluye la sangre sin obstrucción, unidireccionalmente y con una presión apropiada a través de los grandes vasos de los circuitos sistémico y pulmonar.
- 0600: Equilibrio electrolítico y ácido-básico: Equilibrio de electrolitos y no electrolitos en los compartimentos intra y extracelular.
- 0802: Estado de los signos vitales: Temperatura, pulso, respiración y presión arterial dentro del rango esperado para el individuo.
- 1402: Control de ansiedad: Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificada.
- 1918: Control de la aspiración: Acciones personales para prevenir el paso de partículas líquidas o sólidas hacia los pulmones.
- 0206: Movimiento articular activo: Rango de movilidad de las articulaciones con un movimiento auto iniciado.
- 0208: Nivel de movilidad: Capacidad para moverse con resolución.
- 0210: Realización del traslado: Capacidad para cambiar la localización corporal.
- 0204: Consecuencias de la inmovilidad: Fisiológicas: Grado de compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.
- 0209: Función muscular: Idoneidad de la contracción muscular según el movimiento.
- 0203: Posición corporal inicial: Capacidad para cambiar de posición corporal.

Cuidados de enfermería al paciente sometido a ventilación mecánica

- Medir la presión y ajustar el neumotaponamiento.
- Conocer el número de tubo o traqueotomía utilizado.
- Cambiar la fijación cuando presente reblandecimiento de la tela adhesiva.

✓ Prevenir úlcera por decúbito.

- Realizar cambios de la posición del tubo respecto a los labios alternando derecha-centro-izquierda en cada turno.
- Almohadillar con apósito especial el espacio entre el tubo y la comisura labial.
- Cambiar la almohadilla cuando deje de ser eficaz.

RESULTADOS

La ventilación mecánica en una unidad de cuidados intensivos supone la implementación de una serie de medidas en la labor diaria de un/a enfermera. Está claro a través de estudios realizados en el Hospital Virgen del Rocío y comparados con estudios en otros hospitales nacionales que el cumplimiento exhaustivo de dichas medidas en la ventilación mecánica mejora espectacularmente los días de estancia de un paciente en el servicio.

El mantener al paciente en posición semisentada para disminuir la posibilidad de que se produzca entrada de secreciones procedentes del tracto digestivo a la vía respiratoria, es una de las formas más simples de prevención de NAVM.

Considerando que el desarrollo de NAVM requiere la presencia de patógenos que accedan al tracto respiratorio inferior cuyas fuentes primarias son el tracto respiratorio superior y el tubo digestivo, la prevención de la colonización de estos sitios representa un blanco potencial para su prevención.

La zona del neumotaponamiento es un lecho donde frecuentemente se produce acumulación de secreciones permitiendo el desarrollo de microorganismos; se ha señalado que los momentos en que baja la presión del mismo constituirían eventos que facilitan la colonización de la vía aérea inferior.

La aspiración sub-glótica es una técnica que se ha planteado como efectiva en disminuir la NAVM. El raciocinio de este planteamiento es que las secreciones acumuladas sobre el neumotaponamiento permiten la proliferación de las bacterias que posteriormente pasan a la vía respiratoria inferior para ocasionar la NAVM.

El beneficio de la higiene de manos, se pone en evidencia en las guías y revisiones bibliográficas, recomendando su implementación.

CONCLUSIÓN

La preparación y capacitación actualizada del personal de enfermería en los cuidados al paciente con ventilación mecánica, constituye la piedra angular en las unidades de cuidados intensivos.

La implementación de estas medidas, requiere de un proceso de cambio en el trabajo habitual, con incorporación motivada de todos los integrantes del equipo de salud.

Una correcta formación y divulgación de los cuidados repercute de manera directa en el paciente con ventilación mecánica.

El hecho de que el equipo de enfermería sepa reconocer, abordar y solucionar en la mayoría de las ocasiones con éxito un problema derivado del uso de la ventilación mecánica, supone un allanamiento del camino que el paciente con vía aérea artificial tiene que recorrer dentro de su proceso de enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

Proyecto Neumonía Zero.

Gallardo Murillo, JM. Cuidados del paciente en ventilación mecánica. Ed. MASSON.

Protocolo de destete de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen del Rocío. Unidad de Medicina Interna. Dra. Goñi Belzunegui; M^a Victoria, Dr. Maestre Romero; Antonio.

Morano Torrecusa, MJ; Fernández Vázquez, M; Contreras Pereira, I; Cumbreira Díaz, EM; Camero Evangelista, M; García Navarro, S. Plan de cuidados: Paciente en Ventilación Mecánica Invasiva y Destete. Biblioteca Las casas, 2007; 3(2). Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0247.php>

Herrera Carranza M. Iniciación a la ventilación Mecánica Puntos Clave. Barcelona: Edikamed; 1997.

Cuidados del paciente con ventilación mecánica. Ibarra Fernández; Antonio José. ISSN: 1885-7124

LEY DE DEPENDENCIA Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

DEPENDENCE LAW AND NURSEY ASSESSMENT IN PRIMARY CARES

■ M^a Dolores García Torres

Diplomada en Enfermería. Centro de Salud Cisneo Alto- Las Naciones.
Distrito Sanitario A.P. Sevilla.

Resumen

Según "El Libro Blanco de la Dependencia" elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el Consenso de Europa la define como un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal.

Grados de dependencia: grado I o dependencia moderada, grado II o dependencia severa, grado III o gran dependencia.

Es la Enfermera la experta con reconocimiento legal, académico y formal para la valoración, planificación, organización, ejecución y evaluación de los cuidados de salud ante las necesidades básicas del ser humano.

Se utiliza una hoja de valoración por patrones funcionales de salud y apoyada en sus distintos aspectos por cuestionarios, test e índices.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Dependencia,
- ✓ Valoración,
- ✓ Etiquetas diagnósticas NANDA,
- ✓ Actividades básicas de la vida diaria.

Abstract

According to "El Libro Blanco de la Dependencia" elaborated by the Ministry of Work and Social Affairs; The Consensus of Europe defines it as a state in which some people are found due to a lack or loss of physical, psychic or intellectual autonomy and because of this they have the need to be assisted and/or helped in order to perform the normal acts of daily life and; in a particular way, those referred to personal care.

Grades of dependence: Grade I or moderate dependence, Grade II or severe dependence, Grade III or Great dependence.

The nurse (in general) is the expert person with legal, academic and formal recognition for the valuation, planification, organization, execution and assesment of the health care for the basic needs of the human being.

We use a valuation sheet by functional patterns of health supported on its different aspects by means of questionnaires, tests and indexes.

KEY WORDS:

- ✓ Dependence,
- ✓ Valuation,
- ✓ NANDA diagnostic labels,
- ✓ Normal acts of daily life.

INTRODUCCIÓN

En Enero de 2007 inicia la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia y a las familias de España, más conocida como "Ley de Dependencia". Es una ley española que sienta las bases para construir el futuro Sistema Nacional de Atención a la Dependencia, que financiará los servicios que necesitan las personas dependientes.

Según el Libro Blanco de la *Dependencia* elaborado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el Consejo de Europa la define como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana", o, más concretamente, como "un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal".

Esta demanda de cuidados para personas dependientes se ha venido incrementando de forma notable en los últimos años y va a seguir aumentando a un fuerte ritmo durante las próximas décadas, como consecuencia de la combinación de factores de carácter demográfico, médico y social, entre los que podemos citar el envejecimiento de la población, las mayores tasas de supervivencia de las personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves, y la creciente incidencia de los accidentes laborales y de tráfico; Por consiguiente, la dependencia es un fenómeno presente en todos los grupos de edad, no siendo exclusivo de las personas mayores.¹

TIPOS DE DEPENDENCIA

Dependencia económica: tiene lugar cuando una persona pasa de ser un miembro "activo" económica y laboralmente, a formar parte de la población "inactiva", "pasiva" o "dependiente".

Dependencia física: pérdida de control de sus funciones corporales y de su interacción con los elementos físicos del ambiente.

Dependencia social: asociada a la pérdida de personas y relaciones significativas para el individuo.

Dependencia mental o cognitiva: cuando el individuo pierde su capacidad para resolver sus problemas y tomar decisiones propias.²

GRADOS DE DEPENDENCIA

Grado I o dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una al día.

Grado II o dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no requiere la presencia permanente de un cuidador.

Grado III o gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía mental o física, necesita la presencia indispensable y continua de otra persona.^{2,3}



Anciano en un Centro de Día



Cuidadora de ayuda a domicilio presta ayuda a un anciano

BENEFICIARIOS

Para ser considerado beneficiario de los derechos que otorga esta ley será necesario ser español, residir en territorio nacional y ser declarado "dependiente" por el órgano evaluador de la Comunidad Autónoma correspondiente. Las personas que cumplan estos requisitos podrán recibir:

Directamente una serie de servicios prestados a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas, mediante centros y servicios públicos o privados concertados.

De no ser posible la atención mediante un servicio, se podrá recibir una prestación económica, de carácter periódico. Deberá estar vinculada a la adquisición de un servicio que se determine adecuado para las necesidades de la persona beneficiaria.

Con carácter excepcional, se podrá recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, como pueden ser los familiares de la persona dependiente.

El catálogo de servicios incluye:

Servicios de Prevención de las situaciones de dependencia.

Servicio de Teleasistencia.

Servicio de Ayuda a Domicilio, entre lo que se incluye atención de las necesidades del hogar y cuidados personales.

Servicio de Centro de Día y Noche, que pueden ser:

Centro de Día para mayores.

Centro de Día para menores de 65 años.

Centro de Día de atención especializada.

Centro de Noche.

Servicio de Atención Residencial, que comprende:

Residencias de personas mayores en situación de dependencia.

Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.^{2,3,4}

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA PARA LA DEPENDENCIA.

La atención a las necesidades en situación de dependencia, es el principal motivo por el que se desarrolla la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Esta finalidad fundamenta gran parte de la ciencia Enfermera.

Es la Enfermera la experta con reconocimiento legal, académico y formal para la valoración, planificación, organización, ejecución y evaluación de los cuidados de salud ante las necesidades básicas del ser humano.

En el momento que llega una solicitud de dependencia al Centro de Salud debemos entrar en historia digital del paciente en cuestión y ver si está valorado; Si no lo estuviera habría que valorarlo.

La valoración se realiza mediante una entrevista con el interesado, o con un familiar (o cuidador) en caso de encontrarse éste gravemente discapacitado.

Se utiliza una hoja de valoración por patrones funcionales de salud y apoyada en sus distintos aspectos por cuestionarios, test e índices.⁵

1. Patrón Percepción / Control de la salud.

Obtendremos información de cómo percibe el paciente/cuidador su salud. A la hora de registrarlo utilizaremos frases como "dice encontrarse", "se encuentra" o "refiere".... bien, mal, regular, decaído, apático, asténico, preocupado, inquieto. Observaremos su aspecto general (mal estado general, comatoso, buen aspecto); Y si presenta parálisis, hemiplejía, hemiparesia.

Pediremos informes médicos para confirmar enfermedades que padece. Si no tenemos constancia médica registraremos "refiere padecer...." Preguntaremos por medicación que está tomando: ADO, digitálicos, diuréticos, antihipertensivos, anti-epilépticos, antidepresivos, etc.; Si es responsable o no de su toma o si es administrada por un familiar/cuidador.

ÍNDICE DE BARTHEL

Actividades básicas de la vida diaria

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
00	Independiente

Fig. 1. Índice de Barthel

• TEST DE PFEIFFER

- ¿Qué día es hoy? -día, mes, año-
- ¿Qué día de la semana es hoy?
- ¿Dónde estamos ahora?
- ¿Cuál es su nº de teléfono?
- ¿Cuál es su dirección? – preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-
- ¿Cuántos años tiene?
- ¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-
- ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
- ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
- ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
- Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.

• INTERPRETACIÓN

La existencia de 3 o más errores existe la sospecha de deterioro cognitivo.

A partir de 4 se confirma la existencia de deterioro cognitivo, y un valor superior a 7 manifiesta una severidad en el problema.

Fig. 2. Test de Pfeiffer

Registraremos si está vacunado o no de la gripe, tétanos; Si tiene alergias, hábitos tóxicos: tabaco, alcohol, drogas. Observaremos si la vivienda está adecuada a las necesidades del paciente: ascensor, baño. Por último preguntaremos si dispone de material ortoprotésico y si tiene antecedentes de caídas. Con esta información ya podremos enunciar etiquetas diagnósticas como:

- 00035 Riesgo de lesión.*
- 00072 Manejo inefectivo del régimen terapéutico.*
- 00099 Mantenimiento inefectivo de la salud.*

2. Patrón Nutricional Metabólico.

I Alimentación: Refiere, o según la familia la dieta es variada, equilibrada, blanda, triturada, hiposódica, rica o pobre en proteínas, grasas, hidratos de carbono; Líquidos que toma al día. Preguntaremos si tiene apetito, náuseas, vómitos, problemas de deglución, disfagia a líquidos, sólidos; Si tiene prótesis dental total o parcial; Si tiene sonda nasogástrica anotaremos si es de látex, silicona, fecha de cambio, mantenimiento por parte de la familia. Otro dato importante sería el índice de masa corporal, peso y talla aproximados.

II Piel: Observaremos si está íntegra, hidratada, reseca, agrietada; Si tiene una higiene adecuada o deficiente; En caso de tener lesiones registraremos localización, estadio y tratamiento.

En este patrón podremos aplicar el Test de Mini-Nutricional Assesment "MNA" para evaluar el estado nutricional; Y la Escala de Norton o Braden para determinar el riesgo de úlceras por presión.

Etiquetas diagnósticas que podremos enunciar:

- 00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos.*
- 00001 Desequilibrio nutricional por exceso.*
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.*

3. Patrón Eliminación.

- I Urinaria: Normal, incontinencia, dolor, goteo, uso de absorbentes y tipo.
 - II Sonda: En caso de usarla registrar si es de látex, silicona, mantenimiento y fecha de cambio.
 - III Fecal: Hábito intestinal diario, cada 48 horas, diarreas, estreñimiento, hemorroides, uso de laxantes.
- Aplicaremos el Test de valoración de Incontinencia urinaria. Etiquetas diagnósticas relacionadas con la eliminación:
- 00011 Estreñimiento.*
 - 00013 Diarrea.*
 - 00016 Deterioro de la eliminación urinaria.*

4. Patrón Actividad / Ejercicio.

- I Actividad: Es muy importante saber si el paciente es autónomo o no para las actividades básicas de la vida diaria. Éstas son las relacionadas con el cuidado personal de uno mismo (vestirse, arreglo personal, comer, control de esfínteres, uso del servicio) y con el funcionamiento físico (andar, movilidad en el interior del domicilio) y mental básico, que se ejecutan de forma cotidiana y cuya realización es imprescindible para que la persona viva de forma autónoma y aceptada en su entorno. Aplicaríamos el Índice de Barthel.(Fig 1)
- Preguntar también por actividades instrumentales de la vida diaria que son actividades más complejas que las anteriores, son importantes para mantener un funcionamiento normal en la vida para las que se requiere un nivel de autonomía personal mayor, pero no son básicas para el cuidado personal. Estas actividades incluyen telefonar, realizar tareas domésticas (limpiar, cocinar, lavar la ropa...), manejar dinero, transporte. Aplicaríamos la Escala de Lawton y Brody.
- II Respiratorio: Disnea a pequeños, mediano o grandes esfuerzos, secreciones fluidas, espesas, abundantes, precisa aspiración. Habría que tomar la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.

Etiquetas diagnósticas:

- 00031 Limpieza ineficaz de vías respiratorias.*
- 00032 Patrón respiratorio ineficaz.*
- 00085 Deterioro de la movilidad física.*

5. Patrón Sueño / Descanso.

El paciente nos dirá si duerme bien o no, precisa medicación (inductores del sueño, hipnóticos); Si tiene insomnio de conciliación, desvelo limitado o prolongado, apnea, roncadur, sueño no reparador; Y si tiene higiene del sueño no adecuado (lucos, horario, ruidos, etc.)

Etiquetas diagnósticas:

- 00095 Deterioro del patrón del sueño.*

6. Patrón Cognitivo / Perceptual.

Obtendremos información sobre el estado en que se encuentra el paciente: alerta, comatoso, obnubilado, inconsciente, actividad intelectual buena o pobre; Deterioro, retraso o déficit cognitivo; Memoria conservada, lagunas, orientación temporo-espacial correcta, pérdidas en la casa o en el barrio, demencia senil, Alzheimer; Estado emocional (labilidad, violento).

- I Sensoriales: Déficit auditivo, uso o no de audifono, déficit visual, corregido con lentes, intervenido de cataratas.

Registrar si tiene dolor, si éste es severo, intermitente, continuo, crónico, invalidante, le impide descansar, localizado en... que cede o no con analgesia, pautaada o a demanda.

En este patrón nos ayudamos con el Test de Pfeiffer (Fig. 2).

Etiquetas diagnósticas:

00131 Deterioro de la memoria.

00132 Dolor agudo.

00133 Dolor crónico.

7. Patrón Autopercepción / Autoconcepto.

Observaremos el estado de ánimo: bueno, alegre, triste, decaído, preocupado, desesperanzado, abatido.

Si hubiera duelo nos informaremos si está en proceso, asumido, no asumido, patológico.

Si hay sospecha de depresión o ansiedad haríamos el Test de Goldberg o el de Yesavage. No haríamos diagnósticos médicos salvo que haya constancia de ello por escrito.

Etiquetas diagnósticas:

00120 Baja autoestima situacional.

00146 Ansiedad.

00148 Temor.

8. Patrón Relaciones / Rol.

Preguntaremos con quién vive, con quién se relaciona (con vecinos, amigos, etc.) y si es diariamente, de forma aislada, regularmente; Si se siente sólo, si está falto de habilidades sociales; Y si la familia está en crisis por pérdida, roles confundidos.

En este patrón podríamos hacer un genograma u árbol familiar. Se trata de una representación gráfica de la familia a lo largo del tiempo, por lo menos tres generaciones.

Al cuidador del paciente la haríamos el cuestionario de Zarit, entrevista sobre la carga del cuidador.

Etiquetas diagnósticas NANDA:

00054 Riesgo de soledad.

00052 Deterioro de la interacción social

00061 Cansancio en el desempeño del rol de cuidador.

9. Patrón Sexualidad.

Registraremos información sobre relaciones sexuales satisfactorias, no satisfactorias, coitales, no coitales por miedo, desconocimiento, dudas o mitos.

Si tiene la menopausia preguntar por síntomas, revisiones ginecológicas; Y si tiene impotencia, histerectomías, etc.

Etiquetas diagnósticas:

00059 Disfunción sexual.

10. Patrón Adaptación /Tolerancia al estrés.

Preguntar si asume o no su proceso: No sale a la calle por no tener asumida su minusvalía, no quiere usar bastón.

También si toma decisiones sólo o necesita ayuda de alguien (familiar, cuidador...)

Etiquetas diagnósticas NANDA:

00070 Deterioro de la adaptación.

00074 Afrontamiento familiar comprometido.

00149 Síndrome de estrés de traslado.

11. Patrón Valores y Creencias.

Registraremos si es creyente, practicante, devoto y si encuentra mucha ayuda en la religión.

Etiquetas diagnósticas NANDA:

00066 Sufrimiento espiritual.

00067 Riesgo de sufrimiento espiritual.

Una vez hayamos recopilado y registrado toda esta información la introduciremos en la historia del paciente (en Diraya). Podremos decir que el paciente está valorado. Es entonces cuando rellenaremos el Impreso de la Dependencia, en el cual rellenaremos todos los campos:

- Diagnóstico Médico y código (CIE9 ó 10): Lo rellenaremos con ayuda del médico.

- Diagnóstico Enfermero y código NANDA: Después de haber valorado al paciente tendremos estos diagnósticos.

- Barthel.

- Pfeiffer.

Situación clínica actual en que se encuentra la persona:

Brote agudo.

Estable.

Inestable.

Tratamientos que sigue actualmente:

Persona polimedicada.

Rehabilitación física.

Rehabilitación psíquica en centros o domicilio.

Dispositivos técnicos de alimentación.

Dispositivos técnicos de eliminación.

Si la persona dispone de:

Ayudas técnicas.

Órtesis.

Prótesis externa.

- En el caso de niños entre 0 y 6 meses habría que indicar el peso al nacimiento en gramos.

Por último, el informe será firmado por la Enfermera que lo emite, señalará el Centro de Atención Primaria al que pertenece, población y provincia. También habría que añadir el CNP del profesional firmante.

Es entonces cuando registraremos en Historia Digital " Dependencia".El paciente estará valorado y con la Dependencia solicitada.^{6,7,8}

CONCLUSIONES

El año 2007 se estrenó con la aprobación y publicación de la ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, con sus carencias y sus limitaciones, pero también cargada de posibilidades. Para las personas dependientes trae derechos que se transforman en servicios sociales; que han existido siempre, pero ahora con una mejor adaptación de éstos a las necesidades de las personas, más intensidad en la prestación de los servicios y horarios más flexibles. Para los profesionales de Enfermería trae oportunidades, pues abre camino por lo que se puede circular para un mejor y mayor desarrollo de las competencias propias y específicas de la profesión.

BIBLIOGRAFIA. Artículo en Internet:

Libro Blanco de la Dependencia. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría del Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacitados. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. 2004 Disponible en: <http://www.insersomayores.csic.es/documentacion/Libro-blanco-dependencia.htm>

Ley de Dependencia. 2004 Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Ley_de_dependencia

Abellán García, A.e.a. ; "Evolución y Estructura de la población en situación de dependencia"; Cuadernos de Relaciones Laborales, Vol. 29, núm.1 (2011) Disponible en: <http://revistas.vcm.es/index.php/CRLA/article/view/36185/35051>

Ley de dependencia: Definiciones 2005 Disponible en: http://www.infoelder.com/ley-dependencia-definiciones_1.html

Cuidados de Enfermería. Enfermeras Teóricas. Virginia Henderson. José Ravel Dueñas Fuentes 2001 Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/teorias2.htm>

Actualización en enfermería. Necesidades básicas. Disponible en: www.es-emotion.com/enfermeria-actual/.../necesidadesbasicas.htm

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Manual de Valoración de Patrones Funcionales. José Luis Álvarez Suárez. Fernanda del Castillo Arévalo 2010 Disponible en: <http://www.poaonline.org/UserFile/Ayuda%20en%20consulta/MANUAL%20VALORACION%20NOV%202010.pdf>

Tipología de los patrones funcionales de salud. Disponible en: <http://www.atencionprimariasalud.es/attachments/Valoracion%20por%20patrones%20funcionales.pdf>

LA DIVERSIDAD CULTURAL. UNA REALIDAD EN LAS UNIDADES DE ALTO RIESGO

CULTURAL DIVERSITY. A REALITY IN THE HIGH RISK UNITS

■ **M^a del Carmen Alvarez Baza**

DUE del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón (Asturias).

Resumen

OBJETIVO: Conocer que pensaban y sobre todo cómo actuaban los profesionales sanitarios, de una unidad de alto riesgo, ante una población cada vez más diversa que acude solicitando asistencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: La población estudiada fueron el personal médico y de enfermería, que trabajaba en la unidad analizada. Se utilizó como instrumento un cuestionario.

RESULTADOS: 1. La actitud profesional hacia la diversidad cultural, es bastante positiva. 2. Los profesionales sanitarios analizados son conscientes de sus limitaciones y actitudes, pero desean ser competentes culturalmente. Reflejan con menor intensidad las emociones negativas tradicionales que las positivas. 3. Se detectaron relaciones significativas entre algunas variables socio-laborales de los profesionales y ciertas emociones que les provocan la población proveniente de diferentes culturas, así como entre estas y la competencia cultural profesional.

CONCLUSIONES: Sería necesario el aumento de recursos materiales y humanos, programas de formación específica para el personal sanitario y campañas de sensibilización, que permitan cambiar actitudes y mejorar la calidad asistencial en estas unidades de alto riesgo.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Actitudes.
- ✓ Competencia cultural.
- ✓ Emociones.
- ✓ Diversidad cultural.
- ✓ Unidad de alto riesgo

Abstract

AIM: To find out what healthcare professionals from a high risk unit thought and, moreover, how they acted faced by an ever more diverse population which requires assistance.

MATERIAL AND METHODS: The population group studied was the medical and nursing staff working in the unit being analysed. The instrument used was a questionnaire.

RESULTS: 1. The professional attitude towards cultural diversity is quite positive. 2. The healthcare professionals analysed are aware of their limitations and attitudes, but they wish to be culturally competent. They show traditional negative emotions less strongly than positive ones.

3. Significant connexions were detected between some socio-laboral variants among the professionals and certain emotions they showed towards the population from different cultures as well as between these emotions and their professional cultural competence.

CONCLUSIONS: An increase in material and human resources, specific training programmes for healthcare staff and awareness campaigns which would lead to a change in attitudes and an improvement in the quality of assistance in these high risk units are all necessary.

KEY WORDS:

- ✓ Attitude.
- ✓ Cultural competence.
- ✓ Emotions.
- ✓ Cultural diversity .
- ✓ High risk unit

- Ha sido galardonado con un Accesit en el V Certámen Nacional de Investigación "José López Barnao" (2011)

- Se presentó como comunicación oral en el XXIV Congreso Nacional de la SEEUE y la 2ª Reunión de la Alianza Mundial de Enfermería de Urgencias (WAEN) (2012)

INTRODUCCIÓN

Hasta bien entrada la década de los noventa, los extranjeros que querían residir en diferentes localidades españolas muy mayoritariamente procedían de la Unión Europea y de diferentes naciones del primer mundo, con la motivación en la mayoría de los casos de disfrutar del clima y del tiempo en las costas españolas, una vez que habían dejado de estar en activo en los sistemas productivos de las naciones de donde eran originarios. En lo que va del presente siglo, es cuando aparece una población proveniente de todas las partes del mundo, que vienen a trabajar. Población joven, activa laboralmente y con tasas relativamente importantes de fecundidad, más altas que las de la población española (1,4).

Según datos de la Secretaría de Estado de Inmigración y Emigración, en solo ocho años (2000-2008), nuestro país ha pasado de 800.000 a 4 millones de extranjeros con certificado de residencia en vigor y se calcula que un millón más reside de forma ilegal. Mientras en algunas comunidades esta población supone más de un 10% del total de la población (Balears, Madrid, Comunidad Valenciana, Murcia, Cataluña, Canarias, Rioja), en otras no se alcanza mucho más del 3% (Castilla y León, Cantabria, P. Vasco, Asturias, Galicia, Extremadura). Por grupos de orígenes destaca la población de iberoamericanos y por colonias la más importante es la de Marruecos, seguida de la de Ecuador. En la comunidad donde se ha realizado este estudio, según los datos del INE (del padrón a 1 de enero de 2011), la población alcanza 49.149 extranjeros y destaca la presencia de rumanos (7.789), ecuatorianos (3.621) y portugueses (3.508), (5-6).

Estamos pues asistiendo a un incremento en la heterogeneidad cultural y religiosa que unido al desconocimiento cultural y a los mensajes e imágenes, a menudo estereotipados y negativos, no hacen más que fomentar actitudes de rechazo y discriminación hacia los extranjeros en nuestra sociedad. Valores como la solidaridad, la libertad, la igualdad, la fraternidad y la justicia, han dejado paso a partir de los 80 al individualismo, al éxito y a la eficiencia. Estos valores que se traducen en una serie de actitudes, conductas y acciones, pueden entrar en conflicto con los entorno, con los de otros colectivos y con las propias organizaciones (7-10).

Los profesionales sanitarios de las unidades de alto riesgo, donde el extranjero acude sin pasar previamente por Atención Primaria, no están exentos, al igual que la población en general, de generar actitudes y conductas hacia la población provenientes de diferentes culturas, usuarios de los servicios de salud. Pero es importante que sean capaces de identificar y analizar sus actitudes ante esta población, haciendo conscientes sus concepciones culturales, sentimientos, juicios, creencias y puedan reconocer en que medida inciden en su trabajo. Tan solo mediante la identificación del lugar en el que se encuentran dentro del espectro cultural, puede situarse en perspectiva para entender al otro (11-15).

Para afrontar la incertidumbre y complejidad de las diferentes situaciones, los profesionales sanitarios, deben contar con los conocimientos básicos y los instrumentos precisos, que garanticen la calidad de los cuidados que proporcionan (13, 16-18). Teniendo en cuenta que la diversidad cultural es hoy una realidad en las unidades de alto riesgo, es necesario conocer lo que

piensan y como actúan los profesionales sanitarios, que en ellos trabajan, para poder prestar unos cuidados integrales de calidad, modificando si es necesario actitudes.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

La población, marco del estudio, estuvo compuesta por todo el personal médico y de enfermería (DUE/ATS y auxiliares de enfermería) que trabajaba en Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón (Asturias), en el área de adultos y que tenía una antigüedad de al menos seis meses, en su puesto de trabajo.

El instrumento utilizado para la recogida de los datos fue un cuestionario, que estaba estructurado en cuatro partes: La primera constaba de 9 ítems que hacían referencia a las variables socio-demográficas y socio-laborales, de los profesionales sanitarios analizados. En la segunda mediante la "Escala de Actitud ante la diversidad cultural (EAI)", desarrollada y validada por Antonín y Tomás- Sábado (coeficiente alfa de Cronbach de 0.94 y correlación test-retest de 0.90), se medían las actitudes de los profesionales sanitarios ante la diversidad cultural. Con un formato tipo Likert, con cuatro opciones de respuesta (total acuerdo, moderado acuerdo, moderado desacuerdo y total desacuerdo) y un rango de posibles puntuaciones totales de 39 hasta 156, indicando el extremo de la puntuación máxima, una actitud más favorable y el de las puntuaciones mínimas, una actitud más negativa, caracterizada por pensamientos, emociones y conductas típicas de rechazo y de existencia de perjuicios.

También se agruparon las puntuaciones de todos los ítems en cuatro intervalos de puntuación, que pudieran orientar hacia la actitud del encuestado (positivo, moderadamente positivo, moderadamente negativo y negativo) ante la diversidad cultural. La tercera contenía el "Autoexamen de Competencia Cultural (ASKED)", de Campinhc-Bacote, donde el profesional debía realizar un autoexamen sobre sus convicciones, valores y manera de pensar sobre la cuestión étnica y sus actitudes sobre el pluralismo cultural y se replanteaba si era necesario para evitar el etnocentrismo, obtener flexibilidad, curiosidad y deseos de reconocer y explorar los componentes interculturales de sus sentimientos (relativismo cultural) y su actitud ante la contra-transferecia. Se habilitó un espacio para que el encuestado pudiera expresar algún comentario a alguna de las cuestiones del autoexamen. En el cuarto, la "Escala de Emociones", adaptada por Rueda y Navas (1996) constaba de un listado de 16 sentimientos (7 positivos y 9 negativos), en el que los profesionales debían indicar en una escala de 5 puntos (1= nada y 5= mucho), el grado en que la diversidad cultural les causaban cada una de las distintas emociones (admiración, odio, atracción, hostilidad, rabia, miedo, simpatía, incomodidad, asco, lástima, inseguridad, desconfianza, compasión, indiferencia, respeto y agradecimiento) listadas.

Los datos fueron codificados e introducidos en una base de datos y para el tratamiento y análisis de los mismos se utilizó el paquete estadístico SPSS/PC +15.0, realizándose una estadística básica, la prueba de Chi cuadrado y un análisis factorial de componentes principales.

RESULTADOS

La participación profesional fue de un 68% (70% médicos, 76% DUE/ATS y 54% auxiliares de enfermería).

En la *Tabla 1* se exponen las características de la muestra.

Las puntuaciones medias, las desviaciones típicas y los intervalos de confianza obtenidos en la "Escala de Actitud de los profesionales sanitarios hacia la diversidad cultural (EAI)", figuran en la *Tabla 2*.

En lo que respecta a la puntuación agrupada en intervalos de la EAI para el total de la muestra y por categoría profesional, se exponen en la *Tabla 3*.

La opinión de los profesionales sanitarios analizados respecto a la "Competencia Cultural (ASKED)" queda reflejada en la *Tabla 4*; aportando como reflexión que: "En las unidades de

alto riesgo, se vive la peor parte de estos pacientes, pues demandan asistencia en un servicio sobrecargado ya de base". Los resultados obtenidos en la "Escala de Emociones" generadas en los profesionales sanitarios por la población proveniente de diferentes culturas, adaptada por Rueda y Navas (1996), con los valores medios y las desviaciones típicas, se recogen en la *Tabla 5*. Las medias son inferiores a 3, tanto en las emociones negativas como en las positivas, exceptuando respeto (3,66). Los juicios de los profesionales con respecto a la diversidad cultural son bastante moderados, tanto para las emociones positivas como para las negativas.

Se detectaron relaciones significativas entre algunas variables socio-laborales de los profesionales y ciertas emociones, que les provocan la población proveniente de diferentes culturas, así como entre estas y la competencia cultural profesional *Tabla 6*.

Tabla 1. CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS Y SOCIO-LABORALES DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANALIZADOS

		Médicos	DUE/ATS	Aux. Enf.
EDAD	20-34 años	19,2%	28,6%	-
	35-45	34,6%	35,7%	28,6%
	> de 45	46,2%	35,7%	71,4%
SEXO	Hombre	30,8%	7,1%	7,1%
	Mujer	69,2%	92,9%	92,9%
ESTADO CIVIL	Casada/o o convive con pareja	76,9%	67,9%	50%
	Soltera/o	23,1%	32,1%	14,3%
	Viuda/o	-	-	14,3%
	Separada/o	-	-	14,3%
CATEGORIA PROFESIONAL	Médico	38,2%	-	-
	DUE/ATS	-	41,2%	-
	Auxiliar de Enfermería	-	-	20,6%
TIPO DE CONTRATO	Fija/o	53,8%	57,1%	85,7%
	Eventual	11,5%	35,7%	14,3%
	Interino	34,6%	7,1%	-
AÑOS DE EJERCICIO EN LA PROFESIÓN	0-4 años	7,7%	10,7%	7,1%
	5-8	11,5%	17,9%	7,1%
	9-12	19,2%	3,6%	7,1%
	13-16	7,7%	21,4%	14,3%
	> de 16	53,8%	46,4%	64,3%
ANTIGÜEDAD EN LA UNIDAD ANALIZADA	0-1 años	7,7%	14,3%	21,4%
	2-6	26,9%	53,6%	35,7%
	7-11	7,7%	7,1%	7,1%
	> de 11	57,7%	25%	35,7%

Tabla 2. PUNTUACIONES MEDIAS, EN LA ESCALA DE ACTITUDES HACIA LA DIVERSIDAD CULTURAL (EAI), DE LOS TRES GRUPOS DE PROFESIONALES SANITARIOS ANALIZADOS Y DEL TOTAL

	N	Media	Desvia. T.	Intérv. d. confianza	
				Lim. Sup. (156)	Lim. Infer. (39)
Médicos	26	119,12	16,051	147	77
DUE/ATS	28	101,61	21,123	138	64
Auxiliares de Enfermería	14	98,93	21,720	126	48
TOTAL	68	107,75	21,204	147	48

Tabla 3. PUNTUACIÓN AGRUPADA EN INTERVALOS DE LA ESCALA DE ACTITUDES (EAI), PARA EL TOTAL DE LA MUESTRA Y POR CATEGORÍAS PROFESIONALES

	TOTAL		MÉDICOS		DUE/ATS		AUX. ENF.	
	Fr. abs	%	Fr. abs	%	Fr. abs	%	Fr. abs.	%
Actitud positiva	21	31,15	10	40,12	7	24,20	4	26,37
Actitud moderadamente positiva	21	30,62	9	33,26	8	30,67	4	25,83
Actitud moderadamente negativa	15	22,59	5	18,54	8	27,95	2	22,89
Actitud negativa	11	15,64	2	8,08	5	17,18	4	24,91
TOTAL	68	100	26	100	28	100	14	100

Tabla 4. COMPETENCIA CULTURAL (ASKED) EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANALIZADOS

	MÉDICOS	DUE/ATS	AUX. ENFERM.	TOTAL
Consciente de tus prejuicios hacia otros grupos culturales, en los servicios sanitarios.....	50%	71,4%	57,1%	60,3%
Saber realizar una valoración cultural del paciente extranjero....	7,7%	35,7%	35,7%	25%
Conocer las diferencias de los diferentes grupos culturales.....	46,2%	35,7%	42,9%	41,2%
Procurar que el diálogo con el paciente, de otros grupos culturales, sea eficiente.....	96,2%	92,9%	100%	95,6%
Querer realmente ser competente culturalmente	96,2%	78,6%	92,9%	88,2%

Tabla 5. PUNTUACIONES MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS OBTENIDAS EN LA ESCALA DE EMOCIONES

EMOCIONES	TOTAL	MÉDICOS	DUE/ATS	AUX. ENFER,
*Admiración	2,51 ±1,15	2,65±1,12	2,25± 1,14	2,79± 1,18
Odio	1,28± 0,70	1,31± 0,73	1,39± 0,83	1 ± 0
*Atracción	1,94± 0,92	2± 0,98	1,79± 0,78	2,14± 1,09
Hostilidad	1,57± 0,93	1,31± 0,73	1,68± 0,86	1,86 ±1,29
Rabia	1,41± 0,75	1,23± 0,51	1,50± 0,88	1,57± 0,85
Miedo	2,07± 1,22	1,77± 1,07	2,29± 1,27	2,21± 1,36
*Simpatía	2,53± 1,05	2,85± 1.04	2,32± 0,94	2,36± 1,20
Incomodidad	2,06 ±1.02	1,73± 0,66	2,25 ±1,07	2,29± 1,32
Asco	1,40± 0,91	1,12± 0,43	1,57± 1,06	1,57± 1,15
*Lástima	2,54± 1.32	2,46± 1,27	2,82± 1,30	2,14± 1,40
Inseguridad	2,37± 1,20	2,08± 1,09	2,32± 1,05	3± 1,51
Desconfianza	2.38± 1,19	1,96± 0,82	2,64± 1,19	2,64± 1,59
*Compasión	2,57± 1,21	2,73± 1,18	2,50± 1,26	2,43± 1,22
Indiferencia	2,15± 1,08	2± 0,93	2,25± 1,14	2,21± 1,25
*Respeto	3,66± 1,25	3,62± 1,13	3,64± 1,33	3,79 ±1,36
*Agradecimiento	2,25± 1,08	2,54± 1,06	1,89± 0,87	2,43± 1,34
* Emociones positivas				

Tabla 6. SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
(Total de la muestra)

	VC	A	I	D	IF
CP	6,72* (1)				
TC		15.58* (1)			
PER				11.08* (1)	
VC		11.95* (2)	10.79* (1)		
CC				12.84* (2)	10.01* (1)

(1) P<0,05; (2) P< 0,01; * Valor de Chi cuadrado

CP: Categoría profesional; TC: Tipo de contrato; AE: Años de ejercicio en la profesión; PER: Consciente de los prejuicios hacia otros grupos culturales; VC: Saber realizar una valoración cultural; CC: Querer ser competente culturalmente; A: Admiración; I: Incomodidad; D: Desconfianza; IF: Indiferencia.

Con el objeto de encontrar los factores que definieran la actitud profesional y las emociones hacia la diversidad cultural, en la unidad analizada se realizaron dos análisis factoriales de componentes principales; para ello se introdujeron las 39 variables que componen la "Escala de Actitudes ante la diversidad cultural (EAI)" de Antonin y Tomás Sabado y las 16 variables de que consta la "Escala de Emociones" de Rueda y Nacas (1996). Se extrajeron 6 componentes principales *Anexo 1*, en el caso de las actitudes, que nos dan una representatividad de un 67,73% y en ellos aparecieron saturados significativamente las siguientes variables: F1-[Los extranjeros, en general son poco cuidadosos con su higiene personal (V17). Los extranjeros y los gitanos dificultan el desarrollo del país (V33). En ocasiones, pueden justificarse ciertos actos violentos sobre extranjeros (V29). Los extranjeros ocupan puestos de trabajo que dejan en el paro a muchos de nosotros V23). Se seguimos así, a medio plazo, las costumbres y creencias de los extranjeros se impondrán en nuestra sociedad (V37). En general, los extranjeros hacen muy poco por integrarse en nuestra sociedad (V22). Muchos extranjeros no son respetuosos con los derechos humanos (V18). En gran medida el colapso de la sanidad pública está provocado por el aumento de la población proveniente de diferentes culturas (V30)]. F2-[A medio plazo, la llegada masiva de extranjeros provocará graves problemas sanitarios y sociales (V41). La llegada de extranjeros ha favorecido el aumento de la delincuencia (V9). El extranjero que delinque debería ser expulsado del país (V8). Muchos extranjeros se aprovechan de los recursos sanitarios y sociales conseguidos con nuestro esfuerzo de muchos años (V19). En ocasiones, los inmigrantes reciben mayores ayudas sociales que los propios autóctonos (V16). Los extranjeros que no se integran es porque no quieren (V34). Se dedican demasiados recursos para la atención de la población proveniente de diferentes culturas (V31)]. F3-[Debemos garantizar que los extranjeros puedan mantener sus costumbres y pautas culturales (V10). Debemos favorecer que los extranjeros puedan disponer de lugares de culto donde practicar sus creencias y religiones (V25). Debemos hacer un mayor esfuerzo para proporcionar a la población proveniente de diferentes culturas una mayor calidad de vida (V12). La diversidad étnica enriquece la cultura de nuestro país (V11). Es necesario hacer un esfuerzo para conseguir que la población proveniente de diferentes cultural se incorpore a nuestra sociedad como ciudadanos de pleno derecho (V21). El estado debería dedicar más recursos a la integración de las minorías (V45)]. F4-[Estamos obligados a respetar la cultura y las costumbres de otros grupos culturales V20). Los extranjeros legales e ilegales, deben tener acceso a la sanidad y la educación de forma libre y gratuita (V13)]. F5-[Todos los extranjeros deben disfrutar de las mismas condiciones de trabajo que los naturales del país (V36). Todas las personas que viven en un mismo país, independiente de su procedencia o de su etnia deben tener los mismos derechos V39)]. F6- [Hay colectivos extranjeros, incapaces de integrarse en nuestra sociedad (V14)].

En el caso de las emociones hacia la diversidad cultural, se obtuvo una representatividad de un 61,84% y aparecían saturados significativamente las siguientes variables *Anexo 2*: F1-[Rabia (V56), Desconfianza (V63), Miedo (V57), Hostilidad (V55), Inseguridad (V62), Incomodidad (V59), Odio (V53), Asco (V60),

Indiferencia (V65)]. F2-[Admiración (V52), Simpatía (V58), Agradecimiento (V67), Respeto (V66), Atracción (V54)]. F3-[Lástima (V61), Compasión (V64)].

DISCUSIÓN

La diversidad cultural, es una realidad en este siglo y no podemos darle la espalda. Nuestro sistema sanitario y en especial las unidades de alto riesgo, punto estratégico en la asistencia sanitaria de la población proveniente de diferentes culturas, debe evolucionar para poder responder a los nuevos retos de salud y lograr ser más próximos a esta población, disminuyendo las barreras que dificultan el conocimiento mutuo, adoptando un concepto de salud intercultural, en el que se reconozca la importancia y la necesidad de conocer los valores, las creencias y las costumbres propias de otro medio sociocultural y la influencia que estos tienen en la vida de las personas y la necesidad de formación de los profesionales sanitarios. Todo ello para prestar unos cuidados integrales de calidad a una población culturalmente diversa.

La tasa de participación de los profesionales (68%) es mayor que en otros estudios revisados (19) y representativa de la unidad analizada.

El perfil se corresponde con un profesional sanitario, de más de 45 años (19), mujer (19-21), casada/o o convive con pareja, con contrato fijo, con más de 16 años de ejercicio en la profesión y más de 2 años en la unidad.

Los contenidos de este estudio han sido parcialmente abordados en otros trabajos (8,16-44), pero casi en ninguno se realizó con profesionales sanitarios de una unidad de alto riesgo (27,30,32-34).

Los resultados muestran una actitud profesional bastante positiva (61,77%) hacia la diversidad cultural, como ocurre en algunos estudios revisados (16,22), pero difiere con los resultados obtenidos por Plaza del Rio FJ et al (19); considerando que enriquece la cultura de nuestro país, que están obligados a respetar su cultura y sus costumbres, que sería necesario un esfuerzo para conseguir que se incorporen a nuestra sociedad como ciudadanos de pleno derecho, que la convivencia de diversas culturas favorece el conocimiento y el mutuo respeto, que los hijos de la población proveniente de diferentes culturas, sean legales o ilegales, deben tener derecho a la escolarización gratuita, que todos deben disfrutar de las mismas condiciones de trabajo que los naturales del país y además no consideran justo asociar el fenómeno de la diversidad cultural con el aumento de la delincuencia (21). La opinión es compartida por los médicos, DUE/ATS y auxiliares de enfermería analizados.

Por tanto parece que los distintos grupos culturales no son considerados como amenaza para la propia identidad social y la contribución que pueden aportar a la sociedad de acogida es importante y positiva. Solo cuando el contacto con la población proveniente de diferentes culturas supone una interacción con ellos, por medio de un conocimiento personal, de la comunicación o de las actividades compartidas aparece una relación con niveles más favorables de actitud hacia ellos (22).

En general, los profesionales sanitarios analizados son conscientes de que tienen prejuicios hacia otros grupos culturales, que no saben realizar una valoración cultural, ni conocen las

diferencias de los diferentes grupos culturales (39-41), pero desean ser competentes culturalmente (41-42). Por grupos, según aumenta la cualificación profesional, son más conscientes de su falta de cualificación en valoración cultural, de los prejuicios hacia otros grupos culturales y de la necesidad de ser competentes culturalmente.

Según la Teoría de Leininger: "Cuando los profesionales sanitarios trabajan en culturas que les resultan extrañas y en las que manejan valores diferentes sobre la asistencia o las expectativas de cuidados, se detectarán signos evidentes de conflictos, choques y tensiones culturales, entre los profesionales y los pacientes" (35,43-44).

Flaskerud y Kim: afirman que " Los cuidados a la población proveniente de diferentes culturas debe comprender no solo la atención a la situación de enfermedad, sino también la provisión de recursos, la resolución de dilemas éticos, la superación de sentimientos xenófobos y la facilitación del pleno acceso a los servicios de salud" (43).

Ser conscientes de sus limitaciones y más críticos con sus actitudes les brinda, a los profesionales sanitarios analizados, la posibilidad de desarrollar una mayor sensibilidad hacia el respeto y la necesidad de valorar el bagaje cultural de las personas y el compromiso con la responsabilidad de comprender la diferencia (22).

Respecto a las emociones que genera la población proveniente de diferentes culturas, en los profesionales sanitarios analizados, las puntuaciones obtenidas tanto en las positivas como en las negativas, son moderadamente bajas, como sucede en otros estudios revisados (20). Tal como muestra la literatura, las emociones negativas tradicionales (rabia, asco, ...) se reflejan con menor intensidad que las emociones positivas (admiraación, simpatía, ...), pero se detecta miedo, incomodidad, inseguridad y desconfianza con una intensidad bastante similar (23). No se aprecian diferencias en los resultados obtenidos, en las tres categorías profesionales analizadas.

En las relaciones significativas encontradas entre las variables socio-demográficas y socio-laborales y el resto de los cuestionarios, cabe destacar que: 1. Los médicos, son los profesionales que confiesan no saber realizar una valoración cultural del paciente proveniente de diferentes culturas. 2. Los que tienen contrato fijo, experimentan mayor admiración que los eventuales e interinos. 3. Los profesionales que son conscientes de sus prejuicios hacia otros grupos culturales, confiesan experimentar niveles más altos de desconfianza que los que no son conscientes de sus prejuicios. 4. Los que manifiestan no saber realizar una valoración cultural de los distintos grupos culturales, presentan niveles más altos de incomodidad y desconfianza ante ellos. 5. Los profesionales que no desean realmente ser competentes culturalmente, experimentan valores más altos de desconfianza e indiferencia hacia la población proveniente de diferentes culturas, como ocurre en el estudio de Navas Luque M et al (24).

En cuanto a los factores obtenidos mediante el análisis factorial de componentes principales y que definen la actitud de los profesionales sanitarios analizados hacia la diversidad cultural, observamos que "la inseguridad percibida" (F1), "los recursos" (F2), la aceptación" (F3), la integración" (F4), "la igualdad" (F5) y "la separación" (F6), reflejan claramente las dimensiones relevantes del problema. Realidad también documentada en el

estudio de Antonio Martín M y Tomás Sábado J (8).

El incremento paulatino de población proveniente de diferentes culturas y el acceso progresivo a los servicios sociales y sanitarios, requiere de los profesionales sanitarios de las unidades de alto riesgo, una actitud abierta y tolerante, de los distintos grupos culturales, voluntad de participación efectiva y de ambos el interés mutuo por el conocimiento de las diversas culturas, el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes (35).

Así pues "las emociones negativas sutiles y tradicionales" (F1), "las emociones positivas" (F2) y "las emociones positivas paternalistas" (F3), son factores que definen las emociones generadas por la población proveniente de diferentes culturas en los profesionales sanitarios estudiados.

Aunque los resultados de este estudio muestran un cierto grado de optimismo, en cuanto a la actitud de los profesionales sanitarios analizados, hacia la diversidad cultural, también nos permiten ser conscientes, entre otros, de la necesidad de: 1. Aumentar los recursos materiales y humanos, en las unidades de alto riesgo, ante el incremento de población proveniente de diferentes culturas que acude a estas unidades, saltándose muchas veces el primer eslabón asistencial (31,41). 2. Programas de formación específica para el personal sanitario, con el fin de que puedan conocer de forma integral a los pacientes procedentes de otras culturas y mejorar la calidad de sus cuidados. Las características del proceso migratorio, la identidad cultural y tradiciones (barreras idiomáticas), la relación con el entorno social de acogida, los estilos de vida (alimentos, vivienda, trabajo), valores y creencias religiosas y gestión de expectativas, integrarán estos contenidos (37-38). Madueño Pulido y cols considera primordial "la necesidad de reciclaje del personal sanitario para una mejor atención y comprensión de un paciente con unas características especiales, que requiere de una educación de salud, desde la base de la pirámide, para una mejor gestión de los recursos de nuestro sistema sanitario (32). 3. Campañas de sensibilización entre el personal sanitario para cambiar prejuicios y estereotipos negativos que pudieran existir hacia otros usuarios, centrándose en conocimiento de las culturas, costumbres y tradiciones.

Este estudio nos hace reflexionar a cerca de nuestro papel como profesionales de la salud en una sociedad multicultural. Está muy claro que este intento de proporcionar una atención a la salud y unos cuidados culturalmente apropiados, competentes, flexibles y sensibles a las diferencias existentes, supone un esfuerzo importante por parte de los profesionales sanitarios de las unidades de alto riesgo y por la población proveniente de diferentes culturas y sin ser fácil quizás con ganas, respeto y buscando puntos intermedios, pueda llegar a producirse un enriquecimiento de ambas culturas.

AGRADECIMIENTOS

A todos los médicos, DUE/ATS y auxiliares de enfermería del Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón (Asturias), por su inestimable y desinteresada colaboración en la cumplimentación de las encuestas utilizadas en este estudio. Este trabajo ha sido galardonado con un Accesit en el V Certámen Nacional de Investigación "José López Barnao".

**Anexo 1. FACTOR ANALYSIS.1
(Actitudes)**

Análisis Lumber 1 Listwise deletion of cases with Missing values
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy= .854
Bartlett Test of Sphericity= 961.344 Significance= .000

FINAL STATISTICS:					
Variable	Communality	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
V8	.604	1	4.671	17.965	17.965
V10	.742	2	4.356	16.761	34.726
V9	.714	3	3.294	12.667	47.393
V11	.621	4	1.843	7.087	54.481
V12	.600	5	1.758	6.762	61.243
V13	.721	6	1.687	6.487	67.730
V14	.645				
V16	.562				
V17	.803				
V18	.741				
V19	.676				
V20	.749				
V21	.690				
V22	.680				
V23	.670				
V25	.603				
V29	.602				
V30	.675				
V31	.584				
V33	.786				
V34	.639				
V36	.790				
V37	.660				
V39	.656				
V41	.695				
V45	.696				

ROTATED FACTOR MATRIX:						
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
V17	.816					
V33	.808					
V29	.697					
V23	.672					
V37	.666					
V22	.648					
V18	.580					
V30	.569					
V41		.755				
V9		.743				
V8		.710				
V19		.671				
V16		.636				
V34		.573				
V31		.517				
V10			.786			
V25			.730			
V12			.703			
V11			.628			
V21			.537			
V45			.530			
V20				.782		
V13				.712		
V36					.847	
V39					.634	
V14						.786

**Anexo 2. FACTOR ANALYSIS.2
(Emociones)**

Análisis Lumber 1 Listwise deletion of cases with Missing values
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy= .767
Bartlett Test of Sphericity= 554.801 Significance= .000

FINAL STATISTICS:					
Variable	Communality	Factor	Eigenvalue	Pct of Var	Cum Pct
V52	.704	1	4.982	31.141	31.141
V53	.489	2	3.049	19.054	50.195
V54	.421	3	1.864	11.649	61.844
V55	.636				
V56	.776				
V57	.700				
V58	.660				
V59	.620				
V60	.558				
V61	.843				
V62	.541				
V63	.738				
V64	.764				
V65	.367				
V66	.539				
V67	.541				

ROTATED FACTOR MATRIX:						
	Factor 1	Factor 2	Factor 3			
V56	.878					
V63	.840					
V57	.800					
V55	.700					
V62	.699					
V59	.680					
V53	.672					
V60	.667					
V65	.603					
V52		.829				
V58		.812				
V67		.726				
V66		.701				
V54		.618				
V61			.880			
V64			.774			

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Marugán F. Los flujos migratorios en España y las políticas públicas. En: Guerra A, Félix Tezanas J. La inmigración y sus causas. VI Encuentros Salamantinos. Madrid. Sistema 2008; XII: 291-341.
2. Nair Sami. El laboratorio espacial. En: Nair Sami. Y vendrán... las migraciones en tiempos hostiles. Barcelona. Planeta 2006; 126-133.
3. Informe sobre la situación de la integración social de los inmigrantes y refugiados en 2007. Introducción. Foro para la integración social de los inmigrantes. Ministerio de trabajo y Asuntos sociales.
4. Leno González. Buscando un modelo de unidades de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología* 2006; 22. Disponible en: <http://www.ugr.es/~pwlac/G_22-32_Daniel-Leno-Gonzalez.html>.
5. Nair Sami. Premisas. En: Nair Sami. Y vendrán... las migraciones en tiempos hostiles. Barcelona. Planeta. 2006; 18-57.
6. Pajares M. La singularidad de España. La integración de los inmigrantes. *El Mundo* (20 aniversario) 1986-2009; 64-67.
7. Pérez Yruela M, Thierry Desrués. Los españoles ante la inmigración. En: Gerra A, Félix Tezanas J. La inmigración y sus causas. VI Encuentro Salamantino. Madrid. Sistema 2008; 269-290.
8. Antonín Martín M, Tomás Sábado J. La escala de actitud ante la inmigración para enfermería: validación preliminar. *Enfermería Científica Enero-Febrero 2004*; 262-263:77-82.
9. Tomás Vidal AM. El valor de los cuidados: valores sociales, modelo social y sistema sanitario (I). *Enfermería Clínica* 1999; 2: 65-70.
10. Domínguez Alcon C. Sociología del cuidado. *Enfermería Clínica* 1999; 4: 174-181.
11. Morales P. Medición de actitudes en psicología y educación. San Sebastián Ttarttalo. 1988.
12. López Pérez J. La escala de actitudes. En: Morales (com). Metodología y Teoría de la Psicología. Madrid. UNED 1989.
13. Moreno Preciado M. Premisa. En Moreno Preciado M. El cuidado del otro. Barcelona. Bellaterra, SL 2008; 16-78.
14. Antonín M. Antropología de la salud. En: Sáez S, Font P, Pérez R, Marqués F. Promoción y educación para la salud: conceptos, metodología y programas. Lleida: Milenio 2001.
15. Sánchez Becerra I. Coordinación socio-sanitaria: premisa ineludible para la intervención con población inmigrante IV Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura; 14-24.
16. Moreno Preciado M. Factores Culturales y sociales en el cuidado del inmigrado. 1º semestre 2008 Año XII; 23: 5-6.
17. Moreno Preciado M, Martín Hernández T. Inmigración y necesidades formativas de los cuidadores. Cultura de los cuidadores. Cultura de los cuidados. Digital. 2003; 14. Disponible en: <http://www.index-f.com/cultura/14/14-articulo-44-48.php>. Consultado el 21 de septiembre de 2009.
18. Limia S, Aguado MG, Salvador P. Crecimiento de la población inmigrante y su relación con la oferta formativa en enfermería. *Enfermería Científica marzo-abril 2005*; 276-277: 43-51.
19. Plaza del Pino FJ, Martínez Gálvez L, Rodríguez Alonso J, Plaza del Rio MD. Visión de los profesionales de Enfermería sobre los pacientes marroquíes. *Metas de Enfermería Dic 2007/ene 2008*; 10: 27-30.
20. García MC, Navas MS, Cuadrado I, Molero F. Inmigración y prejuicio: Actitudes de una muestra de adolescentes almerienses. *Acción Psicológica* 2003, 2: 137-147.
21. Ramírez de la Fe MC, Rodríguez González A. Variables predictoras de la actitud hacia los inmigrantes en la región de Murcia (España). *Anales de Psicología* 2006; 1: 76-80.
22. Antonín Martín M, Tomás Sábado J. Actitud ante la inmigración en estudiantes de enfermería. Valoración antes y después del 11-M. *Educación Médica* 2006; 1:17-20.
23. Sánchez Ortuño MM, Campillo Cascales MJ, Illán Franco S, LLor Zaragoza L, Ruiz Hernández JA. Actitudes de una muestra de estudiantes de la región de Murcia hacia los inmigrantes magrebíes. *Enfermería Global* Noviembre 2005, 7:1-9.
24. Navas Luque M, García Fernández MC, Rojas Tejada A, Pumares Fernández P, Cuadrado Guirado I. Actitudes de aculturación y prejuicio: La perspectiva de autóctonos e inmigrantes. *Psicothema* 2006, 2:187-193.
25. Sanz B, Torres AM, Schumacher R. Características sociodemográficas y utilización de servicios sanitarios por la población inmigrante residente en un área de la comunidad de Madrid. *Atención Primaria*; 5.
26. Soledad Navas M. Nuevos instrumentos de medida para el nuevo racismo. *Revista de Psicología Social* 1998; 2:233-239.
27. Maldueño Pulido AB, Godoy Sánchez F, Rodríguez Miranda M, Robles A, Vargas Ortega DA, Parrilla Ruiz F. Urgencias e inmigración: necesidades de adaptación. Actualización. *Revista de la SEMG Septiembre 2003*; 56: 467-474.
28. Espelt E, Javaloy F, Cornejo JM. Las escalas de prejuicio manifiesto y sutil: ¿una o dos dimensiones?. *Anales de Psicología* 2006; 1: 81-88.
29. Moreno Preciado M. La relación con el paciente inmigrante. *Index Enfermería (Gran)* 2005; 50: 25-29.
30. Undabeytia López ML, García Sevilla R. Mejora de la accesibilidad del inmigrante en el servicio de urgencias. <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciberrevista/2009/enero-febrero/pagina9>.
31. Cristóbal Canadas C, Fernández Torres A, Fernández Martínez MM, Blanco González AM, Ramos Martín A, Del Pino Alcaraz MI. Uso correcto de los servicios de urgencias. Apuesto por la educación sanitaria al paciente inmigrante desde la enfermería de RAC en el Chare el Toyo (Almería). <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA-EPOCA/2006/noviembre>.
32. Maldueño Pulido AB, Godoy Sánchez AB, Rodríguez Miranda M, Robles Hernández A, Vargas Ortega DA, Parulea Ruiz F. Urgencias e inmigración: la adaptación. *Tempus vitalis. España 2002. 2* (3). Disponible en <http://www.tempusvitalis.com/Especial_01/03.htm>.
33. Díaz Agea JL, Martín Robles MR. La asistencia al inmigrado en urgencias. Una aproximación cualitativa. <http://www.tempusvitalis.com/secciones/articulos/2007/2inmigrado.72.html>.
34. Parrilla Ruiz FM, Cárdenas Cruz DP, Vargas Ortega DA, Martínez Cabezas S, Díaz Castellanos MA, Cárdenas Cruz A. Reflexiones de la asistencia sanitaria al inmigrante en una unidad de urgencias. *Medicina de familia (And)* 2003; 3: 195-198.
35. Vivanco González E, Hernández León S, Rodríguez Burgos MT, Villarde Estébanez ML, García Aguirregomuzkorta O, Cobos Fernández AM. Reflexiones sobre inmigración y psiquiatría: el reto de la inmigración para la enfermería. ¿Estamos preparados?. *Norte de Salud Mental* 2005; 23: 63-74.
36. Martínez García MF. Una aproximación a las actitudes y prejuicios en los procesos migratorios. *Psicología Científica.com*. 2006. Disponible en: <<http://www.psicologiacientifica.com/bv/imprimir-163-una-aproximación-a-las-actitudes>>.
37. Saura García C. Enfermería e inmigración. <http://www.seapremur.com/Revista-Junio-2004/Enfermeria%20%20inmigracion.htm>.
38. Artigas-Lelong, Bannasar-Veny M. La salud en el siglo XXI: El reto de los cuidados multiculturales. *Index de Enfermería* 2009; 1:42-46.
39. Fernández Molina MA. Fenómenos migratorios y su influencia en os cuidados transculturales en el marco hospitalario. *Cultura de los cuidados. 2º semestre 2006 Año X*; 20: 62-68.
40. Miró O, Núñez Díaz S. Patología médica urgente del inmigrante adulto. *Monografías emergencias* 2009; 1:1-5.
41. Fernández Molina MA. Antropología de los cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la Enfermería Transcultural. Edita El Consejo de Enfermería de la Comunidad de Valencia (CECOVA). Alicante 2006.
42. Allué X. La competencia cultural de los medios de asistencia primaria. En: XV Congreso de la SVMFIC 2003.
43. Leininger M. Transcultural Nursing. Concepts Theories, Research & Practices. New York. Mc Graw Hill (2ª Edition) 1995.
44. Flaskerud JH, Kim S. Health Problems of Asian and Latino immigrants *Nurs Clin North Am* 1999; 34: 359-380.

SÍNDROME VARICOSO Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN LA GESTACIÓN

VARICOSE SYNDROME AND THROMBOSIS DISEASE VENOUS IN PREGNANCY

■ **Jurado García Estefanía¹**

■ **Baena Antequera Francisca²**

1. Matrona, Máster en Nuevas Tendencias Asistenciales en Ciencias de la Salud.

2. Matrona, Profesora del Grado de Enfermería de la Escuela Universitaria Francisco Maldonado de Osuna. (Sevilla)

Resumen

En la actualidad la evidencia científica disponible indica claramente que tanto la gestación como el puerperio son ya de por sí estados protrombóticos.

De hecho durante el embarazo se suceden una serie de modificaciones fisiológicas que a nivel cardiocirculatorio pueden predisponer a las gestantes a la aparición de venas varicosas, hemorroides y edemas a medida que progresa el embarazo y se incrementa la volemia. Y en el caso de las modificaciones hematológicas se produce un estado de hipercoagulabilidad acompañado de fibrinólisis, lo que incrementa el riesgo de ETEV (enfermedad tromboembólica venosa) de 3-6 veces durante el embarazo en comparación con mujeres no embarazadas de edad similar.

La matrona al estar presente en el equipo multidisciplinar que atiende estas patologías junto con los obstetras, hematólogos y médicos de atención primaria debe conocer el estado y manejo actual de estas patologías que suponen la primera causa de muerte materna en nuestro medio.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Síndrome varicoso,
- ✓ Enfermedad tromboembólica,
- ✓ Gestante y matrona.

Abstract

Currently available scientific evidence clearly indicates that both the gestation and postpartum are already prothrombotic states.

In fact during pregnancy occur a series of physiological changes that may predispose to cardiovascular level pregnant women the appearance of varicose veins, hemorrhoids and edema as the pregnancy progresses and increases blood volume. And in the case of hematological changes occurs a with higher coagulability state accompanied by fibrinolysis, which increases the risk of venous thromboembolism (VTE) 3-6 times during pregnancy compared with nonpregnant women of similar age.

The midwife to be present in the multidisciplinary team that meets these conditions together with obstetricians, hematologists and primary care physicians should know the status and current management of these pathologies involving the leading cause of maternal death in our way.

KEY WORDS:

- ✓ Varicose syndrome,
- ✓ Thrombosis venous,
- ✓ Pregnancy

INTRODUCCIÓN

El embarazo representa un estado especial en el que se ven alterados todos los sistemas orgánicos, debido básicamente a la inundación hormonal que origina la placenta y el aumento del volumen uterino que son las circunstancias que modifican la fisiología de la gestante³

El aumento del volumen uterino tendrá su repercusión básicamente en el *sistema cardio-circulatorio*. Destacan, por su interés, las modificaciones producidas en la presión venosa, donde por debajo del nivel uterino se produce un aumento progresivo de presión que se acentúa especialmente hacia el final de la gestación, y más aún cuando la paciente adopta una postura de decúbito supino.

Todo esto puede originar venas varicosas, hemorroides (*Síndrome varicoso*) y edemas a medida que progresa el embarazo y se incrementa la volemia.

Como *modificaciones hematológicas* destacaremos lo ocurrido a nivel de los factores que intervienen en la hemostasia sanguínea, ya que la mayoría de ellos están elevados lo que explica el estado de hipercoagulabilidad así como disminuye la fibrinólisis. Es decir fisiopatológicamente el embarazo comporta una serie de cambios que incrementan el riesgo trombótico tanto venoso como arterial⁷. Durante el mismo coinciden los tres elementos de la triada de Virchow: estasis venosa, hipercoagulabilidad y daño o lesión endotelial¹¹.

Con respecto a la enfermedad tromboembólica venosa (EDEV), en el embarazo-puerperio comprende la trombosis venosa superficial (tromboflebitis), la trombosis venosa profunda (TVP) y su complicación mayor, el tromboembolismo pulmonar (TEP)¹.

La importancia de la enfermedad tromboembólica venosa (EDEV) es que constituye la principal causa de mortalidad materna asociada al embarazo y posparto en nuestro medio. Aún así se ha conseguido una reducción de la mortalidad gracias a los cuidados prenatales pero la atención inadecuada continúa siendo un hecho frecuente en el análisis de la calidad asistencial recibida por las pacientes con EDEV durante el embarazo y no solo en las que fallecen¹¹.

Por estas razones durante el seguimiento de la gestación, y como matronas, los consejos generales de la primera visita son fundamentales. Además, la evidencia científica destaca nuestra labor educadora como referente de la educación sanitaria en los hábitos de salud de la mujer, apareciendo como el sanitario más cercano a ella y su familia, promoviendo en éstas un mayor control sobre su propia salud con el objetivo de conservarla y mejorarla, traducido en: comportamientos óptimos, conocimientos y preocupaciones razonables acerca de cómo conseguir una mejor calidad de vida^{12,13}.

El objetivo de esta primera visita por tanto, no sólo será datar la edad gestacional; sino también valorar el riesgo que la gestación pueda comportar para la madre y el feto¹. Por eso desde esta primera visita ya se incide sobre medidas preventivas para que no se dificulte aún más el retorno venoso: no prendas ajustadas ni fajas así como otras que puedan dificultar el retorno venoso en las extremidades (ligas, calcetines apretados, medias etc), ejercicio físico regular y moderado etc. Dentro de los factores de riesgo que pueden identificarse mediante la historia clínica y la exploración física se encuentran los relacionados con los antecedentes médicos y dentro de

éste último encontramos la tromboembolia. La existencia de uno de estos factores en un embarazo puede requerir una valoración adicional de la gestación, consulta por otros especialistas, realizar exploraciones complementarias específicas o remitir a un centro de asistencia especializada².

Con respecto a las visitas sucesivas aún más importante es la evaluación del estado general sobre todo de la presencia de edemas y la patología médica acompañante (varices, hemorroides...) ya que será a partir del tercer trimestre cuando esta patología cobre más protagonismo¹. De hecho a lo largo del embarazo *nunca* podemos eludir en la segunda mitad del mismo y dentro de la exploración física, la valoración de posible presencia de edemas o varices³.

EXPOSICIÓN DEL TEMA

Es bien conocida la gran prevalencia de las enfermedades venosas en nuestro medio, con las importantes consecuencias socio-laborales que de ellas se derivan, hasta el punto de ser una de las principales causas de incapacidad laboral¹⁵.

Estos trastornos destacan por la frecuencia que se presentan en las gestantes³, donde entre el 25 y el 30% de ellas van a presentar un problema más o menos importante de varices sobre la que podemos actuar con relativa facilidad.

Con respecto a la frecuencia de enfermedad trombo-embólica, ésta, está descendiendo gracias a los cuidados prenatales, así como a las recomendaciones de entidades como la RCOG (Royal College of Obstetrics and Gynecology) revisadas en 2009¹⁴. Aunque sigue siendo frecuente (56% de los casos) una evaluación inapropiada del riesgo, una tromboprofilaxis inadecuada o insuficiente y una falta de realización de procedimientos diagnósticos en pacientes de riesgo con síntomas respiratorios¹¹. Por tal vez por este motivo la evidencia nos recuerda que la gestación y el puerperio son ya de por sí estados protrombóticos⁹ donde para la mujer embarazada hay un aumento en el riesgo de trombo-embolismo, ya que se suceden una serie de variantes en el organismo que llegan a afectar la coagulación de la persona ya que es una época en la que se dan condiciones para que esto ocurra: retardo en la circulación, hipercoagulabilidad, traumatismos de las venas por el parto e infección puerperal^{3,10}.

Por otra parte, la EDEV asociada al embarazo puede constituir la primera manifestación de un estado trombofílico, responsable no sólo de la complicación trombótica, sino también de otras complicaciones en la gestación, tales como abortos, preeclampsia o retraso del crecimiento intrauterino.

Concretamente la EDEV durante la gestación es más frecuente y su diagnóstico más complejo que fuera del embarazo. De hecho el riesgo de EDEV aumenta 3-6 veces durante el embarazo en comparación con mujeres no embarazadas de edad similar y un porcentaje muy importante de los episodios trombóticos ocurre en las 6 primeras semanas posparto.⁹ Datos epidemiológicos recientes indican que la incidencia de EDEV se estima, con, en alrededor de 1/1000 embarazos (0,76-1,72) y señalan que dos terceras partes de los casos de TVP tienen lugar anteparto (con una distribución igual en cada uno de los trimestres) y que alrededor del 50% (43-60%) de los episodios de TEP aparecen en el puerperio¹¹.

SINDROME VARICOSO

VENAS VARICOSAS

Entre el 25 y el 30% de las mujeres gestantes van a presentar un problema más o menos importante de varices.

Factores de riesgo/predisponentes: la predisposición genética, la edad y periodos prolongados manteniendo una posición de pie y con pocos movimientos.

Aparición: es más frecuente conforme avanza el embarazo, y aumento asimismo el peso corporal de la mujer gestante y la presión venosa en las venas femorales. Pueden aparecer tanto en las extremidades inferiores como en la vulva⁴.

Clinica: la presentada por la mujer en el embarazo no difiere de la que se presenta fuera de éste; por lo tanto el dx es fácil y suele ser precoz. Existen formas clínicas muy evidentes, con grandes trayectos dilatados y superficiales de venas en extremidades inferiores que apenas dan clínica de insuficiencia venosa; en otras ocasiones se trata de pequeñas dilataciones venosas, que cursan con signos graves de insuficiencia venosa, con hiperpigmentación cutánea, edema intenso, induración subcutánea e incluso, en las formas más graves úlceras cutáneas.

Una forma especial de vena varicosa son las venas capilares o varículas, que no dan ninguna clínica cuyo inconveniente puede ser estético.

Tratamiento/conducta: el mejor es la prevención, para lo cual desde el inicio de la gestación es preciso recomendar a la paciente intervalos de reposo, elevando las extremidades por encima de su centro de gravedad, durante distintos períodos del día, no permanecer de pie sin moverse, andar a paso ligero y disponer de un calzado que facilite la circulación sanguínea, sin comprimir el pie ni el tobillo y que eleve discretamente el talón, con un tacón de amplia base y elevado 2-3cm. No se recomienda el zapato plano. Las duchas con agua fría a presión en sentido ascendente de tobillo a muslo, 2-3 veces día, facilitan la circulación venosa. Cuando aparezcan los primeros signos de insuficiencia venosa, son recomendables las medias elásticas de compresión decreciente y que lleguen hasta la zona inguinal. Siempre deben colocarse en decúbito supino y antes de cualquier actividad, es decir, con los trayectos venosos vacíos. Para dormir o descansar se debe adoptar la posición decúbito lateral izquierdo, que evita la compresión de la vena cava por el útero gestante^{3,4}.

Los fármacos venotropos no tienen una acción curativa tan sólo alivian los síntomas por ello el tratamiento farmacológico no se considera eficaz y sólo está indicado para prevenir las complicaciones de las venas varicosas, ya sea para las flebitis o como profilaxis de las complicaciones tromboembólicas, que pueden darse principalmente después del parto. Por ejemplo: heparinoterapia preventiva cuando las venas varicosas sobrepasan el nivel de la poplítea y en todos los casos con clínica grave de insuficiencia venosa.

Está contraindicada la cirugía durante la gestación y reservada sólo para aquellos casos que se requiera para la deambulación de la paciente. Igualmente después del parto habría que esperar un tiempo a que el sistema venoso se regularice antes de indicar un tratamiento quirúrgico.

Es preciso evitar los estrógenos para inhibir la lactancia y la bromocriptina sería el tratamiento de elección².

HEMORROIDES

Las hemorroides son una de las manifestaciones más frecuentes de las varices, y se presentan en las venas rectales. Pueden aparecer como consecuencia de la dificultad en el retorno venoso pero su aparición está también muy influenciada por el estreñimiento intestinal que suele agravarse durante la gestación (la progesterona produce relajación de la musculatura intestinal y disminuye el peristaltismo)⁴.

En el parto y el posparto, las hemorroides suelen agravarse por el efecto de la compresión y arrastre de la presentación sobre el recto en el período expulsivo del parto.

Clinica: dolor, edema y a veces pequeñas hemorragias en la defecación.

Tratamiento/conducta: medidas dietéticas para reblandecer las heces (dieta rica en fibra e ingesta hídrica adecuada) e higiénicas paliativas (baños de asiento con agua fría).

En los casos más complicados pueden ser de utilidad los laxantes humectantes, así como las pomadas analgésicas aunque deben evitarse la utilización de corticoides ya sean orales o locales porque pueden favorecer la aparición de abscesos perianales a partir de pequeñas heridas o fisuras anales. La cirugía se reserva sólo para las situaciones de hemorragia importante o de trombosis hemorroidal².

ENFERMEDAD TROMBOEMBOLICA

Desde un punto de vista terminológico se entiende por enfermedad tromboembólica la presencia de un trombo en cualquier parte del organismo con posibilidad de embolizar a distancia³.

Los factores de riesgo: ya hemos explicado que el embarazo es una situación de riesgo *per se*. Pero podemos citar: antecedente familiar o personal de enfermedad tromboembólica, edad materna superior a 40 años, cesárea (9 veces más que un parto vaginal), trombofilias, síndrome de hiperestimulación ovárica, varices y otros (obesidad, infecciones, traumatismos, trastornos mieloproliferativos)¹.

Trombosis venosa superficial (tromboflebitis)

Concepto: afectación de venas superficiales de la pierna. Suele extenderse a lo largo de la vena safena externa o interna. Es la forma de trombosis venosa más frecuente en la embarazada antes del parto, y no suele asociarse con complicaciones. Generalmente existen varices previas.

Clinica: eritema, calor, dolor y sensibilidad a la palpación.

Tratamiento: reposo, medias elásticas, antiinflamatorios, puede considerarse la utilización de heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica: enoxaparina 0,5mg/kg de peso/24h vía subcutánea o tinzaparina 50UI /kg de peso/24h y realizar profilaxis en el posparto¹.

Trombosis venosa profunda (TVP)

Características: Más frecuente en el posparto y con fase aguda asintomática. El 90% se localizan en extremidades inferiores (72% afectación ileofemoral) y además el 90% de las TVP se van a producir en extremidad izquierda, por la compresión de la vena iliaca de ese lado.

Clinica: la más frecuente es el edema distal y el dolor presentes en un 80% de los casos. Otros síntomas son cordón profun-

do palpable, y un cierto grado de impotencia funcional. Puede observarse el signo de Homans dolor en la pantorrilla al realizar la dorsiflexión plantar pasiva del pie.

En casos de tromboflebitis pélvica (trombosis de la vena ovárica), puede existir dolor abdominal, y en ocasiones palpase un cordón doloroso junto a leucocitosis y fiebre.

Diagnóstico: La ultrasonografía por compresión (CUS) es una exploración no invasiva que constituye el método de elección para el diagnóstico de la TVP en la gestante. Alternativas diagnósticas cuando dicha exploración no esta disponible son el Doppler pulsado de la vena iliaca o la tomografía axial computarizada (TAC). En casos determinados puede valorarse la realización de una flebografía con protección abdominal. Si sospecha de trombosis de la vena ovárica en el posparto, se solicitará TAC abdominopélvica ^{1,11}.

Tromboembolismo pulmonar (TEP)

Concepto: alojamiento en el lecho arterial pulmonar de coágulos que se han desprendido del sistema venoso sistémico. Pueden dar cuadros menores (afectación de < 40% árbol bronquial) o masivos (>40%) con repercusión hemodinámica, osea obstrucción total o parcial de la circulación arterial pulmonar. En definitiva esto produce un cuadro de insuficiencia respiratoria (siempre hipoxemia con P O2 <80mmhg) por fallo capilar donde la zona del pulmón afectada está ventilada ya que los

alveolos no están afectados pero no está perfundida por efecto del émbolo impactado. Esto se conoce como el efecto espacio muerto ya que el alveolo no puede ventilar y se comporta como un espacio muerto (V/perfusión= 1/0).

El TEP debe sospecharse en toda paciente con disnea de nueva aparición o empeoramiento del dolor torácico o hipotensión mantenida sin causa alternativa obvia.

Síntomas: los más frecuentes son la taquipnea (90%), disnea (80%), dolor pleurítico, tos, taquicardia, hemoptisis, y fiebre, y especialmente aparición de disnea brusca El signo más común es la taquicardia y los síntomas mas frecuentes, disnea y ansiedad.

Además en extremidades inferiores es frecuente encontrar síntomas de TVP .Es importante el soporte psicológico debido a la ansiedad que se genera ^{4,11}

Diagnóstico: Test de Wells, clínica sugestiva, en pacientes con factores de riesgo, exploración sugestiva (taquipnea, distensión de venas yugulares, taquicardia, sudoración), analítica(leucocitosis, gasometría arterial con hipoxemia e hipocapnia, porque hiperventila), radiografía de tórax (hallazgos inespecíficos: derrame pleural, aumento de la silueta cardíaca...), ECG (alteraciones en el 90%, taquicardia, signos de sobrecarga derecha, bloqueo de rama derecha etc) y gammagrafía con ventilación perfusión y angiografía, si la gamma se realiza durante la LM se desechará la leche obtenida durante 12h ^{1,11,17}.

TABLA 1. TEST WELLS

TEST DE WELLS: PROBABILIDAD CLÍNICA PRETEST.	PUNTOS
TEP 1ª posibilidad diagnóstica	3 PUNTOS
Signos de TVP	3 PUNTOS
ETE previa	1.5 PUNTOS
FC> 100 l/m	1.5 PUNTOS
Cirugía/inmovilización últimas 4 semanas	1.5 PUNTOS
Cáncer en tratamiento. Últimos 6 meses en tratamiento paliativo.	1 PUNTO
Hemoptisis	1 PUNTO

PROBABILIDAD DE TEP
Improbable < 4 puntos
Probable > 4 puntos
Probabilidad alta > 7 puntos
Probabilidad intermedia >4 y < 7 puntos

Fuente: Manual de Urgencias Obstétricas para Matronas (SATSE)

TEP: además de la heparinización deben realizarse medidas de soporte vital: ingreso en UCI, VVP de grueso calibre, monitorización constantes vitales, oxigenoterapia (mantener la pO₂ > a 70mmHg), soporte hemodinámico con coloides en caso de shock, analgésicos intravenosos, reposo en cama (tanto en TEP como TVP debe mantenerse reposo absoluto durante 5 días) y laxantes. La fibrinolisis se reserva para TEP masivos con compromiso hemodinámico y la cirugía para casos excepcionales.

Manejo de la paciente con episodio agudo de ETEV

En toda gestante con sospecha clínica de ETEV (TVP y/o TEP) debe iniciarse tratamiento anticoagulante (salvo que exista contraindicación formal) y las exploraciones complementarias deben realizarse tan pronto sea posible a fin de evitar los riesgos, inconvenientes y costos de una anticoagulación no indicada (tanto en la actual, como en futuras gestaciones).

Los objetivos del tratamiento en fase aguda serán: disminuir la extensión del proceso trombótico y disminuir la incidencia de TEP (en casos de TVP). El tratamiento antitrombótico por tanto, no es causa para alterar el curso natural de la gestación, si bien esta decisión deberá ser individualizada^{9,11}.

La prevención y el tratamiento de la ETEV en el embarazo se centra preferentemente en las heparinas de bajo peso molecular (HBPM), siendo éste el fármaco de elección para el manejo de las ETEV en la embarazada, ya que los anticoagulantes orales pueden asociarse a un riesgo elevado de teratogenicidad y de complicaciones hemorrágicas maternas y fetales, por lo que se utilizarán sólo en situaciones especiales. Además las HBPM no cruzan la barrera placentaria, por lo que en principio muestran un mejor perfil de seguridad. Se administran vía SC y se debe suspender su administración en casos de dinámica o sangrado.

Contraindicaciones en el uso de las HBPM:

- Sangrado activo antenatal o posparto.
- Pacientes de alto riesgo de sangrado (p.ej. placenta previa).
- Alteración preexistente de la coagulación (enfermedad de Von Willebrand, hemofilia o coagulopatía adquirida).
- Trombocitopenia < 75.000/mm³.
- Antecedente de accidente vascular cerebral (isquémico o hemorrágico) en las últimas 4 semanas.
- Enfermedad renal con filtrado glomerular <30 ml/min/1.73m².
- Enfermedad hepática severa (tiempo de protrombina alargado o hipertensión portal con varices esofágicas).
- Hipertensión arterial incontrolada (sistólica >200 mmHg y/o diastólica >120 mmHg)

En caso de profilaxis antitrombótica

En este caso las medidas a tomar *no farmacológicas* son: movilización precoz en el posparto y utilización de medias compresivas en pacientes con alteraciones en el retorno venoso. Estando el tratamiento profiláctico médico indicado en todos los casos en donde existan factores de riesgo de sufrir una ETEV y que citamos con anterioridad.

En caso de *tratamiento farmacológico*: se realizará con HBPM vía subcutánea (enoxaparina o 5mg/kg de peso/24h) o dosis equivalentes de otras. No obstante, la tinzaparina es la única

que incluye actualmente en su ficha técnica su aprobación para la utilización en el embarazo⁹.

Casos especiales: en caso de *de cesárea* sin más factores de riesgo, el tratamiento con HBPM se prolongará durante tres días, en caso de que sea cesárea con otros factores de riesgo, se prolongará toda la cuarentena, si se trata de *trombofilias* el tratamiento debe realizarse durante toda la gestación y prolongarse durante el posparto toda la cuarentena.

En caso de tratamiento:

Es la heparinización, que debe realizarse en todos los casos de TVP Y TEP.

Durante *la gestación*, el tratamiento con HBPM se debe mantener todo el tiempo y continuar como mínimo durante las seis primeras semanas del puerperio. Una vez producido el parto el reinicio con HBPM se producirá en un tiempo de > 12-24 horas posparto. En el *puerperio*, la HBPM puede sustituirse por anticoagulantes orales con el fin de mantener un INR (Ratio Internacional Normalizado) entre 2-3. El paso de un tipo a otro de anticoagulación puede iniciarse el segundo o tercer día tras el parto. Tanto con HBPM como con anticoagulantes orales es posible mantener la lactancia materna.

Las dosis de HBPM a utilizar siguen las recomendaciones son las siguientes:

- Enoxaparina: 100 UI/Kg/12 horas o 150 UI/kg/24 horas (1 mg equivale a 100 UI).
- Tinzaparina: 175 UI/Kg/24 horas.
- Dalteparina: 100 UI/Kg/12 horas.
- Bemiparina: 115 UI/kg/24 horas.

La dosis inicial se calcula de acuerdo al peso de la paciente al inicio del embarazo.

Tratamiento con heparina no fraccionada (HNF): es una alternativa al uso de la HBPM y resulta de elección en la fase aguda del TEP masivo, cuando se requiera reversión urgente de una paciente anticoagulada o cuando sea necesaria mantener profilaxis farmacológica intraparto por el riesgo trombótico. La dosis de carga inicial son 5000 UI (80 UI/Kg peso), seguida de una infusión continua de 1000-2000 UI/hora (18 UI/Kg/hora): la administración es IV y han de controlarse los niveles de TP-TPP. Tanto en el caso de las HBPM como de la HNF el antídoto es el sulfato de protamina IV cuya dosis se hace en función de la anticoagulación^{1,10,11,17}.

Profilaxis y anestesia neuroaxial en el embarazo y el parto

En términos generales, no se empleará anestesia loco-regional hasta al menos 12 h después de la última dosis profiláctica de HBPM. En mujeres que reciben HBPM a dosis terapéuticas no se emplearán técnicas anestésicas regionales hasta pasadas al menos 24 h de la última dosis de HBPM. No se reiniciará la administración de HBPM hasta al menos 6 h después de la retirada del catéter epidural. Existen recomendaciones específicas de la Sociedad Española de Anestesia, así como legislación al respecto.

Anticoncepción hormonal posparto en pacientes con riesgo de ETEV

Una cuestión que se plantea con frecuencia en una mujer con riesgo de ETEV después del parto es la introducción de un

TABLA 2. PLAN DE CUIDADOS

DIAGNOSTICOS	RESULTADOS E INDICADORES (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
(00182) DISPOSICION PARA MEJORAR EL AUTOCUIDADO	(1602) <i>Conducta de fomento de la salud</i> (160207) Realiza los hábitos sanitarios correctamente (160210) Utiliza el apoyo social para fomentar la salud	(4420) <i>Acuerdo con el paciente.</i> (5606) <i>Enseñanza individual.</i>	-Ayudar al paciente a identificar las prácticas sobre la salud que desea cambiar. -Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas que puedan conseguirse. -Determinar las necesidades de enseñanza del paciente, valorar el nivel educativo del paciente.
(00015) RIESGO DE ESTREÑIMIENTO	(0501) <i>Eliminación intestinal</i> (050121) Eliminación fecal sin ayuda (1608) <i>Control de síntomas</i> (160806) Utiliza medidas preventivas	(0430) <i>Manejo intestinal</i> (0450) <i>Manejo del estreñimiento</i>	-Tomar nota de de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad. - Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento, instruir al paciente/familia sobre la relación entre dieta, ejercicio, y la ingesta de líquidos para el estreñimiento/impactación.
(00085) DETERIORO DE LA MOVILIDAD FISICA	(1616) <i>Rendimiento de los mecanismos corporales</i> (161611) Utiliza ejercicios prescritos para prevenir lesiones.	(0180) <i>Manejo de la energía</i>	-Determinar las limitaciones físicas del paciente, facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad. -Planificar las actividades para los períodos en los que el paciente tiene más energía.
(00146) ANSIEDAD	(1211) <i>Nivel de ansiedad</i> (121105) Inquietud (1402) <i>Autocontrol de la ansiedad</i> (140217) Controla la respuesta de ansiedad	(5820) <i>Disminución de la ansiedad</i>	-Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad, explicar todos los procedimientos. -Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo, escuchar con atención.

método anticonceptivo hormonal. Dada la situación de hipercoagulabilidad del periodo puerperal, la anticoncepción en esta época debe tener unas características determinadas: No alterar la calidad de la leche, no reducir la cantidad de leche y no incrementar riesgos en la puérpera ¹⁶.

CONCLUSIONES

Ya que las ETEV son la primera causa de mortalidad materna asociada al embarazo y posparto en nuestro medio y que el

síndrome varicoso es un ente frecuentemente presente y de fácil resolución, cabe centrar nuestra atención de forma más focalizada e individualizada sobre dichas patologías.

Cabría destacar la importancia que desde atención primaria tiene la labor educadora de la matrona insistiendo en promover acciones saludables que prevengan el agravamiento o incidencia de estas patologías así como realizando una exploración física más concienzuda a partir del 2-3 trimestre.

En definitiva cabe insistir en la importancia del manejo adecuado de estas patologías donde el margen de mejora es aún amplio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolos de Obstetricia y Medicina Perinatal del Instituto Universitario Dexeus, 4ª Ed. 2006. Elsevier Masson.
2. Obstetricia, J.González-Merlo, J.M. Laila Vicens, E. Fabre González y E.González Bosquet. 5ªEd.2006. Elsevier Masson.
3. Tratado de Obstetricia y Ginecología, J.A. Usandizaga. 2ª Ed.2004.Mcgraw-Hill. Interamericana.
4. Manual de enfermería CTO, Tomo 1º 4ª Ed.2007. McGraw-Hill Interamericana.
5. Clasificación de resultados de enfermería (NOC) 3ª Ed. Elseiver-Mosby.
6. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Ed. Elseiver-Mosby.
7. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2010-2011 Nanda internacional, Elsevier.
8. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. M.T. Luis Rodrigo. 8ª Ed.2008. Elsevier-Masson.
9. La trombosis en el embarazo y parto. Ed: Grupo Acción médica. Barcelona, Febrero 2008. Manual auspiciado por la SETH (Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia) en colaboración con la SEC (Sociedad Española de Contracepción).
10. SETH , <http://www.seth.es/>
11. Protocolo SEGO (Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología): "Enfermedad tromboembólica venosa en la gestación" Oct, 2012.
12. Goberna i Tricas, Josefina Institución: Escuela de Enfermería. Universidad de Barcelona. Promoción de la salud en el climaterio Matronas Prof .8:4-12 Junio2002
13. Espinaco Garrido, J; Macías Seda, J; León Larios, F; García Guerrero, A; Valiente Morilla, A; Cruz Domínguez, I y Álvarez Gómez, JL Universidad de Sevilla Educación para la salud: cambios en la forma de vivir el climaterio. Hygia XVI (58):31-37 2004 3º Cuatrimestre.
14. RCOG. Thromboprophylaxis during pregnancy, labour and after vaginal delivery. Green-top Guideline No 37. January 2004. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
15. Manejo urgente de la insuficiencia venosa crónica en atención primaria. J. de Burgos Marín et al. Semergen 24 (10): 839-844.
16. SEC, www.sec.es .
17. Manual de Urgencias Obstétricas para Matronas. Ed: SATSE (Sindicato de Enfermería de Andalucía) 2013.

¿CÓMO FUNCIONAN LAS URGENCIAS? INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES DEL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL VIRGEN DE VALME

HOW THE ACCIDENT AND EMERGENCY SERVICES WORK? INFORMATION FOR PATIENTS AND THEIR FAMILIES AT THE VIRGEN DE VALME HOSPITAL

■ **M^a Carmen García Bellido**

■ **Ana M^a Páez Aranda**

■ **José Eugenio Guerra González**

Enfermeros. Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Virgen de Valme (Sevilla)

Resumen

Este trabajo surge de la necesidad detectada por miembros del equipo de enfermería de la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Valme de aclarar una serie de dudas y cuestiones que plantean los usuarios del servicio con relación al funcionamiento del mismo, los circuitos de atención, los tiempos de espera, etc.

Consiste en la elaboración de un folleto informativo tipo tríptico denominado "¿CÓMO FUNCIONAN LAS URGENCIAS?", con un contenido y formato fácilmente comprensible, ameno y actualizado, destinado a los pacientes y familiares que acuden al servicio de urgencias del hospital. Hemos adaptado el contenido del folleto a la metodología de trabajo de nuestro servicio, que se basa en el Sistema de Triage de Manchester (MTS), incluyendo una serie de consejos para el correcto uso de las urgencias hospitalarias por parte de los usuarios.

Con la difusión de este tríptico mejoramos la atención al paciente y optimizamos la calidad y la seguridad percibida por el usuario del servicio de Urgencias.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Calidad
- ✓ Servicio de Urgencias hospitalarias
- ✓ Paciente
- ✓ Información

Abstract

This report stems from the need, detected by members of the nursing team in the Intensive care and A&E Unit at the Valme hospital, to clarify a series of doubts and questions put forward by users of the services, in relation to how these services work, the attention network, waiting times, etc.

It consists of the elaboration of an easy to understand 3-page pamphlet called "How A&E works?", containing simple, up-to-date information for the patients and their families who require this service at the hospital.

The contents of the pamphlet have been adapted to the methodology used in the Unit, which is based on a Manchester Triage Scale (MTS). It also includes advice on how to use the emergency services at the hospital correctly.

By issuing this 3-page pamphlet, we will improve our services and optimize how they are perceived by users.

KEY WORDS:

- ✓ Quality
- ✓ Emergency Service, Hospital
- ✓ Patient
- ✓ Information

Este artículo es una corrección del enviado a la revista Hygia con nº de registro 596, conforme a las recomendaciones recibidas en la carta de fecha 15 de marzo de 2012.

El trabajo ha sido presentado en el IV Congreso Internacional Virtual de Enfermería y Fisioterapia "Ciudad de Granada": "La atención especializada en la Seguridad del Paciente", celebrado virtualmente del 17 al 28 de mayo de 2013, en la modalidad de comunicación escrita.

INTRODUCCIÓN

El Área Hospitalaria de Valme forma parte del Sistema Sanitario Público de Andalucía y presta asistencia sanitaria a unos 362.000 habitantes pertenecientes al Distrito Sanitario de Atención primaria de Sevilla Sur (excepto Utrera y Montequinto) y a la ZBS de Los Alcores, Mairena y el Viso del Alcor, del Distrito Sevilla Norte. Engloba al Hospital Universitario de Valme como centro de referencia, el Hospital de El Tomillar y tres centros de especialidades (Alcalá de Guadaira, Dos Hermanas y Morón de la Frontera). Respecto a su estructura organizativa, se ha adaptado progresivamente al modelo de gestión clínica,(1).

En este marco, el equipo de enfermería del servicio de Urgencias del Hospital de Valme se enfrenta, en su práctica diaria, a frecuentes demandas de información por parte de los usuarios (pacientes, familiares y/o acompañantes) sobre el funcionamiento del servicio, los pasos que deben seguir en su proceso de atención de urgencias, los tiempos de espera aproximados, por qué unos pacientes son atendidos inmediatamente y otros deben esperar, las pruebas complementarias que se les pueden solicitar, etc.

El Documento Marco sobre Estándares de Calidad de la Atención Urgente, justifica el indicador 1.4.1.: "Protocolo de información a los pacientes y familiares" de la siguiente manera: "La información es un derecho reconocido por la Ley de Salud de Andalucía. Una información correcta proporciona mayor implicación y autonomía del paciente y su familia en el proceso asistencial, necesarias para participar en la toma de decisiones y favorecer una relación asistencial satisfactoria." (2) Asimismo, si analizamos las funciones del enfermero de la consulta de Recepción, Acogida y Clasificación (RAC) destaca la de "informar al paciente y a su familia sobre la atención que va a requerir y los tiempos de espera de ésta."(3)

La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias (SEEUE) establece una serie de estándares para la práctica, con el objetivo de ofrecer a la sociedad el máximo de calidad posible en los cuidados de urgencias y emergencias. En el apartado dedicado a la Comunicación, nos presenta como uno de los resultados que debemos conseguir la "consecución por parte de la Comunidad de los conocimientos e información clarificadora suficiente de los recursos y funcionamiento interno de los sistemas de Urgencias y Emergencias, haciendo éstos accesibles y objetivables en relación a la idea de Cadena de Vida."

En esta misma línea, define como uno de los objetivos específicos de la RAC el de informar, justificándolo de la siguiente manera: "la enfermera de recepción es el primer contacto con personal sanitario que encuentra el usuario. Será nuestra tarea informarlo desde el principio del funcionamiento del servicio y del circuito que probablemente seguirá en función de su patología y de las pruebas que se le soliciten." (4)

Núñez Díaz, Martín Martín, Rodríguez Palmeroa, González Hernández, Antolin Ariasb, Hernández González y Álvarez Rubio, realizaron en el año 2000 un estudio en el servicio de Urgencias del Hospital de la Candelaria (Santa Cruz de Tenerife) del que obtuvieron, entre otras, la siguiente conclu-

sión: "para que la información se transmitiera a la mayoría de los usuarios del servicio de Urgencias sería útil la información previa sobre el funcionamiento del servicio en forma de folletos en la entrada." (5)

Basándonos en estas consideraciones previas, el proyecto denominado "**¿CÓMO FUNCIONAN LAS URGENCIAS? INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES**" pretende ser una iniciativa enfermera oportuna, pertinente y precisa para cumplir los siguientes objetivos:

- * Proporcionar información útil, clara y concisa al usuario (paciente, familiares y/o acompañantes) sobre los circuitos de atención en el servicio de Urgencias del hospital de Valme.
- * Aumentar el grado de satisfacción del usuario respecto a la información recibida y a los canales de comunicación entre paciente y personal sanitario, mejorando así la calidad de la atención de salud percibida.
- * Disminuir la ansiedad y el temor a lo desconocido que experimentan los pacientes y familiares, aumentando su seguridad.
- * Disminuir la aparición de conductas y actitudes agresivas por parte de los usuarios, provocadas en ocasiones por la ansiedad, la falta de información, la espera y el desconocimiento del funcionamiento del servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el 1er. Semestre de 2011 se elaboró un folleto informativo en forma de tríptico, denominado **¿CÓMO FUNCIONAN LAS URGENCIAS? INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES**, utilizando un lenguaje fácilmente comprensible y actualizado y acompañándolo de viñetas que le aportaran un tono más ameno y cercano al ciudadano y lo hicieran más atractivo. (6 y 7).

A principios de 2012 y tras su presentación a miembros del equipo de enfermería y otros estamentos del hospital, se realizaron algunas modificaciones, quedando finalmente el diseño como sigue:

Portada: Aparece el título del folleto, el nombre de la Unidad y del Hospital y una viñeta que representa la entrada de un paciente y su acompañante al servicio de Urgencias. (Figura 1)

Interior: Se detallan las funciones de cada una de las zonas del recorrido habitual del paciente en urgencias, acompañados de dibujos alegóricos a cada uno de ellos y se explica también el sistema de clasificación de pacientes que utilizamos en la consulta de triage. (Figura 2)

Interior contraportada: Se proporcionan consejos sobre el uso racional del servicio de Urgencias. (Figura 3)

Contraportada: Logotipo que representa al servicio de Urgencias del Hospital de Valme. Agradecimiento al paciente/familia por su colaboración. (Figura 4)

¿Cómo funcionan las urgencias?



Figura 1. Portada del triptico

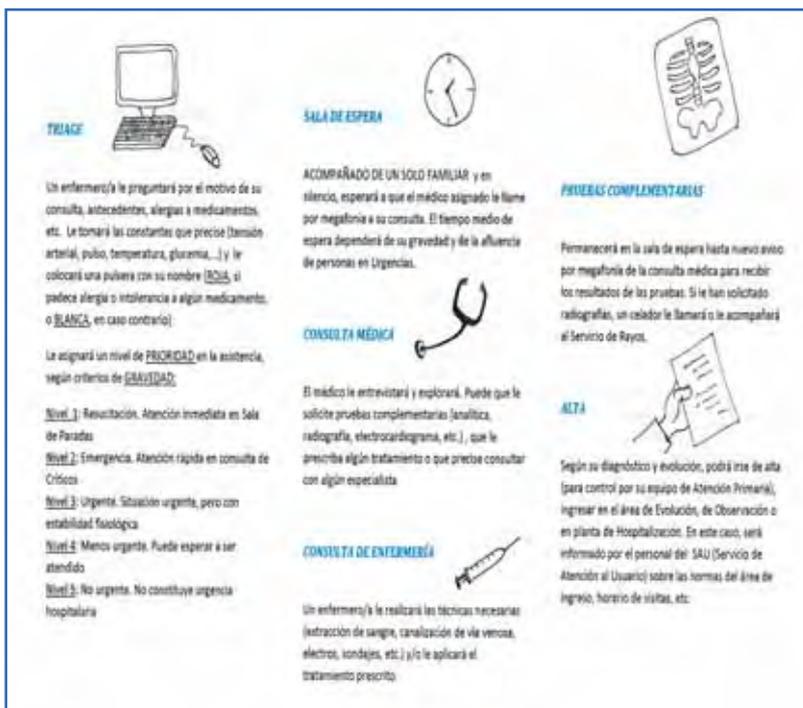


Figura 2. Interior del triptico

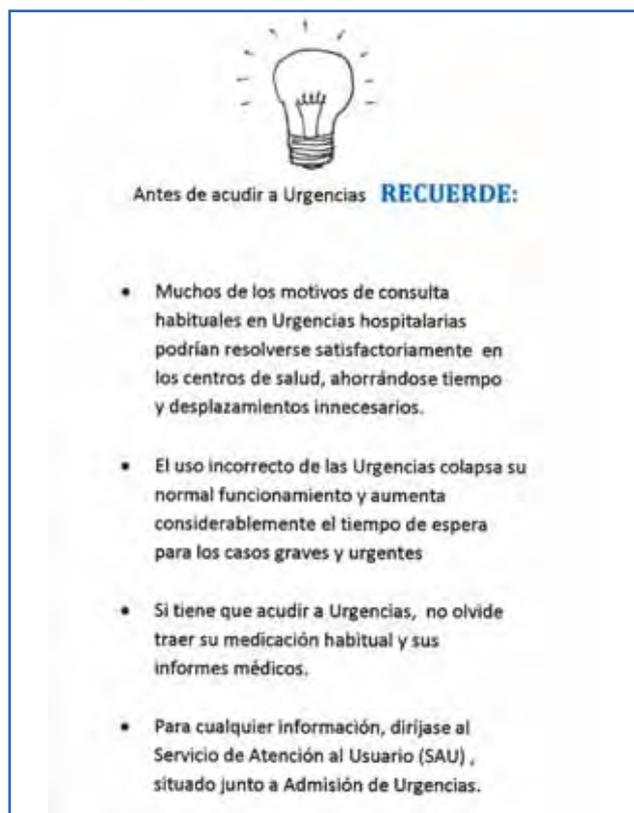


Figura 3. Interior Contraportada

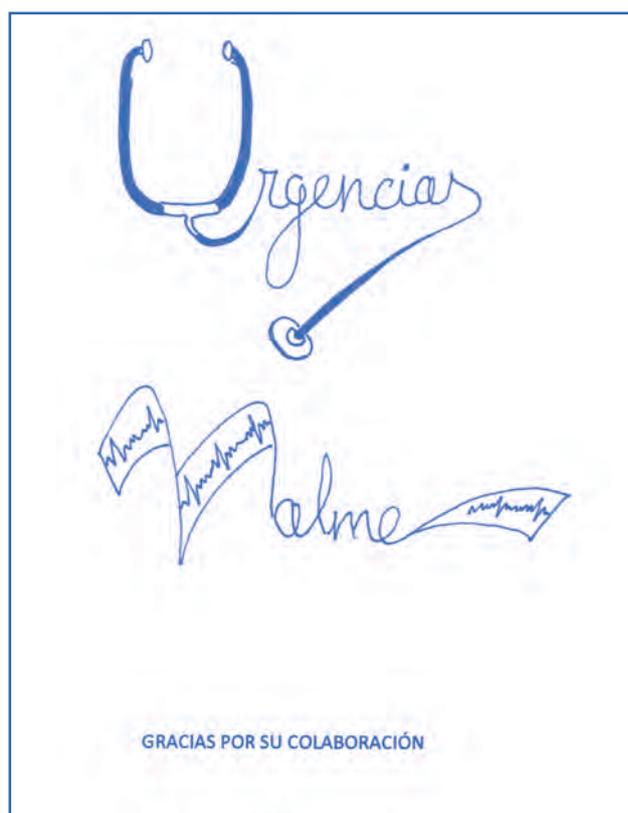


Figura 4. Contraportada

Dichos folletos se colocarían en un expositor ubicado en la sala de espera general para mayor accesibilidad de los usuarios. El ámbito de realización y difusión de este proyecto es la Unidad Funcional de Urgencias, perteneciente a la Unidad de

Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital de Valme. Cuenta con el siguiente personal de enfermería: 53 enfermeros/as, 44 auxiliares de enfermería, una coordinadora, un supervisor y un jefe de bloque.

Su infraestructura básica es la siguiente:

- 2 puestos de Triage
- 1 sala de RCP
- 8 consultas generales
- 2 consultas de Pediatría
- 2 consultas de Traumatología, sala de curas y sala de yesos
- 1 consulta de Especialidades
- 2 consultas de Enfermería para procedimientos
- 20 camas de Observación
- 15 camas y 13 camillas de Evolución
- 3 salas de espera :General, Pediatría y Traumatología

Nuestra metodología de trabajo en la consulta de triage se basa en la escala de triage de Manchester (MTS), que consiste en un sistema de clasificación de pacientes en 5 niveles de gravedad: (3)

Nivel 1: Crítico. Riesgo vital inmediato. Atención en sala de RCP sin demora.

Nivel 2: Emergencia. Situaciones de alto riesgo, con inestabilidad fisiológica y/ o dolor severo. Atención rápida (inferior a 15 min.)

Nivel 3: Urgente, pero con estabilidad fisiológica. Atención en menos de 30 min.

Nivel 4: Estándar. El tiempo de espera puede llegar a los 60 min.

Nivel 5: No urgente. No constituye una urgencia hospitalaria.

RESULTADOS

Según datos obtenidos del sistema informático Diraya y de la Memoria 2010 del Hospital de Valme , durante el pasado año se registraron en nuestra unidad un total de 121.720 urgencias, de las cuales 14.826 quedaron ingresadas (12,18%), 105.823 fueron dadas de alta (86,94%), 144 causaron exitus (0,12%) y 927 se trasladaron a otro hospital (0,76%), con una media de 333,5 urgencias/día. (1) (Gráfico 1)

Tomando como referencia el mes de enero de 2011, representativo del periodo de alta frecuentación en Urgencias, tendríamos un tiempo medio de asistencia de 212,42 min para las consultas, de 83,12 min para Traumatología y de 97,48 min para las Urgencias Pediátricas. (Tabla 1)

Si analizamos la casuística de ese mismo mes de enero, obtendríamos los siguientes datos, de un total de 11.676 urgencias registradas. (Tabla 2)

GRÁFICO 1. Actividad asistencial en Urgencias. Año 2010



TABLA 2. Actividad por motivo de consulta. Enero 2011

Motivos Consulta	Nº Urgencias	% de actividad por motivos de consulta
Absceso	26	0,22%
Cefalea	43	0,37%
Disnea	163	1,40%
Dolor abdominal,		
Epigástrico	73	0,63%
Fiebre	360	3,08%
Hematuria	24	0,21%
Lumbalgia	37	0,32%
Malestar general	20	0,17%
Tos	40	0,34%
Traumatismos	34	0,29%
Vómitos	21	0,18%
Sin definir	10.463	89,61%
Otros	372	3,19%
TOTAL	11.676	100%

TABLA 1. Tiempo medio de asistencia en Urgencias. Enero 2011

Ubicaciones al alta (última)	Nº Urgencias	Tiempo Medio Asistencia (min)
Consultas	4.371	212,42
Traumatología	2.101	83,12
Urgencias Pediátricas	1.767	97,48

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el año 2007 se llevó a cabo una iniciativa similar por parte de un equipo multidisciplinar del Servicio de Urgencias (médicos, supervisora de Enfermería y personal del Servicio de Atención al Usuario). (8) Consistió en la elaboración y distribución de una "Guía de Información al Usuario de Urgencias", la cual cayó en desuso algún tiempo después y no se utiliza actualmente. Tras la revisión y análisis de esta guía y de otras similares (9 y 10), consideramos conveniente su actualización de contenidos y adaptación a nuevo diseño, pues durante el año 2010 la Unidad sufrió una reestructuración física y funcional y la consulta de triage ha adoptado nuevos métodos de trabajo (triage avanzado, sistema Manchester).

La confección y distribución a los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital de Valme del tríptico informativo "**¿CÓMO FUNCIONAN LAS URGENCIAS? INFORMACIÓN A PACIENTES Y FAMILIARES**" responde a una necesidad de información detectada principalmente por el personal de Enfermería en la consulta de triage y constituye una herramienta útil, veraz y actualizada para la consecución de los objetivos que nos planteábamos al inicio de este trabajo, y que podríamos resumir en la mejora de la asistencia al paciente y la optimización de la calidad y seguridad. (11) Asimismo, proporciona una serie de consejos para evitar la sobreutilización por parte de los usuarios, con la consiguiente saturación del servicio de Urgencias.

No obstante, este folleto no debe sustituir la necesaria comunicación oral entre enfermera y paciente/familia como fuente fundamental de transmisión de datos e información, sino reforzarla por medio del material escrito.

Respecto a los beneficiarios potenciales de esta guía, el proyecto tiene una serie de limitaciones que nos llevarían a excluir:

Pacientes con patología tocoginecológica, pues aunque se reciben en el triage general, son atendidas en su propio servicio de urgencias.

Pacientes derivados a las consultas de especialidades (oftalmología, ORL, dermatología).

Pacientes con deterioro cognitivo importante que no tengan acompañantes, que no sepan leer o extranjeros que no dominen el castellano.

Pacientes que por su gravedad (nivel 1) pasan directamente a la Sala de RCP

Tras la elaboración del tríptico y la presentación al supervisor del Servicio de Urgencias, se ha iniciado un proceso de validación por diferentes estamentos (jefe de bloque, departamento de comunicación, responsable médico de urgencias, etc.) con la consiguiente aportación de sugerencias y cambios en contenido y diseño con el objetivo de enriquecer y consensuar una herramienta informativa que debe estar permanentemente actualizada. Actualmente nos encontramos a la espera de la aprobación final del equipo directivo para su implantación definitiva.

No obstante, este proyecto no termina aquí, sino que sería pertinente realizar una revisión tras un tiempo prudencial de implantación, mediante encuestas dirigidas tanto a los profesionales como a los pacientes/familiares para verificar el grado de satisfacción que éstos manifiestan y cuantificar así el efecto del proyecto en la mejora de la información.

AGRADECIMIENTOS

A José F. Molina, autor de las viñetas, y a Carmen Orta, por su traducción al inglés.

A nuestra anterior Supervisora del Servicio de Urgencias, Antonia Villalba, al actual, Enrique Romero y al Jefe de Bloque, Antonio Castro, por su apoyo en la realización de este proyecto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Memoria 2010 del Area Hospitalaria de Valme. Disponible en: <http://ahvalme.org/memoria10/interactivoValme2010.html>
2. Servicio Andaluz de Salud. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias. Documento marco sobre Estándares de Calidad de la atención urgente a los ciudadanos y las ciudadanas en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/523/pdf/EstandaresdeSalud.pdf>
3. López-Guerrero Vázquez P. La Recepción, Acogida y Clasificación de pacientes en las urgencias hospitalarias. En: Fundamentos teórico-prácticos de la enfermería de Emergencias. Enfo Ediciones para FUDEN. 2009. p.221-254.
4. Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Estándares para la práctica de Enfermería de Urgencias y Emergencias. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/documentos/fundamentos/estandares.pdf>
5. Núñez Díaz, S; Martín-Martín, A F; Rodríguez Palmeroa, I; González Hernández, I; Antolín Ariasb, J; Hernández González, R; Álvarez Rubio, L. Identificación de problemas de calidad en la información clínica a usuarios de un servicio de Urgencias hospitalario. Pub. En Rev Clin Esp. 2002; 202: 629-34.- vol 202 núm 12. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/65/65v202n12a13040511pdf001.pdf>
6. Mayor Serrano M^a B. Recomendaciones para la elaboración de folletos de salud. Panacea@. Vol VIII nº 25. Primer semestre 2007. Disponible en: http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n25_tribuna-mayorserrano.pdf
7. Barrio Cantalejo, I M^a; Simón Lorda, P; Carmona Rega, I; Escalona Labella, I; Molina Ruiz, A; Ayudarte Larios, M^a L. Opinión de los pacientes sobre la legibilidad de los folletos de Educación para la Salud. Index Enferm V.17 n.4 Granada oct-dic 2008. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962008000400003&script=sci_arttext
8. Molina, J.M.; Navarro, M.A.; Jaloud, E.; Sánchez, I.; Fernández, R.; Guerrero, M. Elaboración de una guía de información para los usuarios del Servicio de Urgencias del Hospital de Valme. Comunicación póster XII Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Córdoba, 13 al 16 de noviembre de 2007.
9. Información Servicio de Urgencias Hospital Sierrallana. Disponible en: <http://hospitalsierrallana.com/uploads/servicioDeUrgencias08.pdf>
10. Guía de Acogida del Hospital de Alta Resolución de Utrera. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/epsbg/nuestros_centros/hutreraguia_acogida/guia_acogida.pdf
11. Álvarez Baza, M^a C. Evaluación de la calidad en la actividad del triage en un servicio de urgencias hospitalario. Hygia de Enfermería 2008; 68 (XV): 5-14.

EL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. ¿CONSTITUYE UNA HERRAMIENTA ÚTIL PARA LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA? THE NURSING PROCESS IS A USEFUL TOOL FOR NURSES?

- Olga González Toscano
- José Miguel Pérez Jiménez
- Sonia Fimat Molina

Enfermeros/as. Centro de Salud Marques de Paradas. Sevilla

Resumen

Hemos realizado un estudio de tipo descriptivo y observacional en el centro de salud "Marques de Paradas" con objeto de determinar la utilidad que sus profesionales de enfermería hacen sobre la metodología enfermera.

Hemos utilizado porcentajes de los pacientes valorados, de los pacientes valorados y con planes de cuidados elaborados, y de los pacientes que poseen una revaloración. Siendo respectivamente el 35.49%, el 28.79% y el 19.86%. Existe una diferencia en cuanto a la frecuencia con que se aplica la metodología enfermera, dependiendo de la edad y el sexo del profesional. Las características de los que más la emplean son: sexo femenino y edad comprendida entre 41 – 51 años.

También hemos analizado los conocimientos y uso que estos profesionales hacen de los criterios de la EBE y si cuentan en su centro con planes de cuidados estandarizados. La conclusión es que carecen de estos últimos y que su utilización de los criterios de la EBE se reducen al 12.5% de los profesionales.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Metodología enfermera
- ✓ Plan de cuidados
- ✓ Valoración de enfermería
- ✓ Proceso de enfermería

Abstract

We conducted a descriptive study and observational health center "Marques de Stops" to determine the usefulness of nursing professionals make about the methodology nurse.

Using specific software Primary Care District of Andalusia called "Diraya" we got to know the percentages of patients evaluated, the patients assessed and developed care plans and patients who have a revaluation. Being respectively 35.49%, 28.79 % and the 19.86%. We have also found that there is a difference in the frequency of nurse methodology is applied, depending on age and sex of the practitioner. The characteristics of those most in use are female and aged between 41 - 51 years.

Finally, we analyzed the knowledge and use these professionals make the criteria for BSE and whether they have at their center with standardized care plans. Concluding that they lack the latter and that their use of EBE criteria are reduced to 12.5% of professionals

KEY WORDS:

- ✓ Methodology nurse
- ✓ Care Plan
- ✓ Nursing assessment
- ✓ Nursing Process

INTRODUCCIÓN

El trabajo lo hemos realizado en el Centro de Salud Marques de Paradas, que a su vez constituye la Unidad de Gestión Clínica Marques de Paradas. Este centro se ubica en la provincia de Sevilla, en el distrito Casco Antiguo, compuesto por los barrios "El Arenal", parte del "Centro", "San Lorenzo" y "San Vicente". Su población está repartida en una superficie reducida, la cual favorece la elevada densidad demográfica existente.

La estructura demográfica de este distrito es un fiel reflejo de envejecimiento, el peso de la población mayor de 65 años es muy elevado en el casco antiguo, en comparación con el resto de la ciudad.

Construyendo la pirámide de población por edad y por sexo llegamos a los siguientes resultados: < de 1 año hay 46 hombres y 29 mujeres, de 1 a 4 167 hombres y 178 mujeres, de 5 a 9 años 173 hombres y 207 mujeres, de 10 a 14 hay 210 hombres y 217 mujeres, de 15 a 19 años 228 hombres y 259 mujeres, de 20 a 24 hay 457 hombres y 415 mujeres, de 25 a 29 años 646 hombres y 737 mujeres, de 30 a 34 hay 747 hombres y 841 mujeres, de 35 a 39 616 hombres y 659 mujeres, de 40 a 44 años 616 hombres y 652 mujeres, de 45 a 49 hay 548 hombres y 609 mujeres, de 50 a 54 vemos 506 hombres y 640 mujeres, de 55 a 59 años 572 hombres y 617 mujeres, de 60 a 64 hay 546 hombres y 588 mujeres, de 65 a 69 años 392 hombres y 525 mujeres, de 70 a 74 hay 390 hombres y 525 mujeres, de 75 a 79 años 315 hombres y 519 mujeres, de 80 a 84 años hay 222 hombres y 436 mujeres, por último > de 85 años hay 76 hombres y 226 mujeres.

De estos datos podemos obtener el valor de diversos índices poblacionales: ver tabla 1

TABLA 1

ÍNDICES	VALOR
Masculinidad	158.6207
Friz	32.4130
Sundbarg	15.2802
Envejecimiento	317.4409
Dependencia	44.5430
Estructura de la población activa	105.1561
Reemplazamiento de la población	232.8542
Número de hijos por mujer fecundada	10.0671
Índice generacional de ancianos	184.0565
Tasa general de fecundidad	1.7977
Edad Media	46.8565
Edad mediana	45.9097

La población de cobertura en este centro es de aproximadamente unos 11.989 usuarios, con un nivel socioeconómico medio-alto.

Esta población presenta las características que se detallan a continuación:

- Distribución casi igualitaria por sexo. Aunque el número de mujeres es ligeramente superior.
- Como se comentó en el párrafo anterior, es una población envejecida: los mayores de 65 años representan el 78.9% del total.
- Escasa población en edad fértil, con un número bajo de nacimientos por año.
- Alta demanda de servicios sanitarios debido a la cantidad de procesos patológicos crónicos: HTA, diabetes, EPOC, enfermedades cardiovasculares ...
- Nueve Residencias de ancianos.
- Una emergente población de inmigrantes, de todos los cortes de edad, con patología muy diversa.

Con respecto al índice de vejez, que mide la relación entre la población mayor de 64 años y la menor de 15, el distrito Casco Antiguo presenta un ratio de 166 ancianos por cada 100 jóvenes, dato muy por encima del conjunto de Sevilla.

El envejecimiento de la población trae consigo implicaciones sociales y económicas que podemos medir a través del índice de dependencia, que relaciona la población potencialmente activa con la inactiva.

Una característica muy común en la población de esta zona, son los hogares formados por dos o más personas mayores y dependientes entre ellas, lo que implica una gran demanda de los servicios de salud.

En este distrito el crecimiento vegetativo ha presentado siempre valores de signo negativo, circunstancia que se debe principalmente al elevado nivel de envejecimiento de la población que lo compone.

La dotación de personal con la que cuenta el centro de salud es de 8 diplomados en enfermería, 9 médicos, 2 auxiliares de enfermería, 4 administrativos, 1 trabajadora social, 1 matrona y una enfermera de enlace o gestora de casos. Tanto la enfermera gestora de casos, como la matrona y la trabajadora social, están compartidas con otro centro de salud, por lo que el acceso a sus servicios se encuentra bastante limitado para los usuarios y profesionales del centro. Las labores de gestión de enfermería son realizadas por un enfermero, y la dirección del centro está a cargo de un médico.

La edad media de las enfermeras/os del centro es de 58 años. Motivo por el que les ha resultado difícil adaptarse a trabajar empleando nuevos métodos, empezando con la aplicación de valoraciones enfermeras, así como el diseño de planes de cuidados a través de la taxonomía NANDA/NIC/NOC y la utilización de un programa informático con el que elaborar diferentes tipos de registros de enfermería.

La elaboración de los planes de cuidados la han estado realizando hasta el presente mes de octubre mediante el programa informático llamado "Diraya".

Con éste se ha conseguido la informatización de la historia de salud de los usuarios de los diferentes centros de atención primaria de Andalucía. Además ha facilitado la elaboración de planes de cuidados, ya que en él están recogidos todos los

diagnósticos enfermeros de la NANDA, intervenciones NIC, objetivos NOC, diferentes escalas necesarias para la valoración y establecimiento de planes de cuidados, los patrones funcionales de Gordon y las necesidades humanas de Virginia Henderson. A partir del 21 de octubre han comenzado con la implantación de un nuevo programa informático, el que se incorpora un Mapa de Competencias Enfermeras.

Uno de los aspectos que más ha preocupado al gestor de enfermería desde su Incorporación, es conseguir que los profesionales enfermeros del centro apliquen el programa informático y los recursos que ofrece (antes mencionados) en su actividad clínica diaria. Para de este modo, poder garantizar que los pacientes van a recibir una asistencia de calidad por parte de las enfermeras/os. Por ello, en el período de 7 años que he estado trabajando en esta zona básica de salud he podido observar y participar, en numerosas sesiones de formación continuada a este respecto, que en una gran parte de las mismas se ha ofrecido una elevada resistencia a cambiar la forma de actuar de estos profesionales. La razón que se puede encontrar a este problema es la edad de los mismos y unas costumbres con arraigo de años de ejercicio profesional.

Debido a lo expuesto en los anteriores párrafos, decidimos indagar si todos los esfuerzos realizados para la adaptación de las enfermeras/os de este centro a una nueva forma de trabajar, habían sido efectivos y si percibían la elaboración de la valoración, planes de cuidados aplicando la taxonomía NANDA/NIC/NOC y revaloración de los pacientes, como una herramienta útil y enriquecedora.

También quisimos profundizar en el nivel de formación y desarrollo profesional. Por ello, analizamos si además estaban aplicando conocimientos derivados de los estudios de enfermería basada en la evidencia, en la elaboración y aplicación de los planes de cuidados. Y si el centro contaba con mapas de cuidados y planes de cuidados estandarizados.

OBJETIVOS

GENERALES:

Determinar el promedio de realización de planes de cuidados de enfermería por los profesionales del centro de salud "Marques de Paradas".

ESPECÍFICOS:

Establecer el porcentaje de revaloraciones de los pacientes que tienen elaborado un plan de cuidados.

Examinar la familiaridad con la taxonomía NANDA, las intervenciones NIC y los objetivos NOC que poseen dichos profesionales.

Establecer si se utilizan los conocimientos derivados de la enfermería basada en la evidencia para la elaboración de los planes de cuidados.

JUSTIFICACIÓN

El proceso de atención de enfermería nos parece una herramienta de trabajo fundamental para nuestra profesión. Ya que en él se puede recoger una información muy valiosa de la persona que estamos asistiendo. Contribuyendo al desarrollo

de planes de cuidados estandarizados y de rigor científico. Permite trabajar con los conocimientos que parten de la enfermería basada en la evidencia.

Nos proporciona un lenguaje universal entre los profesionales de enfermería, lo que permite que exista una continuidad de cuidados sin lugar a equívocos, ni malas interpretaciones de los mismos.

Además, consideramos de gran importancia la revisión periódica de los planes de cuidados, ya que habrán problemas de enfermería que se habrán resuelto y/o en algunos casos habrán surgido otros diferentes. De esta forma se pueden obtener datos relevantes para la práctica clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Hemos realizado un estudio de tipo descriptivo, observacional, no experimental y que debido al reducido tamaño muestral al que va dirigido, (profesionales de enfermería de un centro de salud), se podría considerar individual.

Sigue un diseño inductivo, ya que a través de casos particulares intentamos confirmar una premisa general: la importancia del proceso de atención de enfermería en la práctica clínica. Y transversal, vamos a determinar el promedio de los planes de cuidados enfermeros realizados y la proporción de revaloraciones de los mismos.

Una vez expuesta la finalidad del trabajo al gestor del centro de salud "Marques de Paradas" en Sevilla, se hizo una presentación del mismo y se obtuvo la colaboración de todos los profesionales de enfermería. En el pasado mes de junio se hizo entrega del cuestionario a todos ellos y se les proporcionó un ambiente de privacidad para la cumplimentación del mismo, obteniendo previamente su autorización y asegurando el respeto a su intimidad. (Según lo establecido por la Ley de Protección de datos).

HERRAMIENTAS EMPLEADAS:

La investigación descriptiva se ha apoyado en la realización de una encuesta diseñada y validada por el Servicio Andaluz de Salud. Para ello se han elaborado ítems que exploran las dimensiones establecidas por Brenann y Anthony sobre Modelos de Práctica Enfermera, a partir del WOFS de Adams et al, del NWIR de Aiken et al, de la encuesta de la Asociación Americana de Enfermeras sobre platillas del hospital y de los check-list de Gonzalo et al sobre comprobación de criterios de evaluación de Unidades para la Gestión de cuidados

Lo deseable para crear una escala fiable es que los ítems estén muy correlacionados entre sí. El nivel máximo de correlación se alcanza cuando los ítems son todos iguales. En tal caso, por las propiedades de la varianza, el valor del alfa de Cronbach es igual a 1. En nuestro caso el alfa de Cronbach es 0.9, por lo que podemos decir que estamos usando una encuesta con una elevada fiabilidad.

En nuestro estudio hemos omitido algunas de las preguntas del cuestionario, por que iban dirigidas a personal hospitalario. Por otra parte, hemos añadido otras relacionadas con la frecuencia de valoraciones y revaloraciones de enfermería y sobre la utilización o conocimiento de la práctica enfermera basada en la evidencia.

El proceso de atención de enfermería

Para realizar los cálculos estadísticos hemos volcado los datos en una hoja excell.

MUESTRA:

El tamaño de la muestra, que es de tipo intencionada, se reduce a 8 personas encuestadas que constituyen la totalidad de las enfermeras/os de este centro. Es decir la población y la muestra son iguales, por lo que el factor de corrección tiene un efecto de reducción total, ya que el error típico de hace igual a cero.

Para el análisis de datos se utilizarán medidas de tendencia central, así como el análisis de proporciones.

VARIABLES:

-Variables Independientes:

Edad de los profesionales de enfermería.

Sexo de los profesionales de enfermería.

- Variables Dependientes:

Porcentaje de valoraciones y planes de cuidados realizados.

Porcentaje de revaloraciones efectuadas.

Porcentaje de profesionales que poseen conocimientos y/o aplican la práctica de enfermería basada en la evidencia.

- Variables Binarias:

Sexo de los profesionales de enfermería.

- Variables Cuantitativas Discretas:

Edad de los profesionales de enfermería.

Porcentaje de valoraciones y planes de cuidados realizados.

Porcentaje de revaloraciones efectuadas.

Porcentaje de profesionales que poseen conocimientos y/o aplican la práctica de enfermería basada en la evidencia.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos tras la realización de la encuesta y su análisis son:

A. CUESTIONES RELACIONADAS CON EL ENTORNO:

En esta sección de la encuesta hemos encontrado una elevada coincidencia en las respuestas, contestando el 100% de los profesionales que las consultas disponen de unas condiciones adecuadas para llevar a cabo su trabajo. Además coinciden todos en que excepcionalmente son interrumpidos en la consulta.

En lo relacionado al confort de los pacientes y familiares el 62.5% le da una puntuación de 7 y el 37.5% un 8.

Un 50% de los profesionales puntúan la seguridad que el centro proporciona al paciente con un 7 y el otro 50% con un 9.

Un 25% considera que la estructura física del centro reúne las condiciones adecuadas para trabajar con un 8 y el 75% restante con un 7.

El 100% cree que el aparataje con que cuenta el centro es suficiente.

Todos coinciden en que los dispositivos de información que posee el centro contienen ordenador con software específico para la prestación de cuidado y teléfono para realizar llamadas externas.

B. CUESTIONES RELACIONADAS CON RRHH.

El centro dispone de un número total de enfermeros igual a ocho. Un número total de auxiliares de enfermería de dos. Y un solo gestor de cuidados.

Este personal se distribuye en turnos de mañanas y tardes, habiendo cinco enfermeras/os por la mañana, y tres por la

tarde. El gestor de enfermería siempre tiene turno de mañana. Las dos auxiliares se reparten el turno, ora mañana, ora tarde. Por tanto, el total del personal lo constituyen diez personas.

El 100% de los profesionales concurren en la elaboración de los turnos en consenso bajo la supervisión del adjunto.

C. CONTINUIDAD DE CUIDADOS.

Como mecanismo para garantizar la cantidad de cuidados, el 100% reconoce que se emplean:

Valoración inicial y planes de cuidados individualizados.

Evolución de enfermería.

Historia clínica individualizada.

El 100% contesta que la forma de asignación de su actividad es por sectores.

También el 100% afirma que los hospitales no remiten a su centro el informe de continuidad de cuidados en la mayoría de los pacientes.

El 100% está en total desacuerdo con que se especifique un teléfono de contacto para las posibles necesidades que le puedan surgir a la enfermera de atención primaria.

Todos están completamente de acuerdo con que los pacientes identifican quien es su enfermera en su centro de salud.

De igual modo, todos responden que están completamente de acuerdo con que pacientes y familiares deberían contar con una sola enfermera como principal referente.

D. COLABORACIÓN.

Todos coinciden en que los profesionales con quién menos colaboración existe es con los administrativos y con el trabajador social.

De igual forma el 100% responde que esta poca colaboración no constituye un problema para las enfermeras/os.

E. COMUNICACIÓN.

Un 62,5% afirma que los médicos de su centro siempre piden opinión a las enfermeras. El 37,5% opina lo contrario.

F. FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL.

El 100% contesta que cuentan de un programa de formación continuada del distrito al que pueden acceder en igualdad de oportunidades.

El 87,5% de las enfermeras no saben como solicitar un curso externo.

En el último año todo el personal de enfermería ha realizado alguna actividad formativa en el centro.

Ninguna enfermera ha asistido a alguna actividad financiada por el centro. Tan solo el 12,5%, ha participado en el último año en alguna actividad docente. Estos resultados se repiten en los proyectos de investigación.

Observamos que todos dicen prestar atención mediante la aplicación del proceso enfermero.

Todos coinciden que los registros enfermeros que poseen en el centro son:

Plan de cuidado.

Evolución.

Escala de valoración específica. (Norton, Barthel...)

Están informatizados en un software específico.

El 75% responde que existen planes de cuidados estandarizados. El 25% no responde a la pregunta.

El 87,5% dice que conoce y usa los registros enfermeros que posee en su centro. El resto reconoce conocer pero no usar.

El 87,5% desconoce si se han actualizado dichos registros. El

12,5% contesta que hace menos de dos años que se actualizaron o elaboraron.

El 25% contesta que realiza una evaluación de los planes de cuidados de forma regular, y el 75% restante que solo lo hace en pacientes concretos.

El 75% dice conocer y utilizar la EBE, el 12,5% dice que la conoce pero no la usa. El resto no la conoce.

Una vez realizadas las encuestas y analizados los resultados, pasamos a obtener información sobre el número de pacientes valorados, número de pacientes valorados y con planes de cuidados, número de pacientes revalorados y las altas de enfermería, que se habían efectuado en un período de tiempo de un año por cada enfermera/o del centro. Para ello utilizamos los datos recogidos en el software Diraya.

Tomamos como referencia temporal junio de 2010 hasta junio de 2011.

Los resultados que obtuvimos fueron:

- Número total de pacientes valorados: 4.254
- Número total de pacientes valorados y con planes de cuidados: 3.452
- Número total de pacientes revalorados: 2.382
- Número total de altas de enfermería: no pudimos obtener ningún dato concluyente al respecto, ya que dicho software carece de ninguna aplicación para poder averiguarlo y en el centro no existe ningún registro sobre el que volcar esta información.

Por lo que podemos afirmar que el 35.49% de los usuarios del centro están valorados, que el 28.79% está valorado y tiene realizado un plan de cuidados y que sólo el 19.86% se encuentra revalorado.

La media de edad de los profesionales de enfermería del centro se sitúa entorno a los 58 años. Ver gráfico 1

Al ver la distribución por sexos, es más elevada en el caso de las mujeres pero éstas constituyen el 75% del personal de enfermería del centro. Por lo que no podemos llegar a ninguna conclusión que sea fidedigna en cuanto si el sexo del profesional influye de alguna forma, en la adopción de la metodología enfermera como sistema de trabajo.

También encontramos que existen diferencias en cuanto a la edad del profesional, siendo los más jóvenes del centro los que realizan mayor número de planes de cuidados y revaloraciones. El 75% los realizan enfermeras/os de entre 41 – 51 años, el 15.5 % los llevan a cabo los que se encuentran en la franja de edad comprendida entre 52 – 62 años y el otro 9.5% los profesionales mayores de 62 años.

Comparamos los resultados obtenidos con los de junio de 2008 a junio de 2009 y vimos que en ese anterior período de tiempo:

- El número total de pacientes valorados fue de 2.684
- El número total de pacientes valorados y con planes de cuidados fue de 1.643
- El número total de pacientes revalorados fue de 987.

Además, comprobamos que del año 2008 al año 2011 este centro de salud había sufrido una reducción en el tamaño de la población a la que asiste, (que no en sus características), de 19.100 usuarios en el año 2008 a 11.989 en el año 2011.

Analizando los resultados obtenidos para junio de 2008- junio de 2009, obtuvimos los siguientes datos:

- Pacientes valorados: 13.89% del total.

- Pacientes valorados y con planes de cuidados: 8.6% del total.

- Pacientes revalorados: 5.16% del total. Ver gráfico 2

En este punto, destacamos el incremento que ha experimentado la utilización del proceso de atención de enfermería en los 2 últimos años por parte de los profesionales del centro. Las valoraciones de enfermería han crecido un 21.6%, se realiza un 20.19% más de planes de cuidados y el número de revaloraciones ha aumentado en un 14.7%.

Poseen 3 guías de práctica clínica elaboradas mediante criterios de enfermería basados en la evidencia:

- "Modelo de Gestión de Casos del SSPA".
- "Guía de Práctica Clínica para el tratamiento de úlceras por presión".
- "Guía de Práctica clínica de Cuidados de la Piel".

Según el coordinador del centro todos los planes de cuidados enfermeros están estandarizados.

DISCUSIÓN

Una vez obtenidos y analizados los resultados del trabajo, procedemos a realizar la discusión del mismo.

Al tratarse de un trabajo en el que la muestra coincide con la población de estudio, resaltamos su carácter individual y la intencionalidad muestral. Por lo que nos limitaremos a describir la percepción que poseen los profesionales del centro de salud "Marques de Paradas", acerca de la utilidad u operatividad del proceso enfermero de diseño de planes de cuidados en su actividad diaria. Sus resultados no son extrapolables a otros centros, pero que pueden tener un gran interés para el coordinador de enfermería. Ya que puede aportarle información sobre los aspectos a mejorar por parte de las enfermeras/os a su cargo en relación con la formación y desarrollo profesional.

Antes de que en 2004 se comenzara con la implantación del software Diraya, ningún profesional del centro utilizaba esta herramienta de trabajo. Incluso muchos de ellos, los de mayor edad, nunca habían oído hablar de esta metodología. Trabajaban según una asignación de tareas como extracciones de sangre, servicios comunes en los que se realizaban curas y se administraba medicación por vía intramuscular fundamentalmente, consulta de enfermería en la que se llevaba a cabo el control de las constantes vitales de los pacientes y visitas domiciliarias, antes llamadas "avisos", a los pacientes inmovilizados o con problemas de tipo psíquico o neurológico, que les impedía desplazarse al centro.

Como hemos señalado anteriormente, tras la reconversión de los Consultorios en Centros de salud, a las enfermeras se les dota de unas competencias y responsabilidades de las que antes carecían. Pasan a ser agentes de salud, las responsables últimas de los cuidados de salud de los usuarios. Se encargan de dirigir diferentes programas de formación y promoción de la salud en la comunidad que asisten, según lo establecido en la cartera de servicios de su Distrito Sanitario.

Todo esto lleva a que los métodos de trabajo que venían utilizando de forma tradicional resulten insuficientes para asumir estas nuevas competencias.

En este marco se comienzan a organizar sesiones clínicas y de formación continuada en el centro, para poder formar al perso-

nal de enfermería en lo referente a metodología. Se empezó introduciendo el concepto de valoración enfermera y proporcionando un registro en que se resumían los patrones funcionales de Marjory Gordon para que les sirviera como guía a la hora de valorar a los pacientes. Continuaron con la aplicación de los diagnósticos NANDA, explicando cómo se estructuran y los criterios de inclusión y exclusión. Terminaron con las intervenciones NIC y los objetivos NOC. Como soporte técnico se empleó Diraya en el que de forma progresiva se fueron incluyendo los diferentes diagnósticos de enfermería, intervenciones y objetivos del paciente. Así como una dotación completa de numerosas escalas de interés en nuestra actividad, como la escala Barthel, Norton, Zarit, Yesavage, ... Esto facilitó de manera significativa la elaboración de planes de cuidados.

Como se señala en estudios similares, esta etapa de implantación de los modelos de práctica enfermera no fue sencilla. Encontraron resistencia por parte de algunos profesionales, más concretamente los ATS con convalidación del título a Diplomado Universitario en Enfermería, por haber recibido una formación cuya orientación teórica y práctica se basaba en la delegación de tareas y prescripciones de los facultativos. No estando familiarizados con las competencias exclusivamente enfermeras.

Otro problema al que siempre se hacía referencia, era la falta de tiempo para realizar la valoración y plan de cuidados a todos debido a la elevada carga asistencial.

Por último, algunos profesionales se quejaban de lo difícil e incómodo que les parecía valorar determinados patrones, porque se sentían invadiendo la intimidad del paciente. (Valoración del patrón sexualidad, creencias religiosas, entre otros)

Por tanto, en el centro de salud "Marques de Paradas" a diferencia de lo que ha ocurrido en otros centros con la implantación del proceso de atención de enfermería, no tuvo una gran acogida en sus comienzos.

Un reflejo de esto, lo podemos observar en los resultados que hemos obtenido en el estudio. En dos años, de 2008 a 2010, se incrementó de forma importante la proporción de valoraciones, diseño de planes de cuidados y revaloraciones, en un 21.6%, 20.1% y 14.7% respectivamente.

Deducimos que conforme el personal de enfermería se ha ido familiarizando y formando en esta metodología de trabajo, les resulta más sencillo aplicarla. Pudiendo comprobar su utilidad como instrumento a emplear en su actividad profesional.

Cuanto más joven es el profesional, mayor es la frecuencia de aplicación para asistir a sus pacientes y el interés que muestran en adquirir nuevas habilidades en la aplicación de cuidados.

Los resultados que obtuvimos con las encuestas, en el apartado de formación y desarrollo profesional, no muestran un fiel reflejo de lo que los profesionales realizan de forma habitual. Todos responden que emplean los planes de cuidados y evolución de enfermería, pero al contrastar esto con la información procedente de "Diraya", vemos que sólo se ha valorado una proporción de pacientes relativamente reducida, siéndolo aún más cuando nos centramos en los pacientes con planes de cuidados.

Cuando nos centramos en las revaloraciones efectuadas, los resultados de la encuesta se aproximan bastante a lo que

ocurre en realidad, es decir, sólo un pequeño número de pacientes es revalorado por su enfermera/o de familia.

En relación con el conocimiento y aplicación de la EBE, al revisar los planes de cuidados de los enfermeros que afirman su utilización, comprobamos que es cierto y que incluso habían llevado a cabo sesiones clínicas para determinar que criterios de EBE escoger. Aunque el número de profesionales que lo hacen se reduce a uno en todo el centro.

En la encuesta el **75%** de los profesionales contesta que su centro cuenta con planes de cuidados estandarizados, incluido el gestor del centro. Pero al revisar los planes con que cuenta su programa informático, vemos que no posee ningún plan de cuidados estandarizado. Sino que se limita a recoger todos los diagnósticos de enfermería de la NANDA 2009-2011, con sus respectivas intervenciones NIC y objetivos NOC. Esto difiere enormemente de las definiciones de los mismos que podemos encontrar en diversos estudios realizados por diferentes Distritos sanitarios.^{7, 17,18}. En este sentido, nuestro trabajo puede contribuir a formar a dicho personal en la elaboración de planes de cuidados estandarizados a través de sesiones de formación continuada pactadas con ellos.

CONCLUSIONES

- 1) Pensamos que con este trabajo hemos podido contestar a la pregunta que ha dado lugar al estudio de investigación, pero sus resultados sólo son aplicables a los profesionales de enfermería del centro de salud "Marques de Paradas".
- 2) Hemos logrado cumplir tanto con el objetivo general como con los específicos.
- 3) De los resultados obtenidos podemos deducir que, aunque se ha incrementado la utilización de los planes de cuidados por parte de estos profesionales, es necesario motivarlos para que los empleen de manera sistemática en su actividad diaria. En el último año sólo un 35.49% de los pacientes han sido valorados y un 28.79% tienen elaborado un plan de cuidados.
- 4) Debido al reducido número de revaloraciones realizadas sería interesante explicar la importancia que poseen éstas, para poder incrementar su frecuencia. (Del total de pacientes, los que poseen una revaloración constituyen el 19.86%)
- 5) Encontramos que a penas se emplean los criterios derivados de la EBE, por lo que sería conveniente formar a los profesionales en este aspecto, ya que es a través de la práctica clínica como surgen los criterios para poder aplicar los mejores cuidados evidenciados científicamente. Así podríamos tener una mayor calidad asistencial.
- 6) Como reto para la dirección y los profesionales del centro, queda la participación en la elaboración de planes de cuidados estandarizados.
- 7) Por último queremos señalar que los planes de cuidados de enfermería constituyen una herramienta esencial para nuestro trabajo.

GRAFICO 1. RELACIÓN USUARIOS APLICACIÓN METODOLOGÍA ENFERMERA

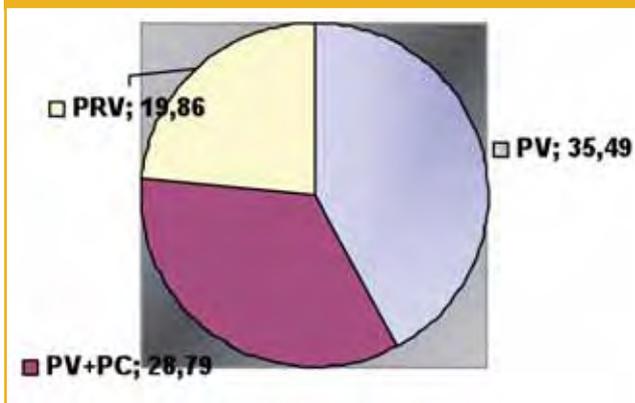
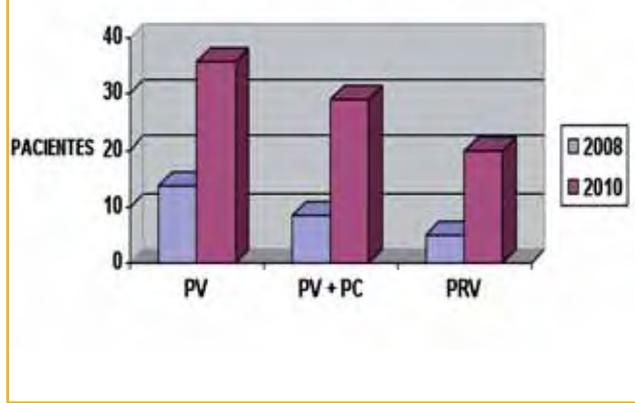


GRAFICO 2. INCREMENTOS PLANES DE CUIDADOS



ANEXO. ENCUESTA REALIZADA A LOS PROFESIONALES DEL CENTRO DE SALUD “MARQUES DE PARADAS”

CUESTIONARIO:

Antes de nada debo garantizarle el compromiso de que la información que usted aporta en este cuestionario es tratada con carácter estrictamente confidencial, respetando la ley de protección de datos y su uso está destinado a la prospección de los modelos de práctica enfermera en el SAS.

¿Acepta la realización del cuestionario? Sí No

A. ENTORNO DE CUIDADOS:

Para comenzar desearía que usted contestase a algunas preguntas sobre las características de la unidad y su funcionamiento.

A.1 ¿Disponen las consultas, salas de curas y aulas de educación elementos que faciliten la intimidad del paciente? :

- Sí 1
- No 2
- Otros (especificar) 3

A. 2 ¿Con qué frecuencia algún miembro del centro irrumpe en la consulta- sala de curas- aula de educación mientras se atiende a una persona? :

- Siempre 1
- A menudo 2
- Excepcionalmente 3
- Nunca 4

A continuación señalamos una serie de afirmaciones, preste atención y dígame en una escala entre 1 y 9, su grado de acuerdo con cada una de ellas, teniendo en cuenta que equivale a estar “completamente en desacuerdo”, 5 a una posición neutra y 9 significa que está completamente de acuerdo:

Sólo puntúa por debajo de 7 ¿Qué tres elementos mejoraría?

A. 3 LAS CONDICIONES DEL CENTRO GARANTIZAN UNA ESTANCIA CONFORTABLE PARA PACIENTES Y FAMILIARES. 1 2 3 4 5 6 7 8 9

A.4 LAS CONDICIONES DEL CENTRO GARANTIZAN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 1 2 3 4 5 6 7 8 9

A.5 LA ESTRUCTURA FÍSICA Y DISPOSICIÓN DEL CENTRO PERMITEN UNAS CONDICIONES DE TRABAJO ADECUADAS 1 2 3 4 5 6 7 8 9

A.6 EL APARATAJE DEL CENTRO ES SUFICIENTE Y SE ENCUENTRA EN CONDICIONES ADECUADAS DE FUNCIONAMIENTO 1 2 3 4 5 6 7 8 9

A.9 Dígame de los siguientes dispositivos de comunicación cuáles hay disponibles en su centro:

El proceso de atención de enfermería

- Línea telefónica exclusiva para pacientes con deterioro de la movilidad que les permita contactar con su enfermera cuando lo necesite.
- Teléfono para realizar llamadas exteriores.
- Ordenador accesible a las enfermeras clínicas, pero sin software específico para la prestación de cuidados.
- Ordenador con software específico para la prestación de cuidados.
- No hay ordenador o no es accesible a las enfermeras.
- Conexión a Internet accesible a las enfermeras.

B. RECURSOS HUMANOS:

B.1 ¿CUÁNTOS PUESTOS DE TRABAJO POR CATEGORÍA Y TURNOS TIENE SU CENTRO?

NÚMERO DE PUESTOS			
	Mañanas	Tardes	Total
Gestor de la unidad	1	0	1
Enfermeras	5	3	8
Auxiliares	1	1	2
Total	7	4	11

B.2 ¿QUÉ MODALIDAD DE TURNOS HAY EN SU CENTRO?

NÚMERO DE PERSONAS POR TURNO			
	1MAÑANAS	2TARDES	3M/T
ENFERMERAS	5	3	8
AUXILIARES	1	1	2
TOTAL	6	4	10

B.3 LOS TURNOS ESTÁN CONFIGURADOS:

- POR LA DIRECCIÓN / COORDINACIÓN Y LAS ENFERMERAS SE ADAPTAN A ÉL.
- POR LA SUPERVISIÓN/ ADJUNTO EN CONSENSO CON LOS ENFERMERAS.
- A PROPUESTA DE LAS ENFERMERAS, CON LA AUTORIZACIÓN DEL SUPERVISIÓN O ADJUNTO.

C. CONTINUIDAD DE CUIDADOS:

C.1 PUEDE DECIRME CUÁL DE LOS SIGUIENTES MECANISMOS SON UTILIZADOS POR EL EQUIPO DE ENFERMERÍA DEL CENTRO PARA GARANTIZAR LA CONTINUIDAD DE CUIDADOS, (NO SON EXCLUYENTES):

- LA VALORACIÓN INICIAL Y PLAN DE CUIDADOS INDIVIDUALIZADO.
- LA EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA.
- EL INFORME DE CUIDADOS AL ALTA.
- LA COMUNICACIÓN ORAL CON OTROS SERVICIOS PARA GESTIONAR LOS PROBLEMAS DEL PACIENTE.
- PLANES DE CUIDADOS ESTANDARIZADOS.
- PROTOCOLOS INTERDISCIPLINARIOS.
- VÍAS CLÍNICAS Y MAPAS DE CUIDADOS.
- HISTORIAS CLÍNICAS INFORMATIZADAS.
- OTROS (ESPECIFICAR).

C.2 ¿CÓMO TIENEN ASIGNADAS LAS ENFERMERAS SU ACTIVIDAD?

- POR CUPOD DE MÉDICOS.
- POR PROGRAMAS.
- POR TAREAS.
- OTROS (ESPECIFICAR).

A continuación haremos una serie de afirmaciones relativas a la continuidad de cuidados, preste atención y dígame, en una escala del 1 al 9, su grado de acuerdo con cada una de ellas (1= completamente en desacuerdo, 9= completamente de acuerdo):

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |

C.3 LOS HOPISTALES REMITEN ASU CENTRO DE SALUD INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS AL ALTA DE FORMA REGULAR Y EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES.

C.4 EN LOS INFORMES DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS ESTÁ CLARAMENTE ESPECIFICADO UN TELÉFONO DE CONTACTO PARA QUE LA ENFERMERA DE AP PUEDA CONTACTAR EN CASO DE NECESIDAD.

C.5 EN GENERAL LOS PACIENTES IDENTIFICAN QUIÉN ES SU ENFERMERA EN EL CENTRO DE SALUD.

C.6 LOS PACIENTES Y FAMILIARES DEBERÍAN CONTAR CON UNA SOLA ENFERMERA COMO PRINCIPAL REFERENTE PARA LOS CUIDADOS.

D. COLABORACIÓN:

D.1 INDÍQUEME DE LA SIGUIENTE LISTA, LOS DOS PROTAGONISTAS DE SU ACTIVIDAD DIARIA CON LOS QUE EXISTE MENOS COLABORACIÓN:

- LIMPIADORAS.
- CUIDADORES INFORMALES.
- TRABAJADORES SOCIALES.
- AUXILIARES DE ENFERMERÍA.
- ADMINISTRATIVOS.

D.2 ¿CÓMO CREE QUE AFECTA AL DESARROLLO DE LOS CUIDADOS ESTA POCA COLABORACIÓN DE ESTOS DOS COLECTIVOS QUE HA SEÑALADO?

- La organización de los cuidados siempre se ve dificultada por la poca colaboración, retrasando o impidiendo un desarrollo normal de la actividad.
- Realmente, no repercute directamente en los cuidados, aunque actúan sin tener en cuenta a las enfermeras, teniendo éstas la sensación de ser "ignoradas" por estos profesionales.
- La poca colaboración influye en algunos aspectos parciales del desarrollo de los cuidados, pero no es un factor que suponga un problema para las enfermeras.
- Otros _____.

E. COMUNICACIÓN:

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo de 1 a 9 (totalmente en desacuerdo, totalmente de acuerdo) con la siguiente afirmación:

E.1 LOS MÉDICOS DE SU CENTRO SIEMPRE PIDEN OPINIÓN A LAS ENFERMERAS.

F. FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL:

F.1 LAS ENFERMERAS DE SU CENTRO:

- Cuentan con un programa anual de formación continuada del Centro/Distrito al que puede acceder en igualdad de oportunidades y gestionado por la Dirección/Coordinación.
- Disponen de un programa de formación en servicio, diseñado de acuerdo con sus propuestas y necesidades.
- Tienen acceso a formación externa financiada con medios públicos.
- Otros _____.

El proceso de atención de enfermería

Indique el grado de acuerdo de 1 a 9 (total desacuerdo/total acuerdo) con las siguientes afirmaciones:

- | | | | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 8 | <input type="checkbox"/> 9 |

F.2 LAS ENFERMERAS SABEN CÓMO SE SOLICITA UN CURSO EXTERNO: EASP, INDEX,...

F.3 EN EL ÚLTIMO AÑO EL 75% DE LAS ENFERMERAS DEL CENTRO HAN REALIZADO ALGUNA ACTIVIDAD FORMATIVA EN EL CENTRO.

F.4 EN EL ÚLTIMO AÑO, ALGUNA ENFERMERA DEL CENTRO HA ASISTIDO A ACTIVIDADES DE FORMACIÓN FINANCIADA POR EL CENTRO.

F.5 EN EL ÚLTIMO AÑO, ALGUNA ENFERMERA DEL CENTRO HA PARTICIPADO EN ALGUNA ACTIVIDAD DOCENTE, YA SEA DEL CENTRO O EXTERNA.

F.6 EN LOS ÚLTIMOS DOS AÑOS:

- Las enfermeras de la Unidad/Centro han participado en proyectos de investigación enfermeros.
- alguna enfermera de su centro ha realizado algún programa formativo con rango de Master/ Experto Universitario/Grado/Título Superior en Enfermería.
- Su centro ha disfrutado de una financiación para un proyecto de investigación enfermero
- Su centro ha organizado algún evento científico enfermero.

F.7 EN SU CENTRO LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS:

- Se realiza mediante la aplicación del proceso enfermero.
- Se realiza de forma tradicional: tareas y registros básicos (gráfica, evolución, curas,...)
- Se realiza de forma tradicional pero estamos iniciando la incorporación del proceso enfermero.
- Otros _____

F.8 INDIQUE QUÉ REGISTROS ENFERMEROS POSEEN EL CENTRO (NO SON EXCLUYENTES)

- Plan de cuidados
- Evolución
- Informe de continuidad de cuidados al alta
- Gráfica de signos vitales.
- Cuidados de situaciones especiales (UPP, caídas,...)
- Escalas de valoración específica (Norton, Barthel,...)
- Mapas de cuidados para procesos específicos.
- Están informatizados en un software específico.

F.9 EN SU CENTRO (NO SON EXCLUYENTES):

- Existen planes de cuidados estandarizados.
- Existen protocolos interdisciplinarios aprobados por la Dirección del centro.
- Hemos incorporado algunas guías de práctica clínica para mejorar la efectividad de los cuidados.

- Disponemos de un manual de procedimientos aprobado por la Dirección de Enfermería/ Coordinación de Distrito.
- Otros _____

F.10 EN CASO DE QUE DISPONGAN DE ALGUNO DE LOS ELEMENTOS CITADOS EN LA PREGUNTA F.8:

- Son conocidos y aplicados por los enfermeros.
- Existen pero no son utilizados por las enfermeras.
- Existen pero sólo se utilizan por el personal de nuevo ingreso
- Otros _____

F.11 EN CASO DE QUE DISPONGAN DE ALGUNO DE LOS ELEMENTOS CITADOS EN LA PREGUNTA F.9:

- Hace menos de dos años que se actualizaron o elaboraron.
- Hace más de dos años que se actualizaron o elaboraron.
- Desconozco si se han actualizado

F.12 EN CASO DE TRABAJAR CON PLANES DE CUIDADOS:

- Los enfermeros del centro realizan una evaluación de los planes de cuidados de forma regular.
- No se realizan evaluaciones de forma regular, salvo en pacientes concretos.
- No se realizan evaluaciones.

F. 13 LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE SU CENTRO:

- Conocen la existencia de la EBE y aplican sus conocimientos en la elaboración de planes de cuidados.
- Conocen la EBE pero no la aplican.
- No conocen la EBE.
- Otros _____

BIBLIOGRAFÍA

1. Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definición/ Clasificación 2009- 2011. Editorial: Elsevier.
2. Editores: Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne Maccloskey Doahterman. (Elsevier Mosby).2009. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 5ª Edición
3. Editores: Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean I. Mass, Elisabeth Swanson. (Elsevier Mosby). 2009 Clasificación de los Resultados de Enfermería NOC. 4ª Edición.
4. Joelle Charrier, Brigitte Ritter. Editorial Elsevier. 2009 El Plan de Cuidados Estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica
5. Pérez Rivas, Francisco Javier; Ochandorena Juanena, Marisol; Santamaría García, José M; García López, Montserrat; Solano Ramos, Vicente; Beamud Lagos, Milagros; de Pareja Palmero, M José Gil Aplicación de la metodología enfermera en atención primaria. Publicado en Rev Calidad Asistencial. 2006; 21:247-54. - Vol.21 núm. 5.
6. Eugenio Contreras Fernández, Antonio Báez Córdoba, Elvira Crossa Martín, María Guerrero González, Antonio Marfil Henares, José Morales Aguilar, Carmen Judith Nogales Estévez, Bernardo Ruiz García, Sergio de Sisto Onorato. Planes de cuidados estandarizados en atención primaria 1ª edición. Marzo 2000. Distrito Sanitario Costa del Sol .SAS.

UNA IMAGEN, MIL PALABRAS. CUIDANDO A UNA SOCIEDAD MULTICULTURAL

AN IMAGE, A THOUSAND WORDS. CARING FOR A MULTICULTURAL SOCIETY

- **Mario Alberto Ávila Arriaza¹**
- **José Manuel Palomo Gómez²**

1. Diplomado en Enfermería. Centro Asistencial Fremap Ciudad Jardín (Sevilla)

2. Diplomado en Enfermería. Centro Asistencial Fremap Alcalá de Guadaíra (Sevilla)

Resumen

El proceso llamado globalización, que se ha caracterizado fundamentalmente por un aumento del flujo migratorio y un importante avance en comunicaciones y transportes, ha generado una gran diversidad étnica y cultural. Ello nos obliga a crear estrategias que permitan a cualquier persona inmigrante acceder a una asistencia sanitaria de calidad y para ello, es básica la comunicación interpersonal.

Comunicarse es un derecho humano básico, y el medio por el cual todos los demás derechos se llevan a cabo. Sin embargo, existen multitud de personas que no son capaces de comunicarse, ya sea por desconocimiento del idioma o por diversas dificultades que le impiden hablar, hecho que va a favorecer la aparición de desigualdades en el desarrollo de sus actividades diarias, así como un mayor porcentaje de riesgo de accidentes laborales.

Por tanto, la creación e implantación de paneles de comunicación nos va a permitir mejorar la interacción profesional – paciente, asegurando la calidad de los cuidados y la satisfacción del usuario.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Pictograma,
- ✓ Panel de comunicación,
- ✓ Inmigración,
- ✓ Cuidados,
- ✓ Idioma,
- ✓ Multicultural

Abstract

The process called globalization, which has been characterized mainly by an increase in migration flows and significant progress in communications and transportation, has generated a great ethnic and cultural diversity.

This forces us to create strategies that allow any immigrant access to health care quality and to this end, basic interpersonal communication.

Communication is a basic human right and the means by which all other rights are held. However, there are many people who are not able to communicate, either through ignorance of the language or various difficulties that prevent you from talking, a fact that will favor the emergence of inequalities in the development of their daily activities.

Therefore, the development and implementation of communication panels will allow us to enhance professional interaction - patient, ensuring the quality of care and customer satisfaction.

KEY WORDS:

- ✓ Pictogram,
- ✓ Communication board,
- ✓ Immigration,
- ✓ Care,
- ✓ Language,
- ✓ Multicultural

Comunicación oral presentada en las 27 Jornadas Nacionales de Enfermería en Cirugía Ortopédica y Traumatología (18 - 20 de Mayo de 2011, Málaga)

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), tal como expone en su documento "Políticas de Salud para todos en el siglo XXI", hay tres valores básicos de promoción de la salud:

- La salud como derecho fundamental de los seres humanos.
- La participación y responsabilidad de las personas, grupos, comunidades, instituciones, organizaciones y de sectores en el desarrollo de la salud.
- La equidad en materia de salud y la solidaridad de acción entre todos los países, entre grupos de población de cada país y entre géneros.

Cada vez con más frecuencia atendemos a población inmigrante y ello nos obliga a reformular nuestras estrategias y a una adecuación de nuestros servicios y conocimientos.

Los flujos migratorios constituyen uno de los procesos sociales más relevantes en esta etapa histórica que llamamos globalización y alertan sobre la necesidad de desarrollar políticas adecuadas para hacer frente, de forma integral, a las nuevas situaciones de colectivos de inmigrantes que van a necesitar un importante apoyo educativo y sociosanitario en el que la enfermería debe desempeñar un papel de primer orden.

El considerable aumento en las tasas de inmigración y las modernas tecnologías en comunicación y transportes han generado una gran diversidad étnica y cultural, situación que nos obliga a desarrollar estrategias que faciliten la relación profesional sanitario – paciente para evitar que esta multiculturalidad constituya una barrera en el acceso a una mejor atención de salud.

En Alemania y Francia, el 30% de todos los accidentes laborales actuales que terminan en incapacidades permanentes se dan en inmigrantes. Datos similares se extraen de Bélgica, donde los trabajadores subsaharianos y turcos de la industria pesada tienen más accidentes que los nacionales.

España es el décimo país del planeta que más inmigrantes posee en números absolutos. En los 5 últimos años, la población extranjera se había multiplicado por cuatro, asentándose en el país casi tres millones de nuevos habitantes.

El hecho de cuidar a una sociedad multicultural supone un auténtico reto para el profesional sanitario, que a menudo, puede fracasar en su quehacer debido al déficit en formación para la atención a grupos culturales distintos al autóctono.

El enfermero encara la difícil tarea de salvar esas diferencias culturales, mejorando su sensibilidad y su comunicación interpersonal. El desconocimiento del idioma y la falta de comunicación son las primeras barreras frente a la población inmigrante, que la colocan en situación de riesgo de sufrir accidentes laborales. También generan una sensación de desatención y abandono, pudiendo desencadenar un agravamiento de la enfermedad por la dificultad existente en el tratamiento, además de la problemática emocional que esto desencadena. La comunicación es una herramienta terapéutica esencial que da acceso al principio de autonomía, al consentimiento informado, a la confianza mutua, a la seguridad y a la información que el paciente necesita para ser ayudado y ayudarse a sí mismo. Dada la dificultad o imposibilidad que poseen para comunicarse es importante demostrar, por parte del profesio-

nal, empatía, respeto y autenticidad, comportándose de forma natural, sincera y espontánea. Además, debemos tener en cuenta la comunicación no verbal, ya que ejerce una influencia del 90% sobre la comunicación, destacando la valoración de elementos como el contacto visual, el tacto o la distancia interpersonal.

OBJETIVOS

- Facilitar la comunicación bidireccional entre profesionales y personas de habla no hispana o con dificultades en la comunicación, ofreciéndoles un instrumento para expresar de forma clara y concisa su estado de salud.
- Servir de guía para la unificación de criterios en la actuación sanitaria, facilitando a los profesionales un formato común para la valoración inicial del paciente y sucesivas consultas.

METODOLOGÍA

Sensibles a los problemas que el idioma supone en la priorización de un problema de salud urgente, se plantea la creación de un sistema alternativo de comunicación, que sustituye al lenguaje oral cuando éste no es comprensible o está ausente. Estos sistemas permiten que personas con dificultades de comunicación puedan relacionarse e interactuar con los demás, manifestando sus opiniones, sentimientos y deseos. Para ello, se ha diseñado un tablero o panel de comunicación en los principales idiomas de los pacientes atendidos en nuestros centros asistenciales, en el que se representa el lenguaje mediante un sistema pictográfico, utilizando dibujos o imágenes, que nos permitirá comunicarnos con el paciente que tenga dificultades para la comprensión o comunicación del idioma. En ambas caras del panel, encontraremos una disposición similar:

- Una fila superior, con números (0-10) con los que podemos conocer, mediante la señalización del paciente, todos los datos numéricos necesarios para completar la historia clínica (edad, peso y hora de la última toma de analgésicos, entre otros).
- Una columna en el margen derecho, con letras (A-Z) que nos ayudará a esclarecer datos tan importantes como el nombre del paciente o sus posibles alergias medicamentosas.

Dos zonas centrales:

- La primera con aspectos generales como pueden ser "sí" o "no entiendo", fundamentales para la comunicación con el paciente, o "ambulancia" (en el caso de necesitar transporte sanitario).
- La segunda o inferior, enfocada a un colectivo en concreto (médico, enfermero o fisioterapeuta) que incorporará las imágenes imprescindibles para una atención y tratamiento integrales. Esto nos va a permitir que podamos trabajar interdisciplinariamente con la misma herramienta.

En la zona central del anverso del tablero (figura 2), se distribuyen los pictogramas necesarios para realizar una historia clínica inicial, clasificados según su orden de aparición en:

- Antecedentes personales: Dada la imposibilidad de nombrar la totalidad de los antecedentes existentes, se incluyen los más frecuentes (cardiopatías, problemas

Una imagen, mil palabras

respiratorios [asma], diabetes mellitus, tabaquismo, hipertensión e intervenciones quirúrgicas).

- **Alergias:** Estacionales (primavera fundamentalmente), alimentarias o medicamentosas. Se incluye también la reacción cutánea, que puede estar asociada a material de curas.
- **Mecanismo lesional:** se incluyen algunos de los mecanismos más frecuentes que pueden derivar en lesiones corporales. Destacan las contusiones, caídas, desmayos, accidentes de tráfico, incisiones, quemaduras, picaduras y contracturas.
- **Tiempo de evolución:** Para indicarlo, contaremos con dos figuras. Un calendario y un reloj de arena situados en la zona suprayacente, nos servirán para representar la fecha y la hora en la que se produjo el accidente.
- **Zonas anatómicas afectadas:** se podrán señalar sobre las figuras que representan el cuerpo humano, aquellas zonas afectadas susceptibles de actuación por parte de cualquiera de los colectivos implicados (medicina, enfermería y fisioterapia).
- **Escala del dolor:** se empleará la escala visual del dolor, representada por una sucesión de números del 1 al 10, siendo el 1 la ausencia de dolor y el 10 el peor dolor imaginable. Asimismo, se adjuntan una serie de rostros que orientarán al paciente en su elección de su nivel de dolor.



Figura 1. Sistemas alternativos de comunicación: gestuales, cuadernos comunicativos, comunicadores (voz sintetizada) y paneles de comunicación.

- **Exploración clínica y complementaria:** Para explorar al paciente, será necesario que se desvista o que adopte distintas posiciones como el decúbito supino, que será representada con el icono de la camilla. En el área de Traumatología, la técnica diagnóstica más usada por su accesibilidad y reducido coste será la radiografía, por lo que será el método de elección en las consultas traumatólogicas de urgencias.
- **Diagnóstico y tratamiento:** se incluyen algunas de las prescripciones que se indicarán tras el diagnóstico médico, como la inmovilización de la parte afectada (yeso) o el reposo. Además, figuran el icono de enfermería y fisioterapia como opciones de tratamiento.

En el reverso (figura 3), la zona central se dividirá en 2 partes. Una correspondiente a enfermería y otra a fisioterapia, donde aparecen reflejadas las principales funciones que realiza cada uno. Asimismo, se incluye un pictograma para indicar las zonas lesionadas a tratar y la escala del dolor, al igual que en el anverso del panel.

Por otra parte, las leyendas que aparecen bajo las imágenes serán traducidas a distintos idiomas, de modo que cuando señalemos a punta de dedo alguna de ellas el paciente podrá, en primer lugar, identificar el dibujo del panel y posteriormente, leer el significado de la misma en su propia lengua (figura 4 y 5).



Figura 2. Anverso del panel de comunicación.



Figura 3. Reverso del panel de comunicación



Figura 4. Panel de comunicación con leyendas en árabe

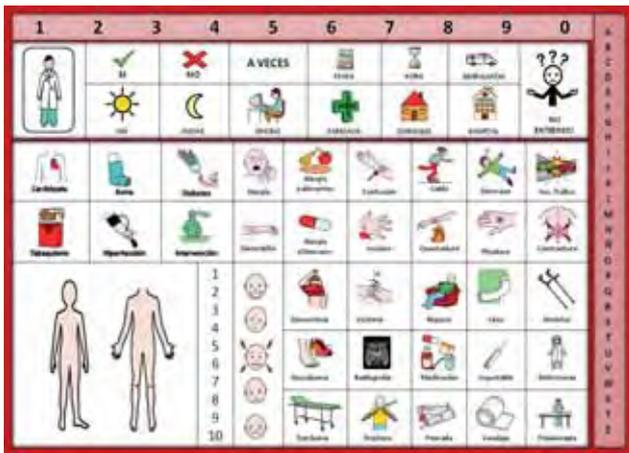


Figura 5. Panel de comunicación con leyendas en inglés.

Es importante mantener actitudes de escucha activa y no hacer otras actividades mientras estemos conversando. Colocarse en la medida de lo posible a su misma altura o en el campo de visión que resulte más adecuado para la persona.

RESULTADOS

El derecho a comunicarse es un derecho humano básico, y el medio por el cual todos los demás derechos se llevan a cabo. Para que se garantice plenamente, debemos asegurar:

Que todas las personas tengan un medio de comunicación que les permita la mayor participación posible en el mundo. Que las personas puedan comunicarse usando el método elegido por ellas.

Y que su comunicación sea tenida en cuenta por las demás personas.

La utilización de este sistema nos permitirá una mejora en la comunicación con el paciente, aumentando la empatía, el respeto y la confianza hacia el profesional sanitario.

Todo ello va a derivar en una mayor adherencia a los tratamientos, lo que garantizará el éxito de la relación terapéutica y por tanto, una asistencia sanitaria de calidad.

CONCLUSIONES

La atención sanitaria a la población extranjera supone un auténtico reto para el personal sanitario, el reto de cuidar en una sociedad multicultural.

Un reto que a menudo fracasa porque falla la comunicación, por ignorancia, por actitudes negativas o incluso por rechazo hacia la diferencia cultural, porque no somos capaces de comunicarnos con el "diferente", incapacidad que se traduce en el fracaso del más importante acto de comunicación que realiza el profesional de Enfermería: *EL CUIDADO*.

Por ello, la creación e implantación de paneles de comunicación va a permitir una mayor accesibilidad al sistema sanitario de salud por parte del paciente y una mayor interacción con el profesional, mejorando la calidad de los cuidados y la satisfacción de ambos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Leininger M. Teoría de los cuidados culturales. En: Marriner-Tomey. Modelos y Teorías de Enfermería. Madrid: Mosby Doyma; 1994.
2. Alarcón M. Ana M., Aldo Vidal H., Neira Rozas, J. Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Rev. Méd. Chile 2003; 131 (9): 1061-65.
3. Editorial. Cuidar en la transculturalidad. Revista de Enfermería. Albacete. Nº 15. Abril, 2002
4. Abril A.D, Delgado S. C.I, Vigara C.A. Comunicación aumentativa y alternativa. Guía de referencia. CEAPAT. Ministerio de Sanidad y Política Social. Marzo 2009
5. Castillo Mayedo, Juan A. El cuidado cultural de Enfermería. Necesidad y relevancia.
6. Lilo Crespo M, Galao Malo R, Casabona Martínez I, Mora Antón D. Competencia cultural y cuidados. Análisis conceptual y revisión bibliográfica. Evidentia 2004; (1): 3.
7. López Vélez, R. Inmigración y Salud. Yamanouchi. Madrid. 2002
8. Lucas J., Torres F. (eds.). Inmigrantes: ¿Cómo los tenemos? Talasa. Madrid. 2002
9. Clavijo C., Aguirre M. Políticas sociales y estado del bienestar en España: las migraciones. Fundación Hogar del Empleado. Madrid. 2002

ENFERMEDAD CELÍACA EN EL NIÑO. LABOR DE ENFERMERÍA

- Inmaculada Cruz Cabrera¹
- M^a Cristina Hidalgo Díaz¹
- Manuela Cruz Cabrera²

1. D.E. Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.
2. Cocinera y Pinche de cocina.Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

La enfermedad celiaca es una intolerancia al gluten y más concretamente a una de sus fracciones proteicas o componentes, llamada gliadina, de tal forma, que cuando comen alimentos que contienen estas sustancias se produce daño en el intestino.

El gluten forma parte de las proteínas del trigo, cebada, centeno y avena. Se trata de una intolerancia permanente, mantenida durante toda la vida. Aparece en personas que tienen predisposición genética a padecerla.

Esta intolerancia produce una lesión características de la mucosa intestinal o capa que recubre el intestino: se produce una atrofia de las vellosidades del intestino, o destrucción en mayor o en menor grado de las zonas del intestino donde tiene lugar la absorción de los alimentos.

Esta atrofia es reversible, es decir, que el intestino se normaliza cuando se inicia la dieta sin gluten.

Si no se diagnostica precozmente, la enfermedad celiaca puede provocar, retraso del crecimiento y/o del desarrollo infantil, fatiga, erupción en la piel, pérdida de peso, vientre hinchado, retardo de menarquía, irritabilidad...

La enfermera juega un papel importante en el diagnóstico de la enfermedad celiaca en el niño. En cuanto a la Educación Sanitaria tiene una gran labor centrada tanto en los padres como en el niño, desde la definición de la enfermedad, como tratarla, hasta como elaborar una dieta.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Intolerancia al gluten
- ✓ Enfermedad celiaca
- ✓ Dieta
- ✓ Importancia del diagnóstico precoz

Abstract

Celiac disease is an intolerance to gluten and specifically to its protein fractions or components, called gliadin, so that when they eat foods containing these substances damage occurs in the intestine.

Gluten is part of the proteins of wheat, barley, rye and oats. This is a permanent intolerance, maintained throughout life. Appears in people with genetic predisposition to allergies.

This intolerance produces a lesion characteristics of the intestinal mucosa or lining of the intestine: there is an atrophy of the villi of the intestine, or destruction to a greater or lesser degree in the areas of the intestine where absorption takes place of food.

This atrophy is reversible, meaning that the bowel to normal when you start the diet without gluten.

If not diagnosed early, celiac disease can cause stunting and / or child development, fatigue, skin rash, weight loss, bloating, delayed menarche, irritability ... The nurse plays an important role in the diagnosis of celiac disease in children. Regarding education has focused a great job on both parents and the child, from the definition of the disease, treatment and processing of a diet.

KEY WORDS:

- ✓ Gluten Intolerance
- ✓ Celiac enfermedad
- ✓ Diet
- ✓ Importance of early diagnosis

QUE ES CELIAQUIA. DEFINICION.

La enfermedad celiaca es una enfermedad crónica que consiste en una intolerancia a las prolaminas del gluten, en la que intervienen factores genéticos, como la presencia de antígenos HLA, inmunológicos y ambientales. Se caracteriza por una alteración a nivel de intestino delgado proximal, que consiste en una atrofia de las vellosidades intestinales asociadas a intolerancia al gluten durante toda la vida

La repercusión clínica y funcional va a depender de la edad y la situación fisiopatológica del paciente. Esta intolerancia es de carácter, permanente, se mantiene a lo largo de toda la vida y se presenta en sujetos genéticamente predispuestos a padecerla. Los pacientes celíacos al presentar intolerancia al gluten, tienen prohibido la ingesta de gluten presente en cereales como trigo, cebada, centeno y avena, así como sus derivados. Los anticuerpos presentes en el suero de los pacientes celíacos, utilizados como marcadores inmunológicos para el diagnóstico

de enfermedad celiaca, así como los síntomas clínicos y la alteración funcional, desaparecen con una dieta estricta sin gluten. Es más frecuente en las niñas o mujeres que en niños u hombres, y mayormente de raza blanca. Suele presentarse de forma brusca con vómitos y diarreas, con afectación del estado general, en la infancia por primera vez, antes de los dos años de vida, aunque también a veces en la pubertad.

Son niños con vientre grande, protuberante y forma redondeada, con nalgas planas, sin grasa y andares de pato. Sicológicamente son niños irritables, caprichosos y anoréxicos. Es una enfermedad hereditaria, por lo que lo más probable es que otro miembro del grupo familiar la padezca y deben ser examinados.

El establecimiento de un tratamiento adecuado y un control adecuado de la enfermedad, aseguran el buen estado de salud y la posibilidad de hacer una vida completamente normal. De ahí el papel tan importante que juega la enfermera en la enfermedad celiaca en el niño.

ETIOLOGIA

Hay cuatro grupos de proteínas presentes en la harina de trigo: GLIADINA que es la más tóxica, GLUTEMINAS, ALBUMINAS y GLOBULINAS. Estas producen alteraciones en la mucosa intestinal con aplanamiento de las vellosidades y atrofiadas parciales de mayor o menor grado, produciendo así un cuadro más o menos grave. También puede haber un aumento de linfocitos, neutrófilos y eosinófilos.

La GLIADINA es la que más lesiona la mucosa intestinal pero no se sabe muy bien cuál es su mecanismo de acción. Pudiera ser por la acción tóxica directa sobre la mucosa, por la falta de enzimas que fraccionan la GLIADINA o por la reacción inmunológica frente a las proteínas del gluten en personas predispuestas.

Se produce una malabsorción de hidratos de carbono, proteínas, grasas, minerales y vitaminas debido a las deposiciones pastosas, abundantes, de color blanquecino-grisáceo, brillantes, de olor fétido, espumosas y con ruidos en su expulsión.

SINTOMATOLOGIA

Es complicado establecer un cuadro estándar de los síntomas de la enfermedad ya que varían de una persona a otra. Son afectaciones digestivas.

La sintomatología es similar a los que presenta la enfermedad de Crohn o la diverticulosis, así como cualquier infección por virus.

Los síntomas son distintos a las molestias. Mientras existen personas que presentan diarrea constante y dolor abdominal, otras únicamente presentan decaimiento, irritabilidad y cuadros similares a la depresión.

Clínica más común que presenta el niño celiaco:

- Diarrea crónica (síndrome de mala absorción), cólicos.
- Vómitos reiterados.
- Distensión abdominal.
- Retraso en el crecimiento.
- Falta de masa muscular.
- Dolor abdominal.
- Pérdida de peso.

- Anemia.
- Escasa estatura.
- Sequedad de la piel y el pelo.
- Descalcificación.
- Calambres musculares.
- Inapetencia.
- Erupción en la piel.
- Dolor de articulaciones y huesos.
- Fatiga.

CLASIFICACIÓN DE ENFERMEDAD CELIACA SEGÚN MANIFESTACIONES GASTROINTESTINALES Y DENOMINACIÓN.

Se clasifican en:

1. Presentación sintomática o clásica, que generalmente incluye malabsorción de nutrientes y es más frecuente en la infancia.
2. Oligo o monosintomática (o silenciosa), en que la sintomatología gastrointestinal puede tener baja intensidad o el paciente puede referir síntomas no gastrointestinales. Generalmente es más frecuentes en niños mayores y adultos.

Se denomina a la Enfermedad Celiaca como:

1. CLÁSICA: Con predominio de sintomatología intestinal, suele aparecer antes de los dos años de vida.
2. POTENCIAL: Es asintomática, la biopsia es normal pero las pruebas serológicas y el estudio genético es positivo.
3. LATENTE: No tiene síntomas. Pueden desarrollarla de forma súbita.
4. SILENTE: No presentan sintomatología pero sí marcadores serológicos positivos y alteración de la mucosa intestinal.
5. REFRACTARIA: Aquella que no responde al tratamiento.

La dieta exenta de gluten no elimina los trastornos intestinales. La variabilidad en la presentación clínica dificulta el diagnóstico de la enfermedad y se compara la enfermedad con un iceberg (iceberg de Logan) que explica la sintomatología de la enfermedad.

El 30% corresponde a la población celiaca diagnosticada que ha presentado sintomatología. El 70% corresponde a la población que aún no ha sido diagnosticada.

DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Su diagnóstico se basa en la clínica, serología y biopsia del intestino delgado mediante técnica endoscópica. Además de las pruebas físicas, se hará un estudio en sangre, con el fin de analizar el nivel de anticuerpos al gluten.

Los anticuerpos se producen por el sistema inmunológico al sentirse amenazado. La analítica se extrae tras una ingesta de gluten, para realizar una medición más acertada.

Los indicadores que se suelen analizar son:

- Antigliadina.
- Antiendomiso.
- Antitransglutaminasa

Adicionalmente el diagnóstico definitivo se realiza con una biopsia duodenyonal. En esta prueba se comprueba si existen vellosidades que recubran el intestino delgado a través de la recogida de una muestra de tejido intestinal. El paciente celiaco presenta daño en las vellosidades intestinales o barrido

Enfermedad celiaca en el niño. Labor de enfermería

completo de las mismas, que es la razón de que sufran mala absorción de nutrientes que puede culminar en raquitismo y retraso del crecimiento.

El establecimiento de un tratamiento adecuado y un control adecuado de la enfermedad, aseguran el buen estado de salud y la posibilidad de hacer una vida completamente normal.

Una vez diagnosticada la enfermedad, el especialista establecerá una dieta alimenticia para controlar los niveles de anticuerpos de gluten en la sangre. Una vez eliminado el gluten de la dieta, el paciente comenzará a experimentar mejoría rápidamente, el intestino delgado se cura y las funciones normales se restablecen.

Por lo que el tratamiento consiste en la eliminación del gluten de la dieta, libre de cebada, trigo, centeno y avena.

Debe informarse a la familia que no se debe de consumir alimentos con gluten aunque desaparezcan los síntomas.

EDUCACION SANITARIA POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Se debe informar a los niños sobre la enfermedad lo más pronto posible, de forma clara y sin engaños, adecuando siempre la información a su edad y nivel de comprensión. El niño debe comprender que los alimentos con gluten le perjudican. Deben saber decir NO, cuando le ofrezcan alimentos con gluten.

No se deberán esconder los alimentos con gluten, se enseñará al niño a distinguir entre lo que puede comer y lo que no.

Se informará al colegio sobre la enfermedad celiaca, así como los alimentos que pueden o no tomar.

En cumpleaños, fiestas, excursiones y distintos eventos en el colegio, hay que tener presente la dieta del niño celiaco y contar con los alimentos que puede consumir.

Por otra parte, la Educación Sanitaria es fundamental para los padres. Se les informará de la enfermedad en sí, la dieta, como preparar los alimentos, qué alimentos contienen gluten y dónde conseguir los alimentos, entre otros.

EL GLUTEN. RIESGO PARA EL NIÑO Y COMPLICACIONES AL NO TRATARLA

La presencia de gluten en los alimentos provocará una inmediata recaída y, es conveniente saber que, aunque sea en pequeñas cantidades, los riesgos de padecer efectos secundarios en el plazo largo, son enormes. Así, falta de hierro, anemia, deficiencia vitamínica, mal funcionamiento del páncreas y osteoporosis, son las enfermedades que podría presentar un adulto que no hubiese sido tratado adecuadamente en la infancia por una enfermedad celiaca. Es fácil controlar la ingesta de gluten, pero no se tiene idea de la cantidad que se ingiere hasta que no nos paramos a pensarlo.

¿EN QUE ALIMENTOS SE ENCUENTRA EL GLUTEN? MENUS.

Los celíacos pueden comer prácticamente de todo. Sólo den evitar el gluten que se encuentra en cereales como trigo, avena, cebada, centeno y derivados.

La dieta sin gluten se basa en dos premisas fundamentales:

1. Eliminar todo producto que tenga como ingredientes, trigo, espelta, cebada, centeno y avena.
2. Eliminar cualquier producto derivado de estos cereales:

- Almidón.
- Harina.
- Sémola.
- Pan.
- Pasta alimenticia.
- Bollería.
- Repostería.

En cuanto a la harina, se pueden encontrar otros tipos de harinas como la de maíz, de arroz o de patata, que no contienen gluten.

Hay marcas como Schär, Barkat, Sanavi, que ofrecen todo tipo de productos sin gluten así como galletas, bizcochitos, bases de pizzas, cereales para el desayuno, barquillos, una amplia variedad de golosinas, típicos dulces para la merienda de los más pequeños y todo tipo de pastas desde los clásicos espaguetis, hasta láminas para hacer lasaña. De esta manera, se puede cocinar casi cualquier plato, incluyendo los fritos empanados y rebozados, siempre que usemos una de estas harinas. Un celiaco puede comer el mismo menú que toda su familia siempre y cuando el resto de la familia evite ciertos alimentos o bien consuman los alimentos sin gluten antes mencionados. De este modo, se evita hacer dos comidas y se evita la ansiedad que provoca al niño celiaco, el desear algún alimento que no debe ingerir. A la familia no se le priva con esta dieta sin gluten, de ningún aporte alimenticio necesario para una buena nutrición.

Ejemplo de menú apto para el niño celiaco que puede compartir con la familia, excepto de harinas y cereales:

1. PRIMERO:

- Paella.
- Ensaladilla.
- Ensalada (lechuga, cebolla, atún, queso, jamón de york, tomate y maíz, aceitunas, zanahorias, tomate...)
- Aliños (patatas aliñadas, pimientos asados, picadillo de mariscos, huevas aliñadas...).
- Guiso de legumbres (lentejas, garbanzos, guisantes, chícharos...).
- Sopa (que no lleve fideos).
- Empanada gallega.
- Puré de verduras.
- Pasta con salsa a elegir.
- Pan tumaca o de ajo.

2. SEGUNDO:

- Entrecot de ternera.
- Lubina a la roteña.
- Pollo en salsa.
- Tortilla de patatas (fritas las patatas n aceite limpio con seguridad que no hay restos de harina).
- Salmón al horno.
- Gambas al ajillo.
- Revuelto de setas, jamón y ajetes.
- Lasaña.
- Albóndigas con tomate.
- Filetes empanados, rebozado con pan rallado sin gluten.
- Croquetas.
- Hamburguesas.

3. POSTRES:

- Fruta natural o en almíbar.
- Arroz con leche.
- Flan de huevo.
- Yogurt.
- Mousse de limón.
- Natillas, sin galletas, o con galletas sin gluten.
- Chocolate.
- Bizcochos.
- Tartas variadas.

Todo ello acompañado de pan sin gluten.

La elaboración y manejo de la dieta reside en la utilización de productos adecuados para celíacos, acostumbrándose a leer los ingredientes de los alimentos elaborados y embasados aunque pensemos que no contiene gluten. Pues hay alimentos que frescos, no contienen gluten y una vez embasados, sí que lo contienen, como es el caso de frutos secos y los bricks de zumos.

DIETA SIN GLUTEN

Desayunos: Leche + cacao puro, café o té.

Cornflakes de arroz o maíz o maizena o

Pan elaborado con harina de arroz, maíz, soja o trigo sin gluten.

Margarina.

Fruta.

Media mañana: Fruta.

Comidas: Sopa de arroz, verduras o

Puré de patatas + verduras o

Verduras o ensalada o

Lentejas, garbanzos o alubias o arroz o

Pescado o

Carnes o pollo o hígado o jamón o

Huevos.

Fruta.

Merienda: Leche o requesón o queso fresco pasteurizado.

Cenas: Igual que la comida pero variando los alimentos.

Observaciones: Leer cuidadosamente las etiquetas de cualquier producto que se consuma para no tomar alimentos que contengan trigo, centeno, avena o cebada.

ALIMENTOS PROHIBIDOS

- Los cereales anteriores.
- Pan, galletas, palitos, magdalenas, pasteles y dulces elaborados con dichas harinas.
- Chocolate, cacao preparado, helados y caramelos ya que pueden contener dichas harinas.
- Empanadas, croquetas, pizzas, salsas espesadas con esas harinas.
- Sopas o purés preparados.
- Macarrones, espaguetis, tallarines y pastas.
- Alimentos para niños preparados con cereales.
- Embutidos de fábrica, jamón dulce, chorizo... que no se conozca su composición.
- Hamburguesas, salchichas, carne picada de comercio.
- Mahonesa, mostaza y todas las salsas preparadas.
- Alimentos rebozados o precocinados de comercio.

ALIMENTOS PERMITIDOS

- Leche y derivados lácteos (quesos, requesón, nata, cuajada, yogures naturales.)
- Cacao puro, café, infusiones.
- Huevos, carnes y pescados.
- Verduras y patatas.
- Frutas y frutos secos.
- Pan elaborado con harina de trigo sin gluten.
- Pastas, pasteles y dulces elaborados con las harinas permitidas.
- Flanes, natillas, postres caseros en los que no se incluyan harinas prohibidas.
- Zumos de frutas, refrescos, gaseosa, colas, cacao puro, té, café.
- sal, azúcar, miel, salsas caseras.
- Cornflakes de arroz o maíz.
- Arroz, legumbres.
- Embutidos caseros que no contengan harinas prohibidas.
- Jamón serrano cocido.

COMERCIOS QUE OFRECEN ALIMENTOS SIN GLUTEN

Algunas empresas ya se han concienciado con el tema de la celiaquía, es decir, con los productos alimenticios sin gluten:

- *Mercadona*. Ofrecen gran diversidad de productos sin gluten y especificando en el embase "sin gluten".
- *Mc Donald's*. Ha trabajado junto a la Federación de Asociaciones de Celíacos de España (FACE) para incluir menús específicos sin gluten en restaurantes y cafeterías, ofreciendo un pan de la marca Berlys, que satisfaga las necesidades de aquellos que sufren intolerancia al gluten.
- La cadena de restaurantes *WIPS*, también presenta menús sin gluten.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA SEGÚN LA NANDA

1. 00146. Ansiedad relacionado con el entorno, proceso y déficit de conocimientos.
 - NOC:
 - I.1402 Ausencia de manifestaciones de ansiedad.
 - NIC:
 - I.5230 Disminuir los estímulos ambientales malinterpretados como amenazadores.
 - II.5820 Permanecer con el paciente y/o familiar para promover la seguridad y reducir el miedo.
 - III.5618 Explicar el procedimiento adecuándolo a la edad y madurez del niño.
2. 00069. Afrontamiento inefectivo relacionado con el entorno potencialmente hostil y déficit de conocimientos.
 - NOC:
 - I.1210 Nivel de miedo.
 - II.1814 Conocimiento: procedimiento terapéutico.
 - NIC:
 - I.5230 Aumentar el afrontamiento ayudando al niño a adaptarse a los factores estresantes.
 - II.5618 Explicar el procedimiento adecuándolo a la edad y madurez (00149).
3. Temor relacionado con separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante, (hospitalización, procedimientos...).
 - NOC:
 - I.1301 Adaptación del niño a la hospitalización.

Enfermedad celiaca en el niño. Labor de enfermería

- NIC:
 - I.5820 Disminución de la ansiedad.
 - II.6710 Fomentar el acercamiento.

- 4. 00132. Dolor agudo relacionado con la sintomatología manifestada por llanto, irritabilidad e inapetencia.
 - NOC:
 - I.1605 Control del dolor.
 - NIC:
 - I.1400 Vigilar tipo y características del dolor.
 - II.2210 Administrar analgesia pautada.
 - III.6680 Control de constantes vitales.

- 5. Déficit de conocimientos relacionados con manejo inefectivo del régimen terapéutico manifestado por aumento de sintomatología.
 - NOC:
 - I. Conocimiento de la enfermedad.
 - II. Conocimiento de la dieta terapéutica.
 - NIC:
 - I. Educación sanitaria.
 - II. Manejo de la enfermedad.

- 6. Aislamiento social relacionado con alteraciones del aspecto físico y de bienestar manifestado por retraimiento, no comunicación, no querer asistir a eventos, cumpleaños, por no poder ingerir alimentos.
 - NOC:
 - I. Aumentar la autoestima.
 - II. Conocimientos del control de la enfermedad.
 - NIC:
 - I. Hablar de la enfermedad adecuando el lenguaje a la edad del niño.

- 7. Afrontamiento individual ineficaz relacionado con vulnerabilidad de la persona (edad), y manifestado por incapacidad para cubrir las necesidades básicas (falta de verbalización, de síntomas y estado general).
 - NOC:
 - I. Conocimiento de la enfermedad.
 - NIC:
 - I. Hablarle al niño sobre su enfermedad cuanto antes lo permita su edad, para que la vea como algo natural y no patológico.

- 8. Afrontamiento familiar ineficaz relacionado con déficit de conocimientos de la enfermedad manifestado por angustia y preocupación por no saber manejar la situación.
 - NOC:
 - I. Disminución de preocupación y malestar.
 - II. Afrontamiento positivo de la situación.
 - NIC:
 - I. Manejo de dieta y manipulación de productos sin gluten
 - II. Conocimiento de productos sin gluten.
 - III. Comercios donde encontrar productos sin gluten.

- 9. Diarrea relacionada con dieta inadecuada y manifestada por aumento de la frecuencia de heces líquidas y sueltas.

- NOC:
 - I. Regulación del peristaltismo intestinal.
- NIC:
 - I. Conocimiento de dieta y productos sin gluten.

Deterioro de la integridad cutánea:

- 10. Está relacionado con aumento de las excreciones intestinales manifestado por alteración de la superficie cutánea y mucosa intestinal.
 - NOC:
 - I. Recuperación de la integridad cutánea.
 - NIC:
 - I. Uso de productos terapéuticos para estimular la cicatrización.
 - II. Dieta adecuada para conseguir deposiciones en frecuencia y consistencia normal.

- 11. Mantenimiento de la salud alterado relacionado con sintomatología y manifestado por malestar generalizado.
 - NOC:
 - I. Recuperación del bienestar.
 - II. Recuperar vitalidad, peso, apetito, estabilidad.
 - NIC:
 - I. Tratamiento dietético para combatir la sintomatología.

- 12. Alteración de la nutrición por defecto relacionado con sintomatología y manifestado por pérdida de peso.
 - NOC:
 - I. Recuperar apetito.
 - II. Recuperar peso.
 - NIC:
 - I. Ingesta adecuada de alimentos sin gluten.

CONCLUSIONES

Es muy importante diagnosticar precozmente la enfermedad celiaca en el niño, donde la enfermería juega un papel importante tanto en diagnóstico como en el seguimiento de la enfermedad. En Atención Primaria a través de la consulta de Niño Sano, la enfermería en el seguimiento del crecimiento y desarrollo del niño, puede detectar signos que le lleven a pensar en la existencia de la enfermedad (retraso del crecimiento, pérdida de peso, vientre hinchado, irritabilidad...), realizando un diagnóstico precoz. Por lo que es fundamental una correcta educación sanitaria que incluye, informar de la patología a los padres, motivar para cambiar hábitos alimenticios y ayudar a adquirir conocimientos de una dieta libre de gluten, cómo cocinar y adquirir los alimentos.

BIBLIOGRAFÍA científica de enfermería

Disponible en:

- <http://www.msal.gov.com.ar/celiacos>. Acceso el 29 de marzo del 2011.
- Informes para preparar manuscritos enviados a la revista científica de enfermería. Asociación celiaca Argentina. Disponible en: <http://www.celiaco.org.ar>. Acceso el 13 de febrero 2011
- Informes para preparar manuscritos enviados a la revista científica de enfermería. Disponible en:
- [Http://www.cocinafacilsingluten.com](http://www.cocinafacilsingluten.com) ./20011-05. Acceso en mayo del 2011.
- Informes para preparar manuscritos enviados a la revista científica de enfermería. Disponible en : <http://www.abela.org>. Acceso en Febrero del 2011.
- Informes para preparar manuscrito enviados a la revista científica de enfermería. Disponible en: <http://www.serceliaco.com>. Acceso el 13 de febrero 2011.
- Informes para preparar manuscritos enviados a la revista científica de enfermería. Disponible en: <http://www.celiacos.com/> 2008/09/12. Acceso el 13 de febrero 2011.
- Caotorija MJ. Nutrición y dietética. Barcelona: Masson; 1998. p.119.

TODA LA VERDAD SOBRE EL SÍNDROME PREMENSTRUAL

THE WHOLE TRUTH ABOUT PREMENSTRUAL SYNDROME

- **Verónica Romero Sánchez¹**
- **Eva M^a Romero Carrera²**
 1. Diplomada en Enfermería por la Universidad de Cádiz.
 2. Diplomomada en Enfermería por la Universidad de Huelva.

Resumen

Con este artículo pretendemos dar a conocer un poco más esta enfermedad, la cual padecen muchas mujeres y no saben que la tienen. El síndrome premenstrual tiene cura. El tratamiento es personalizado para cada mujer según sus síntomas, pues son muy diversos y en cada mujer se manifiesta de una forma diferente. Para ayudar a conocer el síndrome premenstrual en cada mujer y saber si lo padece, debería conocerse un poco más cada una de ellas y para ello le ayudaremos con un calendario de síntomas, el cual nos ayudará a identificar los síntomas más problemáticos y poder confirmar así el diagnóstico del SPM. El primer tratamiento y prevención, es tener un estilo de vida saludable.

Existe un estudio sobre este síndrome, realizado por el Dr. Lolás, el cual mantiene que el SPM es consecuencia de las infecciones e inflamaciones crónicas que sufre el útero, y ha desarrollado un tratamiento donde el noventa por ciento de las mujeres tratadas consiguen con éxito aliviar sus síntomas.

PALABRAS CLAVE:

- ✓ Síndrome premenstrual.
- ✓ Menstruación.
- ✓ Tratamiento del Doctor Lolás.

Abstract

With this article we hope to give you a better understanding of premenstrual syndrome which affects many women without their knowledge. However, premenstrual syndrome has a cure. The treatment is personalized for each woman depending on their symptoms, which are very different and show differently in each woman. In order to recognize the symptoms and what women with this illness suffer, each one of these women should learn a little more about premenstrual syndrome. For this reason there is a calendar of symptoms, which will help us identify the difficult symptoms and therefore we can confirm the diagnosis of PMS. The first preventative step and treatment is to live a healthy life.

Dr. Lolás conducted a study about this syndrome which shows that PMS is a result of infections and chronic inflammations in the uterus. Dr. Lolás has developed a treatment in which ninety percent of the women treated alive their symptoms.

KEY WORDS:

- ✓ Premenstrual Syndrome (PMS)
- ✓ Menstruation.
- ✓ Dr. Lolás' treatment.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Premenstrual (SPM) afecta cada vez a más mujeres en el mundo, pero existe una gran controversia en torno a su diagnóstico ya que puede mostrar síntomas dispares que lo confundan con enfermedades crónicas o agudas variadas. Por tanto es importante saber qué es, cómo conocer los síntomas y como tratarlos.

¿QUÉ ES?

Es un trastorno que se presenta asociada a la fase lútea del ciclo, más o menos de 5 a 11 días antes de que una mujer comience su ciclo menstrual, caracterizada por alteraciones físicas, psicológicas y del comportamiento que producen un

deterioro sobre las relaciones interpersonales y una cierta incapacidad para el desarrollo de una actividad normal.

Los síntomas generalmente desaparecen cuando la menstruación comienza o poco después.

A QUIEN AFECTA

Se estima que afecta hasta el 75% de las mujeres durante sus años fértiles, con mayor frecuencia en mujeres:

- que están cerca de los 30 años o que tienen un poco más de 40 años,
- que tienen al menos un hijo,
- con antecedentes familiares o personales de ,
- con antecedentes de depresión puerperal o un trastorno anímico afectivo.

Toda la verdad sobre el síndrome premenstrual

Empieza a empeorar en la mujer que está en o cerca de los 40 años, ya que se aproxima al periodo de transición a la menopausia.

Hasta el 50 - 60% de las mujeres que sufren síndrome premenstrual grave tienen un trastorno psiquiátrico.

SÍNTOMAS

El tipo de síntomas y su intensidad varían de una mujer a otra y de un ciclo a otro. En muchas mujeres los síntomas son signi-

ficativos pero de corta duración y no resultan invalidantes; en otras, la paciente no puede desarrollar su actividad habitual.

Se incluyen más de 150 síntomas, que no sólo engloba síntomas físicos, sino también psicológicos y de comportamiento como son: Alteraciones Psíquicas y Neurológicas, Compromiso Hidroelectrolítico, Problemas Digestivos, Molestias Mamarias, Alteraciones Metabólicas, Alteraciones músculo esquelética, Alteraciones Cardiovasculares, Problemas Ginecológicos, Problemas Urinarios, Problemas Dermatológicos, Inmunoalérgicos y Estéticos. (TABLA I)

TABLA I. SÍNTOMAS

Alteraciones Psíquicas	Depresión, irritabilidad, agresividad, ansiedad, cambios bruscos de humor, labilidad emocional, llanto fácil, intranquilidad, disminución de la memoria y capacidad de concentración, falta de autocontrol, disminución del rendimiento laboral, aumento de los accidentes del trabajo y automovilísticos, agravación de cuadros psiquiátricos preexistentes, trastornos en el deseo sexual (frigidez o ninfomanía), comportamiento inadecuado. En los casos más severos, tendencia al suicidio, alcoholismo y drogadicción.
Alteraciones Neurológicas	Cefaleas y síndrome jaquecoso, que se hacen presentes por lo general en la segunda mitad del ciclo. Pueden haber parestesias, vértigo, agravación de cuadros neurálgicos y cuadros epileptiformes
Compromiso Hidroelectrolítico	Edema (retención de líquido) generalizado de grado variable, especialmente de cara, hinchazón de párpados, manos (rigidez matinal de los dedos, hormigueo), y tobillos. Constituye un factor importante en la distensión abdominal que presentan estas pacientes, pudiendo producir un aumento de peso transitorio. El edema se debería a un aumento de la permeabilidad capilar y a una mayor retención hidrosalina. Cuando adquiere caracteres severos es catalogado como "edema idiopático".
Problemas Digestivos	Se presentan frecuentemente molestias y distensión abdominal, alteraciones en el tránsito intestinal, con predominio de estreñimiento, por lo cual generalmente se las encasilla con el diagnóstico de " colon irritable " al no detectar patología orgánica digestiva y acompañarse de componentes psico-emocional (depresión, palpitaciones y cefaleas). Dolores irradiados a regiones lumbosacra y sacrocoxígea, que suelen confundirse con afecciones de columna (Traumatología, kinesiología).
Molestias Mamarias	Los fenómenos inflamatorios que se producen en el SPM, provocan dolor y sensibilidad mamaria o mastodinia, con o sin hipersensibilidad de los pezones, presencia de nódulos transitorios, constituyendo un frecuente motivo de consulta en mastología.
Alteraciones Metabólicas	La hipoglicemia es un síntoma frecuente, que podía explicar la nerviosidad, debilidad, y a veces lipotimias observadas en este período. Junto con esto, se presenta en estas pacientes un compulsivo deseo de ingerir hidratos de carbono, por constituir la hipoglicemia uno de los mejores estímulos del centro del apetito (porción lateral del hipotálamo).
Alteraciones músculo esquelética	Mialgias, astralgias, calambres y molestias en la región lumbosacra.
Alteraciones Cardiovasculares	Palpitaciones, hipotensión arterial, lipotimia ocasional, fragilidad capilar que predisponen a las equimosis, hematomas y complicaciones trombóticas en las portadoras de varices o hemorroides
Problemas Ginecológicos	Flujo crónico rebelde, prurito vulvo-vaginal crónico. Menstruaciones dolorosas, abundantes y prolongadas (más de 3 a 4 días), oscuras, con coágulos o por el contrario, muy escasas. Irregularidades menstruales. Dolor con las relaciones sexuales. Frigidez, siendo menos frecuente la ninfomanía. Todos estos trastornos, a través, del tiempo pueden contribuir a acelerar el crecimiento de tumores benignos, tales como miomas, adenomiosis, agravando los problemas de endometriosis, patologías que muchas veces pueden llevar a operaciones y extirpaciones del útero (Histerectomía).
Problemas Urinarios	Molestias Urinarias a Repetición especialmente en el período premenstrual, sin signos evidentes de infección urinaria (consultas en Urología, exámenes de orina, pielografías).
Problemas Dermatológicos, Inmunoalérgicos y Estéticos:	Acné, sequedad del cutis, manchas pigmentadas faciales, Palidez, ojeras, alergia premenstrual, rinitis alérgica, mayor caída del cabello (dermatología, cosmetología, inmunología).

Algunos de los síntomas que puede presentar la paciente

CAUSAS

No se ha identificado la causa exacta del síndrome premenstrual. Las sobre la causa del padecimiento se centran en los , la y el, pudiendo estar relacionado con factores sociales, culturales, biológicos y psicológicos.

- **Cambios hormonales:** Aunque no se sabe cuáles son las causas exactas de este síndrome, parece ser que la causa principal son los cambios hormonales, con un aumento de los niveles de estrógenos y un descenso del nivel de progesterona y en el que podrían estar implicados los siguientes neuroquímicos:
 - *La serotonina:* que se forma a partir del triptófano, es un potente neurotransmisor con muchas funciones corporales, especialmente en el funcionamiento de las neuronas del cerebro. Una falta de serotonina en este órgano se ha asociado con la presencia de muchas disfunciones (depresión, comportamientos compulsivos, problemas alimentarios, migrañas, mayor sensibilidad a los dolores, etc.) Por otra parte el aumento de los niveles de este componente ha demostrado una mejoría en los síntomas depresivos.
 - *Las prolactinas:* que, entre otras funciones, estimula la formación de la . Un exceso de la misma podría ser la responsable del fenómeno de sensibilidad en los pechos, tan habitual durante el SPM.
 - *Endomorfina:* neuroquímicos encargados de controlar el dolor. Un bajo nivel de las mismas podría acentuar la sensibilidad al dolor que experimentan las pacientes durante este periodo.

- **Problemas alimentarios y otras causas:** Otras posibles causas que podrían influir son una alimentación deficiente, carente de algunos componentes, como el o la , Déficit de vitamina B6; hipoglucemia, , etc. También la depresión podría tener un papel determinante en el desarrollo o en el empeoramiento de este síndrome.

SIGNOS Y EXÁMENES

No hay hallazgos en el examen físico o pruebas de laboratorio específicas para el diagnóstico del síndrome premenstrual. Para descartar otras causas potenciales de los síntomas es importante tener:

- una historia clínica completa,
- un examen físico (incluyendo examen pélvico),
- una evaluación psiquiátrica (en algunos casos),
- un registro o anotación diaria para consignar el tipo de síntomas que tiene, su intensidad y duración. Debe mantenerse este "diario de síntomas" durante al menos tres meses para poder hacer un diagnóstico preciso del síndrome premenstrual y recomendar el tratamiento apropiado.

Un calendario de síntomas puede ayudar a las mujeres a identificar los síntomas más problemáticos y a confirmar el diagnóstico del SPM. (TABLA II)

Para una confirmación de SPM, es necesario que se presenten síntomas ligeros o ausencia de síntomas durante la semana **siguiente** a la regla, y síntomas moderados o severos durante la semana **anterior** a la regla.

TABLA II. CALENDARIO DE SÍNTOMAS

	Semana que sigue a las reglas	Semana antes de las reglas	Duración síntomas (en días)
Ansiedad			
Irritabilidad			
Tensión nerviosa			
Cambios de humor			
Aumento de peso			
Hinchazón de abdomen			
Sensibilidad mamaria			
Hinchazón mamaria			
Dolor de cabeza			
Aumento de apetito			
Apetencia de dulces			
Desvanecimiento/Vértigo			
Palpitaciones			
Fatiga			
Depresión			
Negligencia			
Atontamiento			
Llantos			
Confusión			
Insomnio			
Piel grasa/Acné			
Otros			
TOTAL GENERAL			

Calificar la intensidad de los síntomas: 1 = Leve; 2 = Moderado; 3 = Severo

Ejemplo de cuaderno de síntomas donde el paciente enumerará los síntomas que presenta y los calificará según su evolución.

TRATAMIENTO

Debido a la complejidad del síndrome premenstrual tanto en su origen como en los síntomas, existen más de 50 formas de

tratarlo, lo importante, es elegir el método correcto para cada mujer de forma individualizada, teniendo siempre en cuenta que un estilo de vida saludable, que es el primer paso para el manejo del síndrome.

Toda la verdad sobre el síndrome premenstrual

Podemos agrupar las recomendaciones a llevar a cabo en dos grandes grupos: tratamiento natural y farmacológico.

Tratamiento natural:

- Consumir comidas frecuentes y pequeñas.
- En estos días tomar más carbohidratos: pastas, pan, arroz, cereales integrales, que además de facilitar la digestión, contienen triptófano un aminoácido que ayuda al organismo a producir serotonina. Si se siente la necesidad de comer algo dulce, se puede tomar pasas, ciruelas o un poco de chocolate que es rico en triptófano que relaja, reduce la ansiedad y mejora el humor. También incluir frutos secos.
- Beber mucha agua y toma poca sal, para ayudar al organismo a eliminar líquidos, ya que en este periodo hay una elevada presencia de estrógenos en la sangre y estas tienden a retener líquidos sobre todo en los tobillos, cintura, piernas y manos.
- No tomar bebidas gaseosas, con cafeína, alcohol.
- Evitar el consumo de grasas, bollería y azúcares simples.
- Tomar alimentos ricos en fibra; frutas, verduras y cereales integrales, evitan el estreñimiento y reducen los niveles de estrógenos.

- Tomar un vaso de leche caliente ayuda a calmar las molestias cuando no son muy fuertes, ya que el calor favorece la circulación sanguínea y descongela la zona pélvica. Además la leche estimula la producción de endorfinas que ayudan a controlar mejor el dolor y a disminuir las contracciones del útero.
- Hacer ejercicio físico, a ser posible al aire libre, genera endorfinas, sustancias con un marcado efecto euforizante que ayuda a liberar tensiones, agresividad, irritabilidad y levanta el ánimo. Se ha comprobado como media hora o 45 minutos de ejercicio dos o tres veces a la semana reduce mucho los síntomas de esta enfermedad.
- Cambiar los hábitos de sueño nocturnos, antes de tomar somníferos. Dormir más, ya que se está más cansada durante este periodo.

Existen suplementos vitamínicos, que pueden mejorar los síntomas del SPM, pero su eficacia no ha sido demostrada.

TABLA III. *Complementos dietéticos para síndrome premenstrual.*

TABLA IV. *Plantas aliadas al síndrome premenstrual.*

TABLA III. COMPLEMENTOS DIETÉTICOS PARA EL SÍNDROME PREMENSTRUAL

Levadura de cerveza, frutos secos, verduras de hoja verde y avena	Son alimentos ricos en vitamina B6, por lo que incrementan los niveles de progesterona lo que permite una mayor producción de serotonina.
Vitamina A	Alivia los dolores de senos, la irritabilidad y la falta de fuerzas.
Vitamina E	Disminuye la mayoría de los síntomas del síndrome premenstrual.
Zinc y selenio	Son dos oligoelementos muy importantes en las funciones hormonales, alivian la hinchazón de los senos.
Yodo y azufre	Útiles en casos de trastornos hormonales.
Calcio y magnesio	Ayuda a relajar los músculos del útero tomados unos días antes de la regla.
Aceite de onagra	Rico ácido gammalinoléico tiene propiedades antiinflamatorias muy indicadas para evitar la retención de líquidos, el dolor de pechos y las molestias propias de la menstruación. También alivia los síntomas depresivos que suelen aparecer con el síndrome premenstrual.
Aceite de germen de trigo	Alivia la tensión en los senos.
Aceite de borraja	Regula el sistema hormonal, normaliza el ciclo menstrual y relaja el útero.

Ejemplos de complementos dietéticos naturales que ayudan a aliviar los síntomas del SPM

TABLA IV. PLANTAS ALIADAS AL SÍNDROME PREMENSTRUAL

Manzanilla	Alivia los dolores y combate los espasmos que se producen durante el síndrome premenstrual o la menstruación.
Milenrama	Reduce la ansiedad y la irritabilidad, así como otros efectos secundarios del síndrome premenstrual, como dolores de cabeza, de senos e hinchazón del abdomen.
Ajenjo	Esta planta además de ser depurativa y disminuir los dolores menstruales, regula los niveles de azúcar en sangre, calmando así, la necesidad de tomar dulces, un deseo que afecta muchas mujeres durante este período.
Salvia	Favorece el equilibrio hormonal, por lo tanto ayuda a regular la menstruación, por lo que se aconseja en casos de trastornos de la regla. Al tonificar el sistema nervioso, alivia la irritabilidad, depresión y astenia que puede acompañar al síndrome premenstrual.
Lavanda	Tiene una acción sedante sobre el sistema nervioso central y estimulante de la menstruación.
Ortiga	Posee propiedades depurativas y diuréticas que ayudan a disminuir la hinchazón de los senos, vientre, manos y tobillos.
Sauzgatillo	Ayuda a equilibrar el desequilibrio hormonal, también disminuye la producción de prolactina y favorece la ovulación al estimular la hormona LH.
Cola de caballo	Diurético y depurativo, ayuda a eliminar los líquidos y residuos, que se acumulan en senos, manos y pies durante el SPM.
Melisa	Sedante suave, equilibra el sistema nervioso, ayuda a conciliar el sueño y alivia los dolores de cabeza y molestias de la menstruación.
Valeriana	Disminuye la ansiedad y la irritabilidad que acompaña al SPM y ayuda a conciliar el sueño.
Espino amarillo	Reconstituye y aumenta el tono vital, muy indicado en casos de astenia y cansancio durante el SPM o la regla.
Hinojo	Su aceite esencial activa la menstruación y alivia las flatulencias y dispepsias que aparecen durante el SPM o la menstruación.

Ejemplos de plantas cuyas infusiones nos pueden ayudar a aliviar el SPM.

Cuando el tratamiento no farmacológico o los suplementos alimenticios no nos proporcionan el resultado esperado, podemos recurrir al *tratamiento farmacológico*.

- Los diuréticos: se tomarán cuando la reducción de la ingesta de sodio no ha sido suficiente. Debemos iniciar su toma inmediatamente antes del momento en que suelen notarse los síntomas. La Espironolactona es el único diurético que ha demostrado alguna eficacia en la reducción de la retención de líquidos.
- Los anticonceptivos orales: han sido utilizados muy a menudo para aliviar los síntomas del síndrome premenstrual, pero su eficacia es bastante limitada. Algunas mujeres responden de forma positiva (probablemente debido al componente estrogénico), pero en cambio otras no responden e incluso empeoran.
- Tranquilizantes, por ejemplo la benzodiacepina: se utiliza en pacientes con irritabilidad, nerviosismo y falta de control.
- Anti-inflamatorios no esteroideos (AINES): la mayor parte de ellos inhiben la síntesis de prostaglandinas y han sido utilizados tradicionalmente en el tratamiento de la dismenorrea y menorragia.
- Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (por ejemplo, fluoxetina 20 mgr/día v.o.* o sertralina 50 mgr/día v.o.), son los fármacos más efectivos en el tratamiento de los síntomas psicológicos y físicos del SPM.

Si indagamos, y analizamos el SPM, comprobaremos que es una enfermedad que está todavía hoy en día por estudiar, es muy compleja, y no tiene tratamiento específico, pues el origen de esta enfermedad está todavía por determinar.

El tratamiento sugerido por el Dr. Lolás

El Doctor Lolás (Chile), lleva más de 30 años investigando el SPM. Según él, el útero es un órgano que está permanentemente expuesto a infecciones y traumatismos por lo que requiere unos determinados cuidados. Esta nueva perspectiva de la problemática le ha permitido desarrollar un tratamiento que va dirigido al útero, erradicando los procesos inflamatorios e infecciosos crónicos.

Según el Dr. Lolás, la causa del SPM se origina en una infección del útero que, al inflamarse crónicamente incrementa la cantidad de sustancias (prostaglandinas y tromboxanos) encargados de provocar la menstruación. Tales sustancias, al entrar al torrente sanguíneo, provocan efectos tóxicos e inflamatorios en distintos órganos, lo cual provoca las diferentes reacciones físicas y psicológicas. Los síntomas pueden llegar a ser tan graves que "deterioran seriamente la calidad de vida y salud de las afectadas".

El tratamiento se centra en el útero, un órgano generalmente menospreciado por la ciencia médica. El enfoque tradicional de los médicos es examinar el útero mediante una prueba llamada el Papanicolaou, si encuentran inflamación sin signos de cáncer tienden a ignorarla, pero si presenta señales graves de deterioro usualmente lo extirpan. El tratamiento del Dr. Lolás va dirigido a combatir la enfermedad que provoca la infección e inflamación uterina crónica. Para ello inyecta en el útero antibióticos y anti-inflamatorios durante un periodo largo, complementado con el uso de vitaminas y minerales para ayudar a recuperar el tejido. El proceso, que dura un promedio de cuatro meses, se combina con criocirugía (congelamiento del órgano) y electrocirugía para eliminar los tejidos dañados. Según él el nivel de éxito alcanzado con su tratamiento en ayudar a las mujeres a recuperar la normalidad en sus vidas es alrededor de un 90%.

Comparación de tratamientos, sus resultados.

Podemos diferenciar a gran escala dos tipos de tratamiento el natural y el farmacológico, (TABLA V).

El tratamiento natural como ya hemos visto son recomendaciones para llevar un régimen de vida adecuado, además puede verse acompañado de diversos suplementos alimenticios. No obstante, sería conveniente profundizar en la investigación sobre estas aplicaciones antes de generalizar su uso debido a que los datos procedentes de estudios clínicos son escasos y poco potentes.

TABLA V. COMPARACIÓN DE LOS DIFERENTES TIPOS DE TRATAMIENTO

	Tratamiento natural	Tratamiento farmacológico	Tratamiento del Doctor Lolás
Características	Estilo de vida saludable y suplementos dietéticos	Ingesta de fármacos	Fármacos inyectados en el útero y microcirugía
Eficacia	Poca y dudosa, se necesitan más estudios. Eficaz en síntomas leves.	Algunos están totalmente probados (ej. Espironolactona, como diurético) y otros ayudan a disminuir los síntomas (ej. AINES)	Según el Dr. Lolás 90% de éxito

Diferencias principales entre los distintos tratamientos

Por el contrario, el tratamiento farmacológico si esta mucho mas estudiado. Está totalmente probada la eficacia de la espirolactona, como diurético, la benzodiacepina para tratar la irritabilidad y el nerviosismo. Entre los anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) tenemos el naproxeno, como el fármaco más estudiado en el SPM, reduce muchos de los síntomas. La fluoxetina o sertralina son los fármacos más efectivos en el tratamiento de los síntomas psicológicos y físicos del SPM. Algunas mujeres responden de forma positiva a los anticonceptivos orales (probablemente debido al componente estrogénico), pero en cambio otras no responden e incluso empeoran.

El tratamiento del Doctor Lolás tiene un 90% de éxito y es aplaudido por muchos de sus colegas. Según sus estudios su plan terapéutico fue efectivo comprobándose una mejoría de las molestias locales y generales, los fracasos terapéuticos ocurrieron en una minoría generalmente debido a la existencia de serias deficiencias inmunológicas, infecciones virales rebeldes o patología uterina avanzada con complicaciones.

Expectativas (pronóstico).

La mayoría de las mujeres que reciben tratamiento para los síntomas del SPM logran un alivio considerable.

Complicaciones.

Los síntomas del síndrome premenstrual pueden llegar a ser tan severos que les impiden a las mujeres desempeñarse normalmente.

Las mujeres con depresión pueden tener síntomas más severos durante la segunda mitad de su ciclo y pueden requerir ajustes en los medicamentos. La tasa de suicidios en mujeres con depresión es mucho más alta durante la segunda mitad del ciclo menstrual.

Situaciones que requieren asistencia médica.

Se debe solicitar una cita con el médico si:

- El síndrome premenstrual no desaparece con las medidas de cuidados personales.
- Los síntomas son tan intensos que limitan la capacidad de desempeño de la mujer.

Actuación enfermera.

- Enseñar a las mujeres a realizar un calendario de síntomas (TABLA II) y ayudar al aprendizaje de la temperatura basal, lo cual nos ayudará a identificar los síntomas más problemáticos y a confirmar el diagnóstico del SPM.
- Animar a llevar a cabo un estilo de vida apropiado:
- Ejercicio físico regular,
- Una dieta bien balanceada (con aumento de granos enteros, verduras, frutas y disminución o suspensión del consumo de sal, azúcar, alcohol y cafeína).
- Regulación de la evacuación intestinal diaria.
- En caso de mastalgia, recomendar el uso de un sostén que, sin comprimir los pechos, los eleve, facilitando el drenaje linfático y vascular, así como la aplicación local de progesterona en forma de crema.
- Si a la paciente se le recetan diuréticos, los tomará por las mañanas, durante una semana antes de la fecha de la regla. Si se le administran antiinflamatorios estos se comenzarán a administrar premenstrualmente. Si toma benzodiazepinas se realizarán siempre en dosis bajas y preferentemente al acos-

tarse. Si se administran antidepresivos, hay que advertirle que el tratamiento se prolongará durante bastantes ciclos para que resulte eficaz.

Prevención

Algunos de los cambios en el estilo de vida recomendados a menudo para el tratamiento del SPM pueden ayudar a prevenir los síntomas o impedir su empeoramiento.

Asimismo, se puede comprobar el beneficio que ofrece la práctica del ejercicio regular y una dieta bien balanceada (con aumento de granos enteros, verduras, frutas y disminución o suspensión del consumo de sal, azúcar, alcohol y cafeína).

El cuerpo de una mujer puede tener diferentes necesidades de sueño en diferentes momentos durante su ciclo menstrual, por lo que es importante tener un descanso adecuado.

CONCLUSIONES

El síndrome premenstrual es un trastorno que debido al gran número de síntomas que puede presentar y a su naturaleza tan diversa es de difícil diagnóstico, por lo que generalmente no suelen diagnosticarse correctamente, y menos de forma precoz, lo que imposibilita un tratamiento correcto.

El diagnóstico de esta enfermedad es importante para poder proporcionar una buena calidad de vida a la paciente, ya que engloba síntomas tan dispares como dolor lumbar y depresión. Como enfermeras podemos captar a la población femenina en los diversos programas y/o consultas, ya sea por consulta propia del paciente (ej. Acudiendo al programa de planificación) o por una valoración nuestra (ej. Paciente que acude mensualmente al servicio de urgencia para inyectarse metamizol im por dolor menstrual), y aconsejarles el uso de un calendario de síntomas, para poder ayudarlas a identificar los síntomas más problemáticos y a confirmar el diagnóstico del SPM.

Debemos ayudar a poder realizar un diagnóstico precoz de esta enfermedad para poder lograr una buena calidad de vida de las pacientes que la padezcan.

BIBLIOGRAFÍA

- Lentz GM. Primary and secondary dysmenorrhea, premenstrual syndrome, and premenstrual dysphoric disorder: etiology, diagnosis, management. In: Katz VL, Lentz GM, Lobo RA, Gershenson DM. *Comprehensive Gynecology*. 5th ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2007: chap. 36
- Yonkers KA, O'Brien PM. Premenstrual syndrome. *Lancet*. 2008;371(9619):1200-1210.
- MedlinePlus [base de datos en internet] . Actualizado 16/6/2010. Version en ingles revisada por: Susan Storck, MD, FACOG, Chief, Eastside Department of Obstetrics and Gynecology, Group Health Cooperative of Puget Sound, Redmond, Washington; Clinical Teaching Faculty, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Washington School of Medicine. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc. Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc. Disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001505.htm>
- Nurhan Ince, Basak Yucel, Bedia Ayhan Özyildirim. Una definición de las quejas premenstruales en adolescentes (un estudio preliminar Estambul/Turquia). *The European journal of psychiatry* (edición en español)
- Clínica Universidad de Navarra [sede web]* CIMA Facultad de Medicina de Navarra. [Acceso abril 2012] , Departamento de de Clínica Universidad de Navarra. Síndrome premenstrual. Disponible en: .
- Almudena Reguero. Síndrome Premenstrual. En buenas manos. Art. 1619. Enfermedades (Ginecología)
- Mónica P. Vázquez. Síndrome Premenstrual, Y como si no tuviéramos bastante, el SPM. *Mujeres Holísticas*, magazine online dedicado a la salud de la mujer del siglo XXI [revista en internet]*2010 [acceso abril2012]. Art. 7. Disponible en:
- Dr. Santiago Palacios, Médico especialista en Ginecología y Obstetricia Director del Instituto de Salud y Medicina de la Mujer. Síndrome premenstrual. *Saludalia* [base de datos en internet] Actualizada en enero 2012 [acceso marzo 2012]. Disponible en:
- Equipo de Redacción de Instituto Químico Biológico. Síndrome premenstrual [icd-10: n94.3]. Monografía revisada: 22 de Agosto de 2005. [Acceso marzo 2012]. Disponible en:
- Myriam Martín Castillo (Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Colaboradora docente de la Universidad San Jorge de Zaragoza) y Enrique Ramón Arbués (Enfermero especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona). Profesor titular de la Universidad San Jorge de Zaragoza). Pautas terapéuticas para el síndrome premenstrual. *PortalesMedicos.com* [Revista on-line] Publicado: 19/05/2011 [consultado Noviembre 2012] [3 páginas]. Disponible en: .
- María Gema de la Cruz Acosta Carlos Moreno Díaz. SINDROME PREMENSTRUAL. *Enfermería21.com* [Revista en internet].[Consultado noviembre 2012]. Disponible en:
- Dr. Jorge Lolás. Síndrome Premenstrual [sede web]. Instituto de Investigaciones Ginecológicas Tabancura #1091 Of.331 (Vitacura) Santiago –Chile-. [Consultado Marzo – Noviembre 2012]. Disponible en: <http://sindromepremenstrual.com>

Sabadell
Professional



Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales.
Otra es hacerlo:

Cuenta Expansión PRO*.

Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado**.

0

comisiones de
administración y
mantenimiento.

+

3%

de devolución de tus
principales recibos
domésticos, hasta un máximo
de 20 euros al mes.

+

Gratis

la tarjeta de crédito y de débito.

+

Más de

2.300

oficinas a tu servicio.

Al fin y al cabo, somos el banco de las mejores empresas. O lo que es lo mismo, el
banco de los mejores profesionales: el tuyo.

**Llámanos al 902 383 666, identifíquese como miembro de su colectivo,
organicemos una reunión y empecemos a trabajar.**

sabadellprofessional.com

*La Cuenta Expansión PRO requiere la domiciliación de una nómina, pensión o ingreso regular mensual por un importe mínimo de 700 euros. Se excluyen los ingresos procedentes de cuentas abiertas en el grupo Banco Sabadell a nombre del mismo titular. Si tienes entre 18 y 25 años, no es necesario domiciliar ningún ingreso periódico.

**Hasta un máximo de 100 euros al año por cuenta.

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.

XXX

Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla



Francisco M. León López

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

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 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 cualquiera 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".
- 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.
- PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separado un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del título de Diplomado o Graduado en Enfermería que se encuentren colegiados.
- 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 las 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.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- 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.
- 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 Arda, Ramón y Cajal, nº 20-Acc. 141005-Sevilla, en sobre cerrado con la indicación "XXX CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remitente ni ningún otro dato de identificación. En su interior incluirán el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases. Firmado con autógrafo; sobre cerrado, identificado con el mismo autógrafo incluyendo nombre y dirección completa del autor o autores, teléfono de contacto del 1er firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere. Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.
- PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presenten en el Certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XXX Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- TITULAR DEL PREMIO:** Será titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo. Podrán optar al mismo, exclusivamente, los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2014. 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 15 de diciembre de 2014.

PREMIOS 2013

1º Antonio Barbero Radi (Sevilla)
2º Mª del Mar Pastor Bravo (Murcia)
3º Mª del Carmen Lobo Rodríguez (Madrid)
Accésit Enfermería joven: Marta López Ibáñez (Jaén)

Patrocina

 Sabadell



150 años
avanzando
con
la profesión