



HYGIA de ENFERMERIA

Nº 89, Año XXII- 2015

Colegio de Enfermería de Sevilla

TERAPIA DE PRESIÓN
NEGATIVA EN EL MANEJO
DE UNA ÚLCERA VENOSA
EN ATENCIÓN PRIMARIA

CUIDADOS DE LA MATRONA
EN EL PARTO GEMELAR; A
PROPÓSITO DE UN CASO

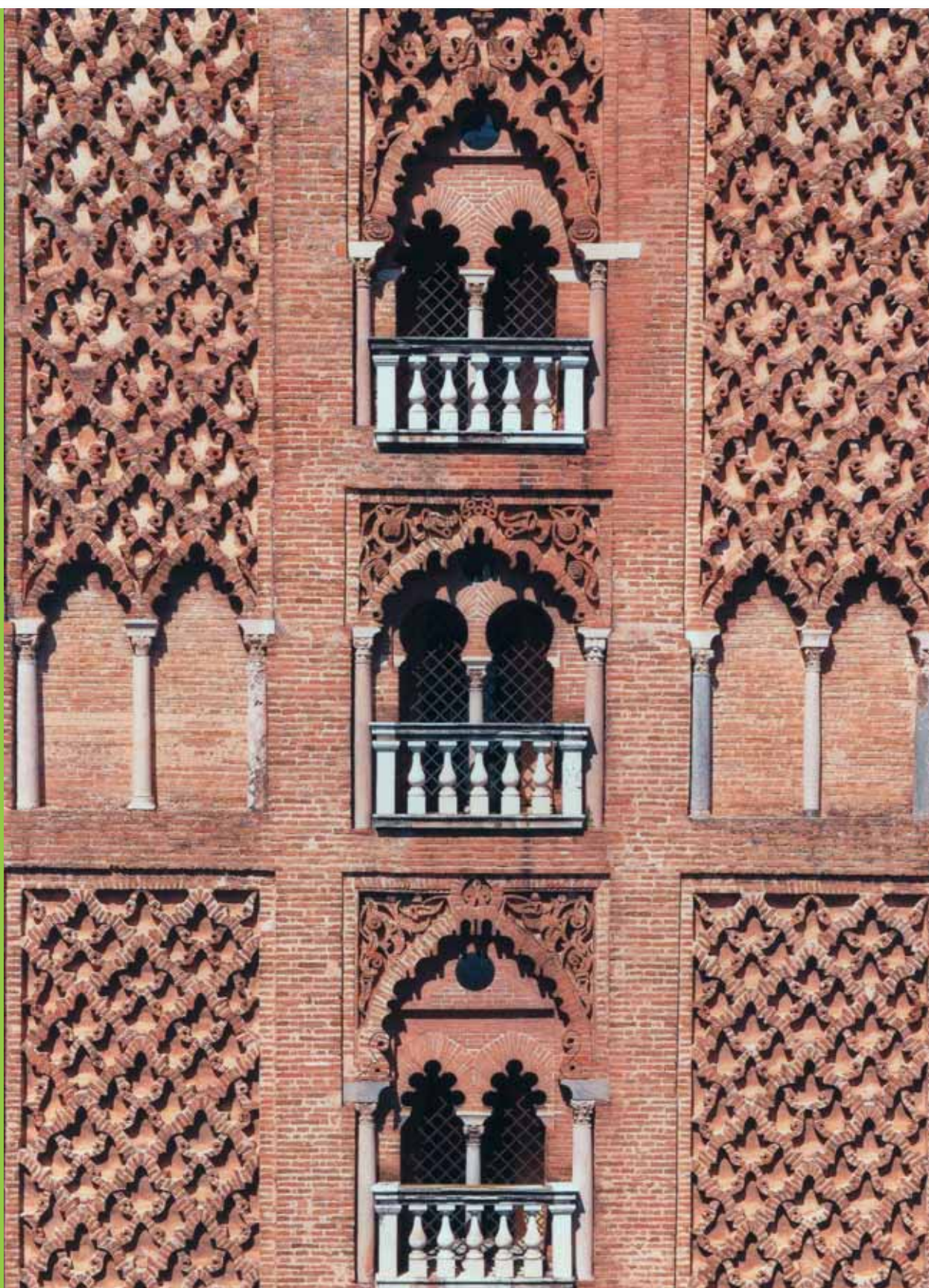
ALTERACIONES
HEMATOPOYÉTICAS Y
ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA

COMUNICACIÓN Y
ATENCIÓN CLÍNICA Y DE
CUIDADOS EN PACIENTES
CON SÍNDROME DE DOWN

LA TÉCNICA V.A.C

DECLARACIÓN VITAL
ANTICIPADA. ¿UN DERECHO
POCO CONOCIDO?

RESERVORIO VENOSO
SUBCUTÁNEO DE ALTA
PRESIÓN COMO
HERRAMIENTA DE MEJORA
EN LA ADMINISTRACIÓN DE
CONTRASTE IV EN LA TCH
(Tomografía Axial
Helicoidal).





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

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 colegiado y
por siniestro, y con un límite por anualidad
de veintiun 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 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 (Tel.: 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 o por expediente disciplinario, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.500 €/mes, por un plazo máximo de 18 meses. ■ Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

Nuevo proceso asistencial integrado de embarazo, parto y puerperio

La gestión por procesos es una estrategia puesta en marcha en la sanidad andaluza en el año 2000 a partir del I Plan de Calidad.

Este tipo de gestión es una apuesta clara por la calidad de atención sanitaria desde el Servicio Andaluz de Salud e integrada en el Sistema Nacional de Salud. Actualmente incluye como factor importante y torno al cual gira toda la atención, la satisfacción del usuario y usuaria.

Todas las actividades, procedimientos y prácticas que se describen en el proceso asistencial integrado se ajustan a la mejor evidencia científica disponible en el momento de su elaboración. Consecuencia inmediata de la forma de realizarla el grupo de profesionales multidisciplinares, que trabaja bajo la estricta norma de integrar los conocimientos actualizados y sus mejores resultados en salud.

En el año 2002 se publicó el primer Proceso Asistencia Integrado (PAI) de Embarazo, Parto y Puerperio, posteriormente se modificó en 2005 y desde finales de 2014 contamos con la última actualización.

Se ha realizado una búsqueda estructurada de la literatura científica para elaborar las características de calidad basadas en el mejor conocimiento disponible, posteriormente se evaluaron la calidad de las Guías de Práctica Clínica disponible mediante el instrumento AGREE que permite identificar fortalezas y debilidades metodológicas de cada una de ellas y detalles relacionados con el contexto de aplicación. Las elaboradas por el NICE, OSTEBA, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y el ICSI se evaluaron como recomendables.

Se aplican cuatro tipos como categorías de recomendación: *fuerte a favor* que deriva en una recomendación, *débil a favor* que deriva en una sugerencia, *buena práctica clínica* basada en la experiencia clínica y consenso del equipo para su recomendación y *la recomendación como acuerdo de grupo* recomendada por éste en ausencia de recomendaciones graduadas en dicha guía. Así como ejemplo aparecen en este PAI, recomendación fuerte a favor, la toma de tensión arterial en cada consulta de embarazo, recomendación débil a favor, la medición de la altura uterina desde la semana 24-26 de embarazo, buena prácti-

ca clínica, las recomendaciones específicas como medida preventiva en la infección de la Toxoplasmosis durante el embarazo y finalmente como acuerdo de grupo, la valoración de la necesidad de cuidados adicionales en todas las consultas del embarazo. De esta forma y su aplicación definida en la prestación sanitaria a los ciudadanos y ciudadanas se deduce la evaluación e información del mismo de forma unificada, producto de la consensuación de criterios que conllevan a la menor variabilidad asistencial posible. Se eliminan algunas prácticas innecesarias y se incorporan otras a las ya existentes, se limitan las diferencias por razón de ciudad, área, hospital, consultorio... se persigue que los cuidados recibidos sean los más semejantes posible, básicamente los mismos. La oferta asistencial se entiende con equidad para toda la población bajo criterios científico-técnicos y cuidados actualizados y unificados.

El objetivo último es asegurar una atención de calidad el embarazo, parto y puerperio en todo el territorio andaluz, de manera que todas las mujeres, sus parejas y familia que acudan en esos momentos fundamentales de sus vidas reciban la mejor atención y participen activa e informadamente en el proceso.

Pero lo que es impensable, que desde ciertas instancias como áreas hospitalarias, y cuando ni siquiera en la mayoría de los casos no se han puesto en práctica los cambios producidos y actualidades del nuevo PAI de embarazo, parto y puerperio, y contando con la calidad científica que cuenta, se formule un abanico de cambios y adaptaciones desde estas áreas con argumentos tan convincentes como que los médicos especialista en anestesia y reanimación no van querer administrar la analgesia neuroaxial si no cuentan con un hemograma y estudio de coagulación realizado en el último trimestre del embarazo, cuando en el PAI define claramente como una recomendación de tipo B (un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1++ ó 1+), que significa un argumento bastante convincente para su aplicación.

Igualmente ocurre con el ejemplo de los pediatras que solicitan la realización de un cribado de hepatitis B en el último trimestre el embarazo (en función de la vacunación del neonato), cuando en el PAI la considera como recomendación fuerte solo en el primer trimestre del embarazo y de rutina no especifica que se deba solicitar más adelante. Como también aparece en la Guía de Práctica clínica de Atención en el Embarazo y Puerperio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía del 2014, donde se recomienda el cribado universal en la primera visita de embarazo y se sugiere como buena práctica clínica que en los casos en que la gestante presente antígeno HbsAg(+) sea remitida al servicio correspondiente si es portadora asintomática o padece una hepatopatía crónica, con el fin de instaurar tratamiento si procede y programar un seguimiento. Para lo que se ha revisado entre otros, un estudio del 2010 de la United State Preventive Service Task Force que recomienda realizar una nueva determinación en todas aquellas mujeres embarazadas de las cuales no se conozca su estado con respecto al HbsAg y en aquellas que se sospeche de una exposición a factores de riesgo.

Con los dos ejemplos anteriores nos pueden surgir las dudas, los anestelistas y pediatras buscan en otras bases de datos para estar tan convencidos de su necesidad o este argumento del PAI no es cierto (basado en Guías de Prácticas Clínica actuales), lo que dejo a criterio de los lectores.

Contar con una herramienta como el PAI de Embarazo, Parto y Puerperio es extraordinario, lo que no podemos es incluso antes de su aplicación generalizada, hacer modificaciones y adaptaciones que desdibujen uno de los principios del mismo, la unificación asistencial de forma que todas las mujeres, sus parejas, recién nacidos y familia reciban básicamente las mismas prestaciones con unos criterios unificados y basados en la evidencia científica disponible en el momento.

María Josefa Espinaco Garrido
Matrona de Atención Primaria del
Distrito Sanitario Sevilla

EDITA

Excmo. 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
Telf.: 954 93 38 00
Fax: 954 93 38 03
Página Web:
www.colegioenfermeriasevilla.es
Correo Electrónico: colegio@icoe.es

MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.
Telf. 95 435 00 03
Fax 95 443 46 24



Autor: José Luis Murillo Domínguez

Nº Colegiado: 15.268

Cámara: D-90

Sumario

- 5 CUIDADOS DE LA MATRONA EN EL PARTO GEMELAR; A
PROPÓSITO DE UN CASO
Navarro Bernal, F.; Barroso Casamitjana, A.; Peralta Domínguez, A.M.
- 10 ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DE LA OBESIDAD EN
ALUMNOS DE PRIMARIA
Fernández Toro, M.; Fernández Toro, R.M.; Guerrero Domínguez, Y.
- 16 "ABORDAJE EXTRAHOSPITALARIO DE ENFERMERÍA: PAUTAS A
SEGUIR ANTES DE REALIZAR UN AVISO URGENTE EN
ATENCIÓN PRIMARIA"
Montero Rodríguez, M.G.; Gómez Rodríguez, A.; Domínguez
Rodríguez, E.
- 26 ALTERACIONES HEMATOPOYÉTICAS Y ENFERMEDAD RENAL
CRÓNICA
Reyes Rodríguez, L.M.; Fernández Aparicio, R.; Lobo Suárez, F.;
Rincón Redoblado, A.
- 32 RESERVORIO VENOSO SUBCUTANEO DE ALTA PRESIÓN COMO
HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA ADMINISTRACIÓN DE
CONTRASTE IV EN LA TCH (Tomografía Axial Helicoidal).
Hernández Gallego, F.J.; Velasco Sanz, R.
- 36 COMUNICACIÓN Y ATENCIÓN CLÍNICA Y DE CUIDADOS EN
PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN
Campa Valera, F.; Sánchez Blanco, J.; Saravia, Álvarez, I.; Ruiz
González, A.; Castro Aragón, J.L.; Sánchez Montero, Mª.R.
- 41 SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE SALUD EN EL SERVICIO
DE URGENCIAS DEL HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN
DE SEVILLA
Casín Galván, G.; García López, R.; Guirado Zambrano, E.Mª.;
Pérez Jiménez, R.
- 52 TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN EL MANEJO DE UNA
ÚLCERA VENOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA
Contreras Fariñas, R.; Rodríguez Carrasco, M.; Rodríguez
Vázquez, J.; Barbancho Molina, S.
- 57 ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL CATETERISMO
CARDÍACO Y LA ANGIOPLASTIA CORONARIA
Gómez Reina, Mª.V.; Zapata Sampedro, M.A.; Solís Ferrero, N.
- 65 LA TÉCNICA V.A.C
Franco Navarro, J.; Campos Gómez, M.A.; Gutiérrez Rivero, R.
- 72 DECLARACIÓN VITAL ANTICIPADA. ¿UN DERECHO POCO
CONOCIDO?
Rodríguez Pulido, L.; Torres Garrido, M.J.

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

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

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

CUIDADOS DE LA MATRONA EN EL PARTO GEMELAR; A PROPÓSITO DE UN CASO

CARE OF THE MIDWIFE IN TWIN BIRTH; A CASE REPORT

■ Francisco José Navarro Bernal¹

■ Almudena Barroso Casamitjana²

■ Ana María Peralta Domínguez³

1. Matrona. Distrito Jerez Costa-Noroeste.

2. Matrona. Enfermera Especialista en Salud Mental. Hospital SAS Jerez.

3. Matrona. Hospital SAS Jerez.

Resumen:

Actualmente, hay un aumento de la incidencia de embarazos gemelares debido sobre todo, a las técnicas de reproducción asistida. Esto hace que la matrona, en su trabajo diario, se encuentre cada vez más con gestaciones y partos gemelares. Ante este aumento, la matrona debe estar preparada para poder prestar los cuidados necesarios a este tipo de gestantes. Dependiendo de la presentación y la posición fetal, la terminación del parto será por una vía u otra, ante la cual la matrona debe estar preparada para actuar.

En este artículo se expone un caso clínico de una mujer con gestación gemelar en la que el parto terminó por vía vaginal de ambos fetos. Posteriormente, se redacta el plan de cuidados que se llevó a cabo con ella, según taxonomía NANDA. Con esto queremos difundir las necesidades y los cuidados que precisan las gestantes con este tipo de parto.

Palabras clave:

Cuidados; Parto; Gestación Gemelar; Matrona.

Abstract:

Currently, there is an increase in the incidence of twin pregnancies mainly due to assisted reproduction techniques. This makes the matron, in their daily work, be increasingly with twin pregnancies and births. Given this increase, the midwife must be prepared to provide the necessary care to such pregnant.

Depending on the presentation and the fetal position, completion of delivery will be by one route or another, to which the midwife must be prepared to act.

In this article a case of a woman with twin pregnancy in which the birth vaginally ended both fetuses exposed. Subsequently, the care plan that was carried out with it, according to NANDA taxonomy is drawn. By this we spread the needs and care needed by pregnant women with this type of delivery.

Key words:

Care, Childbirth, Twin Pregnancy, Midwife.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por embarazo múltiple aquél en que se produce el desarrollo simultáneo de dos o más fetos. Actualmente es un proceso bastante frecuente y está sujeto a complicaciones, tanto durante el embarazo como durante el parto, que pueden influir negativamente en el pronóstico prenatal y maternal.

Causas

1.-Técnicas de reproducción asistida

El mayor factor de riesgo en el aumento de los embarazos múltiples es hoy el uso de técnicas de reproducción asistida. Se puede afirmar que un 67% de las gestaciones gemelares provienen de técnicas de reproducción asistida. Aproximadamente un 33 o 34% de los tratamientos de fecundación in vitro (FIV) terminan en una gestación gemelar, un 8,6% en una gestación triple y un 0,9% en una gestación cuádruple.

Según datos de la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología (ESHRE) de 22 países europeos, tras una FIV o una ICSI (inseminación intracitoplasmática) se obtienen un 73,6% de embarazos únicos, un 24,4% de embarazos gemelares, un 2% de embarazos triples y 0.04% de embarazos cuádruples.

2.-Edad materna

A medida que la mujer es más mayor, aumenta el riesgo de tener gemelos. Esto se debe a un aumento de la producción de la hormona FSH. A partir de los 35 años, se multiplica por cuatro el riesgo de concebir embarazo gemelar.

3.-Multigestas

La tasa de gemelaridad es mayor en multigestas que en primigestas.

4.-Raza

La incidencia de tener un embarazo gemelar es mayor en mujeres de raza negra africana, seguidas de las caucásicas.

5.-Antecedentes familiares

La gestación gemelar espontánea parece tener un componente genético que se expresa en las mujeres y que puede ser heredad a través de su padre o de su madre. Así, una mujer tiene riesgo de tener gemelos si en su historia familiar existen gemelos. No obstante, la historia médica familiar del padre biológico parece tener poco o ningún efecto sobre el riesgo de tener gemelos. Por el contrario, una mujer sin antecedentes familiares de gemelos, aunque su pareja si los tenga, la probabilidad de tener gemelos es muy baja. Sin embargo, al tener el padre antecedentes de gemelos, tiene muchas posibilidades de que sus hijas, cuando sean madres, tengan gemelos.

6.-Altura y peso materno

Las mujeres obesas con un IMC mayor a 30 Kg/m² y las mujeres altas con talla mayor a 164 cm, tienen más posibilidad de tener un embarazo gemelar que las mujeres delgadas con un IMC menor a 20 Kg/m².^{1, 2}

Epidemiología

a) Incidencia Natural:

- Embarazos gemelares => 11 por cada 1000 embarazos.
- Trillizos y más => 0,4 por cada 1000 embarazos.
- Embarazos de gemelos monocigóticos => 3,5 por cada 1000.
- Embarazos gemelos dicigóticos => 2/3 de los embarazos gemelares.

b) Incidencia geográfica:

- En Europa la frecuencia baja de norte a sur.
- En EEUU el índice es más alto en la raza negra.
- En China y Japón es muy bajo.
- Entre los mongoles son excepcionales.
- La más notable es en Nigeria 5% de todos los partos.²

Patogenia

La gestación múltiple de origen natural se puede producir por una de estas tres vías:

- 1.-Por la división única o múltiple de un solo huevo, fecundado por un único espermatozoide.
- 2.-Por la fecundación de dos o más óvulos de la misma ovulación por otros tantos espermatozoides.
- 3.-Por la combinación de ambos procesos.

Por otro lado la gestación múltiple de origen artificial se puede originar por las siguientes causas:

- 1.-Por la fecundación de varios óvulos estimulados previamente con tratamientos.
- 2.-Por la transferencia intrauterina de varios huevos

Clasificación

Los embarazos gemelares se pueden clasificar dependiendo de:

a) Cigosidad

- Monocigóticos o univitelinos=> un solo óvulo fecundado, que por razones que no se saben, se divide en dos o más huevos. Siendo estos genéticamente iguales.
- Dicigóticos o bivitelinos => derivan de dos óvulos fecundados por espermatozoides diferentes. Son genéticamente distintos.
- Superfecundación => Fecundación poliovular en dos

coitos distintos, dentro del mismo ciclo. En este caso cabe la posibilidad de progenitores distintos en la misma gestación.

b) Placentación

- Monocoriales => Una sola placenta.
- Bicoriales => Dos placentas.
- Monoamniótico => Un saco amniótico.
- Biamniótico=> Dos sacos amnióticos.

Etiología

Los embarazos gemelares según su etiología los podemos clasificar en:

1.-*Embarazos de gemelos monocigóticos*: Como hemos comentado anteriormente, después de la fecundación de un ovulo por un solo espermatozoide, por razones que se desconocen, se divide en dos o más huevos, siendo estos idénticos genéticamente. Esta división se produce antes del 10 día del desarrollo.

Si la separación se produce en los 3 primeros días, da lugar a una separación completa de embriones y tejidos placentarios, lo que origina una placentación *bicorial-biamniótica*. En cambio, si la división se produce en los días 4-8, en el momento de la implantación, la placenta permanece unida pero se desarrollan dos sacos amnióticos. Placentación *monocorial-biamniótica*.

Si esta división se produce desde el día 9 hasta 12-15 días, cuando se forma la cavidad amniótica, se desarrollará un único saco. Gemelos *monocoriales-monoamnióticos*. Por último, si esta se produce más tarde dará lugar a gemelos unidos (siameses).

2.-*Embarazos dicigóticos o multicigóticos*: se define como las fecundaciones de dos o más óvulos con espermatozoides diferentes. En estos casos siempre están presentes dos o más placentas y dos o más sacos amnióticos¹.

Diagnóstico

1.- La Ecografía

Mediante la ecografía se puede detectar los sacos gestacionales a las 5 semanas de gestación y la actividad cardíaca de un feto a las seis semanas de gestación. Desde la semana 10 a la 14, con frecuencia las placentas bicoriales unidas pueden distinguirse de las monocoriales. En las primeras, el tabique divisorio parece más grueso e incluye los dos amnios y las dos membranas coriales, en la segunda solo consiste en dos finos amnios. Y la ausencia de un tabique de separación sugiere la presencia de gemelos monoamnióticos.¹

2.-Técnicas genéticas

Se utilizan para determinar la cigosidad en gemelos del mismo sexo. Se realiza a través de amniocentesis o coriocentesis. Una vez extraídas las muestras, se obtiene el ADN de ambas y se comparan.

Evolución clínica

-Complicaciones Maternas

Dentro de las complicaciones que producen los embarazos gemelares en la mujer gestante encontramos:

- ✓ Náuseas y vómitos intensos: debido a los elevados niveles de la hormona gonadotropina coriónica humana.

- ✓ Sobrecarga mecánica que provoca un aumento excesivo de peso, torpeza de movimientos, lumbalgias y dolor abdominal.
- ✓ La presión abdominal produce la aparición de hemorroides, estreñimiento pertinaz, micciones frecuentes, edemas en piernas y vulva y varices en miembros inferiores.
- ✓ En embarazos monocigóticos (10%) aparece polihidramnios.
- ✓ El aumento de peso y la dificultad del retorno venoso podrían estar relacionado con la aparición de una preeclampsia (40%).¹

- Complicaciones Obstétricas

Dentro de las complicaciones obstétricas encontramos:

- ✓ Las más frecuentes son los abortos y los partos prematuros. Este último va a estar relacionado con la paridad, el número de fetos y la presencia de complicaciones obstétricas.
- ✓ Todo ello unido a recién nacidos de bajo peso.
- ✓ Rotura Prematura de Membranas.
- ✓ Problemas placentarios tales como placenta previa y desprendimiento prematuro de placenta.
- ✓ Trastornos relacionados con el cordón como torsión e inserción velamentosa.
- ✓ Son más frecuentes las hemorragias antes del parto.
- ✓ CIR.
- ✓ Malformaciones congénitas.
- ✓ Mortalidad perinatal²

Tratamiento

- Cuidados prenatales

- ✓ Control de la dieta, peso, tensión arterial y análisis habituales.
- ✓ Se debe intentar que el embarazo se prolongue todo lo posible para que no se produzca antes de las 35 semanas.
- ✓ Se recomienda reposo en cama varias horas al día para facilitar la reabsorción de edemas y mejora la circulación útero-placentaria.
- ✓ Si se desencadena el parto de forma prematura, se requerirá hospitalización y comenzar tratamiento uterolítico.
- ✓ Se deben realizar exploraciones ecográficas mensuales a partir de la semana 20-24 y RCTG a partir de las 32 semanas³

- Atención y dirección del parto

- ✓ La vía más adecuada para el parto va a estar influenciada por: número de fetos, edad de gestación, variedad de situación y presentación.
- ✓ En caso de tres o más fetos, la cesárea es la vía de elección.
- ✓ En embarazos gemelares va a depender de las semanas de gestación:

Entre las semanas 27 y 34, aunque ambas presentaciones sean cefálicas, hay una tendencia por la cesárea.

Una vez sobrepasada las 34 semanas se procurará un parto vía vaginal siempre y cuando las presentaciones y las condiciones lo permitan.^{2,4,5}

- Elección del tipo de parto en embarazo gemelar

- Vigilancia posparto y atención puerperal

- ✓ Observar el número y la integridad de las placentas.
- ✓ Después del alumbramiento se debe procurar una buena retracción uterina, con masajes en el fondo y medicación oxitócica.

TABLA 1: TIPOS DE PARTO GEMELAR

Presentaciones			Tipo parto
	Gemelo 1º	Gemelo 2º	
I	Vértice	Vértice	Vaginal
II	No vértice	Vértice	Cesárea
III	No vértice	No vértice	Cesárea
	Vértice	No Vértice(>34s)	Vaginal
	Vértice	No vértice (<34s)	Cesárea

▲ Tabla I: tipos de parto gemelar⁶

- ✓ La involución puerperal suele ser más lenta y complicada.
- ✓ Prestar atención a las posibles infecciones, la reabsorción de edemas y la aparición de tromboflebitis.
- ✓ Se recomienda una movilización precoz.⁶

CASO CLÍNICO

Gestante de 34 años, primigesta, de 38 + 4 semanas, gemelar, que acude al servicio de urgencias por sensación de dinámica uterina.

Anamnesis

- Antecedentes médicos sin interés.
- FUR:15 de Mayo de 2012.
- Embarazo por Inseminación Artificial el día 29 de Mayo de 2012.
- Gestación controlada en el Hospital de la Línea hasta las 35 semanas. A partir de aquí embarazo controlado en Hospital de Jerez.
- Última Ecografía se realizó en la semana 38 con los siguientes datos:
Embarazo gemelar Bicorial Biamniótica.
Placenta grado I.
Biometría => 1 Gemelar => 34 +5 semanas.
Peso estimado 2460 gr
2 Gemelar => 36 +5 semanas.
Peso estimado 2900 gr
Presentación cefálica de ambos gemelos.
- Serología negativa, cultivo *Sterptococo B* Agalactae vaginal-norrectal positivo.
- Grupo sanguíneo O (+).
- Aporta estudio preanestésico con fecha del 20 de Enero de 2013.

Exploración al ingreso

- Altura uterina correspondiente a embarazo gemelar.
- Presentación cefálica de ambos gemelos.
- Cérvix borrado 80%, permeable a 1 dedo.
- Bolsas integras.
- Se decide ingreso en el Área de Dilatación de paritorio para evolución de parto vaginal.

Plan de actuación

- Ingresa en el área de monitores a las 8,15 h. Al ingreso se coloca Registro Cardiotocográfico y se toman las constantes. Se obtienen los siguientes datos: Fetos reactivos, 1

contracción cada 10 minutos. Tensión arterial => 110/60 mmHg.

-A las 8,30 h se canaliza vía periférica y se administra 1ª dosis de Penicilina 5 millones y se comienza con Oxitocina 4 gotas/ minutos según indicación médica. Registro Cardiotocográfico continuo => 2/3 contracciones cada 10 min.

-A las 11,30 se realiza exploración obteniéndose los siguientes datos: Cérvix borrado 3 cm. de dilatación. Se prescribe analgesia epidural.

-A las 12,30 h se administra 2ª dosis de Penicilina 2,5 millones. Y se coloca de nuevo Oxitocina.

-Se realiza nueva exploración a las 15 h con los siguientes datos: cérvix 6 cm de dilatación. Se realiza amniorexis, líquido claro. Registro Cardiotocográfico => Fetus reactivos, 3 contracciones cada 10 min.

-Penicilina 2,5 millones a las 16,30 h.

-Nueva exploración a las 18 h => cérvix 9 cm, presentación en I Plano. Registro Cardiotocográfico => Fetus Reactivos.

-A las 20 horas => Dilatación completa 1º gemelar en II plano. Se comienzan los pujos.

-A las 21.30 horas se decide pasar la señora a paritorio.

-Se coloca control de FCF durante los pujos en paritorio.

-1º Gemelo => parto distócico ventosa a las 21,50 h. Nace Varón, con un apgar de 9 – 10. Peso => 2.525 gr.

-2º Gemelo => Parto distócico ventosa a las 22,00 h. Nace varón, con apgar de 8 – 9. Peso => 2.855 gr.

-Durante el expulsivo se realizó episiotomía mediolateral.

-Tras alumbramiento de ambas placentas y sutura de episiotomía, madre e hijos pasaron al área de pospartos.

PLAN DE CUIDADOS

TABLA 2: PLAN DE CUIDADOS

(00035) RIESGO DE LESIÓN (DIAGNÓSTICO)

Riesgo de lesión materno-fetal como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recursos adaptativos y defensivos de la persona.

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)

+(0112) ESTADO FETAL: DURANTE EL PARTO

Indicadores:

- (011201) Frecuencia cardíaca de ambos fetos 120-160
- (011202) Patrones de desaceleración en los hallazgos del monitor fetal
- (011203) Variabilidad en los hallazgos electrónicos del monitor fetal
- (011204) Color del líquido amniótico.
- (011206) Posición fetal.

+ (2510) ESTADO MATERNO: DURANTE EL PARTO.

Indicadores:

- (251003) Uso de técnicas para facilitar el parto.
- (251004) Frecuencia de las contracciones maternas.
- (251007) Progresión de la dilatación cervical
- (251012) Control de la temperatura corporal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(6850) INDUCCIÓN AL PARTO

Progresión del proceso de parto mediante métodos farmacológicos.

Actividades:

- Monitorización cardíaca fetal antes de la estimulación.
- Realizar o ayudar con la amniotomía, si la dilatación cervical es adecuada y el vértice está bien colocado.
- Determinar la frecuencia cardíaca fetal postamniotomía.
- Observar si hay cambio en la actividad uterina.
- Iniciar medicación (oxitocina) para estimular la actividad uterina.
- Evitar la hiperestimulación uterina debida a la perfusión de oxitocina para conseguir una frecuencia, duración y relajación de contracciones adecuadas.
- Disminuir o aumentar la estimulación uterina (oxitocina) hasta la inminencia del parto.

(6830) CUIDADOS INTRAPARTO

-Monitorización y manejo de los estadios uno y dos del parto.

Actividades:

- Determinar si la paciente está con dolor.
- Animar la participación de la familia de forma coherente con las metas de la paciente.
- Realizar examen vaginal si procede.
- Aplicar monitor eléctrico fetal, según protocolo.
- Fomentar la deambulación durante los primeros dolores.
- Limpiar el perineo y cambiar las compresas absorbentes de forma frecuente.
- Monitorizar el progreso del parto, incluyendo pérdidas vaginales, dilatación, posición y descenso fetal.

-Mantener al paciente y al cuidador de parto informado de los progresos.

-Explicar el objeto de las intervenciones de parto requeridas.

-Documentar los sucesos del parto.

(6772) MONITORIZACIÓN FETAL ELÉCTRICA: DURANTE EL PARTO

-Evaluación electrónica de la respuesta cardíaca fetal a las contracciones uterinas durante los cuidados del parto.

(6834) CUIDADOS INTRAPARTO: PARTO DE ALTO RIESGO

Ayudar en el parto vaginal de fetos múltiples o mal posicionados.

Actividades:

- Comunicar los cambios del estado materno y fetal al responsable del parto.
- Preparar el equipo adecuado, incluyendo el monitor eléctrico fetal, máquina de anestesia, suministros de resucitación del RN y calentadores extras para los bebés.
- Dirigir el empuje del segundo estadio.
- Animar a la persona de apoyo que ayude con medidas de consuelo.
- Registrar la hora del parto del primer gemelo.
- Continuar monitorizando la frecuencia cardíaca del segundo feto.
- Ayudar con la resucitación del RN.
- Explicar las características de los RN relacionadas con nacimientos de alto riesgo.
- Observar atentamente si se producen hemorragias después del parto.
- Fomentar la interacción de los padres con los RN inmediatamente después del parto.

▲ Tabla 2. Planes de cuidado ^{7, 8, 9}

TABLA 3. PLAN DE CUIDADOS

(00004) RIESGO DE INFECCIÓN (DIAGNÓSTICO)

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Factores de Riesgo:

- Procedimientos invasivos.
- Rotura de las membranas amnióticas
- Estreptococo B +

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)

(1908) DETECCIÓN DEL RIESGO

Indicadores:

- (190801) Reconoce los signos y los síntomas que indican riesgo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(6550) PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

Prevención y detección precoz de la infección en un paciente de riesgo

Actividades:

- Observar el grado de vulnerabilidad de la paciente a las infecciones.
- Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada.

-Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
-Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección.

-Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones.

(6540) **CONTROL DE INFECCIONES**

Actividades:

-Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.

-Poner en práctica precauciones universales.

-Garantizar una manipulación aséptica de las líneas IV y epidural.

(6650) **VIGILANCIA**

Actividades:

-Vigilar los signos vitales.

-Retirar e interpretar los datos de laboratorio y ponerse en contacto con el médico.

-Iniciar y/o cambiar el tratamiento médico para mantener los parámetros normales establecidos.

-Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica.

(2314) **ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRAVENOSA**

Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa.

Actividades:

-Tomar nota del historial médico y del historial de alergia del paciente.

-Preparar correctamente el equipo para la administración de medicación.

-Mantener la esterilidad del sistema intravenoso abierto.

-Administrar la medicación intravenosa con la velocidad adecuada.

-Controlar el equipo I.V., la velocidad del flujo y la solución a intervalos regulares.

-Documentar la administración de medicación y de la respuesta del paciente.

▲ Tabla 3. Planes de cuidado ^{7, 8, 9}

TABLA 4: PLAN DE CUIDADOS

(00148) TEMOR (DIAGNÓSTICO)

Respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce conscientemente como un peligro.

R/C separación del sistema de soporte en una situación potencialmente estresante (procedimiento hospitalario) y falta de familiaridad con la experiencia.

M/P aprensión, aumento de la tensión, sentirse asustado e inquietud.

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)

(1404) **AUTOCONTROL DEL MIEDO**

-Acciones personales para eliminar o reducir los sentimientos incapacitantes de aprensión, tensión o inquietud secundarios a una fuente identificable.

Indicadores:

(140417) Controla la respuesta al miedo.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(5380) **POTENCIACIÓN DE LA REALIDAD**

-Intensificar el sentido de seguridad física y psicológica de un paciente.

-Actividades:

-Mostrar calma.

-Pasar tiempo con el paciente.

-Presentar los cambios de forma gradual.

-Discutir los cambios que se avecinen antes del suceso.

-Evitar producir situaciones emocionales intensas.

- Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos

-Escuchar los miedos del paciente/familia.

- Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos.

- Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera.

- Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad.

- Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado.

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

Minimizar la aprensión, temor o presagio relacionado con una fuente no identificada de peligro por adelantado.

Actividades:

-Utilizar un enfoque sereno que de seguridad.

-Explicar todos los procedimientos.

-Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

-Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.

-Escuchar con atención.

-Crear un ambiente que facilite confianza.

-Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo.

-Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.

▲ Tabla 4. Planes de cuidado

CONCLUSIONES

Tras realizar la búsqueda bibliográfica en las bases de datos Cochrane, Pubmed y Cuiden relacionado con los cuidados de la matrona en el parto gemelar, hemos llegado a la conclusión que se precisan más estudios que aporten datos al citado tema, porque no hay nada escrito al respecto.

La incidencia de los embarazos gemelares ha aumentado en los últimos años, y debido a ello creemos que la matrona debe estar preparada para afrontar este tipo de situaciones para prestar unos cuidados de calidad.

En definitiva cabe insistir en la importancia del manejo de los planes de cuidados, como herramienta fundamental, en el desempeño de las actividades de la matrona y de todo el personal de enfermería.

Bibliografía:

1. Usandizaga J. A., De la Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Segunda Edición. Madrid. McGRAW-HILL-Interamericana. 2004.
2. Organización Mundial de la Salud. Manejo de complicaciones del embarazo y el parto: Guía para matronas y médicos. Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas. Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2002.
3. Cloherty J, Eichenwald E, Stara A. Manual de cuidados neonatales. Cuarta Edición. Bracelona. Masson. 2005.
4. Arenas Olmo, Antonio, Roldan Cañas, Elvira, Alonso Ugartemendia, M^a Angeles, Ruiz Díaz, Ana. Embarazo y parto gemelar. Enfermería Docente. 1995.54:8-10.
5. Camus, M. Parto gemelar. Enfermería Científica. 1986.50:12-14.
6. Dodd JM, Crowther CA. Parto electivo de mujeres con un embarazo gemelar a partir de las 37 semanas de gestación (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
7. Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. Madrid: Elsevier. 2004.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005.
9. Dochterman JM, Bulechek G. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005.

ESTUDIO SOBRE LA PREVALENCIA DE LA OBESIDAD EN ALUMNOS DE PRIMARIA

STUDY ABOUT THE PREVALENCE OF OBESITY IN PRIMARY STUDENTS

- Mónica Fernández Toro¹
- Rosa María Fernández Toro²
- Yolanda Guerrero Domínguez³

1. Diplomada en Enfermería. Hospital Virgen del Rocío (Sevilla)

2. Diplomada en Enfermería. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital Virgen del Rocío (Sevilla).

3. Diplomada en Enfermería. Hospital Nuestra Señora de la Merced (Osuna)

Centro de realización del trabajo: Colegio CPR Agora (Valsequillo, La Granjuela y los Blázquez).

Resumen:

La obesidad es la enfermedad nutricional de mayor prevalencia en los niños y adolescentes de los países industrializados, considerándose en el siglo actual, como uno de los grandes problemas de salud pública, motivado por un cambio sustancial en los hábitos nutricionales así como en la actividad física diaria.

Se ha realizado un estudio sobre 37 escolares de edades comprendidas entre los 6 y 9 años. Se ha estimado la prevalencia de dicha enfermedad y se han evaluado los hábitos alimentarios así como la práctica de actividad física en dichos escolares a través de cuestionarios respondidos por los padres de dichos niños.

A partir de los resultados obtenidos en nuestro estudio, se han sacado conclusiones poniendo de manifiesto la importante relación existente entre el sobrepeso infantil y los hábitos dietéticos y de actividad física.

Palabras clave:

Prevalencia, Obesidad, Escolares, Hábitos alimentarios, Actividad física.

Abstract:

Obesity is the nutritional condition of higher prevalence in children and adolescents in industrialized countries, whereas in the present century, as one of the major health public problems, motivated by a substantial change in the nutritional habits and daily physical activity.

It has conducted a study on 37 students of ages between 6 and 9 years. It has been estimated the prevalence of the disease and eating habits has been evaluated eating habits as well as the practice of physical activity in the school evaluated through questionnaires answered by parents of such children.

Based on the results obtained in our study, conclusions highlighting the important relationship between overweight children and dietary habits and physical activity have been removed.

Key words:

Prevalence, Obesity, Students, Eating habits, Physical activity.

INTRODUCCIÓN

La obesidad es una enfermedad compleja, donde existen múltiples factores implicados: ambientales, genéticos, metabólicos, endocrinos y conductuales.

Según la Organización Mundial de la Salud, la obesidad y el sobrepeso han alcanzado caracteres de epidemia a nivel mundial. Más de mil millones de personas adultas tienen sobrepeso y de ellas, al menos trescientos millones son obesos.

La obesidad es la enfermedad nutricional de mayor prevalencia en los niños y adolescentes de los países industrializados, considerándose en el siglo actual, como uno de los grandes problemas de salud pública.

En los últimos treinta años, se ha producido un incremento en su prevalencia.

La obesidad y el sobrepeso son perjudiciales para la salud,

tanto por sí mismas, como por ser factores predisponentes para otras enfermedades crónicas como las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo II, hipertensión y ciertos tipos de cáncer y acortan la esperanza de vida hasta en diez años.

En los niños y adolescentes el problema se hace aún más grave ya que, de no tomar medidas a tiempo sobre sus hábitos, hay una alta probabilidad de que el niño obeso se convierta en un adulto obeso.

OBJETIVO

El presente estudio intenta conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil estudiada (niños de edades comprendidas entre los 6 y 9 años), así como los posibles factores etiológicos.

Para ello se evaluará el consumo alimentario habitual, la

práctica de actividad física de dicha población y la educación sanitaria que tienen las familias al respecto.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente proyecto se ha realizado sobre alumnos de primaria del colegio C.P.R. Ágora (Valsequillo, La Granjuela y Los Blazquez).

Se realiza el estudio sobre un total de 37 individuos, de edades comprendidas entre los 6 y 9 años, seleccionados al azar.

La recogida de datos se realiza sobre el mes de Abril de 2012.

Previamente a la recogida de datos se solicita la autorización correspondiente a la dirección del centro escolar.

Para la recogida de datos, se usa un cuestionario de 27 preguntas (*ver anexo 1*) dirigido a los padres de los alumnos sobre los hábitos alimenticios y de actividad física de sus hijos, así como de la información recibida por ellos al respecto. He de mencionar que se subraya en ella la **anonimidad** de la misma, pidiéndoles con ello la máxima sinceridad posible, así como se les informa de cuál es su cometido, todo ello en el intento de obtener la máxima colaboración posible.

Se entregan un total de 57 encuestas y se recogen un total de 39, desechando dos, por no responder adecuadamente, quedándonos con un total de 37 encuestas.

Se recogen los siguientes datos: edad, sexo, peso y talla de los alumnos y peso y talla de los padres.

Con los datos recogidos se procede a calcular:

- El índice de masa corporal (IMC) del alumno mediante la realización del cociente entre el peso del individuo en Kilogramos y la talla expresada en metros al cuadrado.

Sobre los hábitos alimenticios de los individuos se pregunta sobre la frecuencia de la ingesta de los principales grupos de alimentos así como alimentos de alto contenido energético.

Sobre los hábitos de actividad física, se pregunta sobre la realización de algún tipo de deporte o actividad física, tiempo empleado en ocio pasivo (televisión, videojuegos, ordenador, etc.)

Se recogen datos sobre el peso y la altura de los progenitores y la existencia en ellos de alguna enfermedad relacionada con la obesidad.

Por último, se recaba información sobre si dichas familias han recibido información al respecto y cuál ha sido la fuente.

Se han definido el sobrepeso y la obesidad utilizando, como criterio el valor del IMC. Fueron utilizados como puntos de cortes los valores correspondientes al percentil 85 para el sobrepeso y al percentil 95 para la obesidad, que se recogen especificados en función a la edad y sexo en la distribución de referencia para la población de las distintas edades según las Tablas de la Fundación Orbeagozo⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hernández M., Castellet J., García M., Narvaiza J.L., Rincón J.M., Ruiz I., et al. *Curvas de crecimiento. Instituto de Investigación sobre crecimiento y desarrollo. Bilbao. Fundación Orbeagozo. 1985.*

RESULTADOS

Se ha realizado el estudio sobre 37 cuestionarios procedentes del colegio "Ágora" (Valsequillo, La Granjuela, Los Blazquez), de los que 17 (45,95%) eran varones y 20 (54,05%) eran mujeres, con una media de edad de $7.48 \pm 1,24$ años.

Se procedió a la recogida de los parámetros antropométricos: peso y talla y a calcular el índice de masa corporal (IMC) a partir de dichos datos (Tabla nº1).

Variable	Media	DE	Mínimo	Máximo
Edad	7.48	1.24	6	9
Peso (kg)	29.65	8.59	20	54
Talla (m)	1.24	0.11	1.00	1.51
IMC (Kg/m ²)	17.82	3.15	13.43	26.78

DE: Desviación Estándar. IMC: Índice de masa corporal.

▲ Tabla nº 1. Características antropométricas de los escolares de muestra

Las medidas antropométricas de los escolares por género se expresan en la tabla nº 2.

Variable	n=37			
	Varones n=17		Mujeres n=20	
	Media	DE	Media	DE
Peso (kg)	33.48	9.87	26.4	5.38
Talla (m)	1.32	0.12	1.24	0.07
IMC	18.91	3.68	17.14	2.26

▲ Tabla nº 2. Medidas antropométricas de los escolares por género

Para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad se utilizó el IMC. La medida de los IMC en los escolares por género se recoge en la Tabla nº 3.

Edad en años	n= 37			
	Varones n=17		Mujeres n=20	
	IMC		IMC	
	Media	DE	Media	DE
6	19.49	1.03	17.05	2.16
7	16.70	6.55	15.82	1.71
8	18.55	2.58	18.09	2.05
9	20.35	4.99	16.80	2.45

▲ Tabla nº 3. Medida de los IMC en los escolares por género

Para el cálculo del IMC, se utilizó los datos de peso y talla recogidos en el cuestionario.

Se consideró escolar obeso, aquel alumno de 9 o menos años de edad, cuyo IMC era superior al percentil 95 de los individuos de la misma edad y género.

Según este criterio, 7 alumnos (18.91%) eran obesos, de los cuales 6 eran varones (16.21%) y uno (2.70%) mujeres.

La prevalencia de obesidad según la edad y género de los alumnos se expone en la figura nº1.



▲ Figura nº1. Prevalencia de obesidad según edad y género

La prevalencia de escolares obesos en relación al total de alumnos de su género y edad se muestran en la Figura nº2.



▲ Figura nº2. Prevalencia de alumnos obesos en relación al total de alumnos de su género y edad.

Se consideró escolar con sobrepeso, por la medición del IMC, aquel alumno de 9 o menos años de edad, cuyo IMC era superior al percentil 85 de los individuos de la misma edad y género e inferior al percentil 95.

Según este criterio, 6 alumnos (16.22%) tenían sobrepeso, de los cuales 3 eran varones (8.11%) y 3 mujeres (8.11%). La prevalencia de sobrepeso según la edad y género de los alumnos se muestra en la Figura nº3.



▲ Figura nº3. Prevalencia de sobrepeso según la edad de los escolares y género

La prevalencia de escolares con sobrepeso en relación al total de alumnos de su edad y género se muestran en la Figura nº4.



▲ Figura nº4. Prevalencia de escolares con sobrepeso en relación al total de alumnos de su género y edad.

En cuanto a los hábitos alimentarios de la muestra estudiada, encontramos los siguientes resultados.

La distribución diaria de las comidas principales (desayuno, almuerzo y cena) así como la media mañana y la merienda, se cumple adecuadamente en un 78.37% de los casos. No obstante, un 51.35% de los niños refiere tomar alimentos o bebidas entre horas.

Un 64.86% realizaban un desayuno completo (leche acompañada de tostada o cereales) mientras que un 35.14% de los niños lo hacían de forma inadecuada (leche, batido o galletas) (figura nº5). En cuanto al tiempo empleado, en un 32.43% éste era insuficiente (menos de 5 minutos), frente a un 67.57% que empleaban entre 10 y 15 minutos.

Entre los alimentos consumidos con menos frecuencia, se encuentran las verduras (62.16%), las frutas (13.51%), las legumbres (13.51%) y el pescado (10.81%).

El consumo de lácteos y derivados parece ser adecuado en un 97.30% de la muestra, ya que lo consumían a diario. Un 91.74% lo hacía además, varias veces al día. Frente a esto, un 2.7% refiere no consumirlo nunca.

En general, el consumo de frutas y verduras no es diario para un 54.06 y 86.48%, respectivamente. Un 29.73% refiere consumir fruta varias veces al día y un 24.32% sólo una vez al día. Un 8.11% refiere no consumirla nunca. Un 13.51% refiere consumir verduras a diario, un 62.16% lo hacen de forma semanal, siendo lo más frecuente 1-2 veces a la semana, un 13.51% lo hacen ocasionalmente y un 10.81% nunca.

La ingesta de alimentos fuentes de hidratos de carbono parece ser adecuada en un 92% de la muestra, ya que un 91.89% consumían pan y cereales diariamente y de ellos un 67.56% lo hacían varias veces al día. El consumo de arroz y pasta era semanal para un 89.19%, siendo lo más prevalente de 2 a 3 veces por semana. El consumo de (pan-cereales) y (arroz- pasta) era inadecuado para un 8.11 y un 10.81%, respectivamente.

En general, el consumo de carnes es adecuado en un 78.38% de los niños, siendo este de entre 2-4 veces a la semana. Encuentro un consumo excesivo, en un 8.11% y un 13.51% puesto que lo hacen a diario o casi a diario, respectivamente.

En cuanto al consumo de pescado, es semanal en un 91.90%, siendo lo más frecuente de una a dos veces por semana (56.76%) y de tres a cuatro veces por semana (35.14%). Un 2.7% presenta un consumo insuficiente y un 5.4% lo consume casi a diario.

El consumo de huevos parece ser adecuado en un 94.6%, siendo este de varias veces a la semana. Un 2.7% lo hace de forma excesiva con un consumo casi diario y un 2.7% no lo consume nunca.

En cuanto a las legumbres, su consumo es de varias veces a la semana, y por tanto, adecuado para el 81.08%. Un 5.41% de la muestra las consume de forma ocasional y para un 13.51% el consumo es diario o casi diario. Por tanto, para un 18.92% el consumo no es apropiado.

Sin embargo, el consumo de dulces, golosinas y helados es ocasional sólo en el 5.41% de los niños. Un 29.73% los consume diariamente y un 32.43% casi a diario. Un 32.43% lo hacen una o dos veces a la semana.

En cuanto a la bebida consumida durante las comidas principales, almuerzo y cena, un 27.03% de los niños refieren consumir refrescos. Un 70.27% consumen agua o zumos y un 2.7 % dice no beber durante las comidas.

El tamaño de la ración es adecuada para el 78.38% de los padres encuestados. Sólo un 2.7% dice encontrarla grande para la edad de su hijo y un 18.92% la encuentra pequeña. Al correlacionar lo anterior con la existencia de sobrepeso u obesidad en los niños de la muestra, encontramos que sólo en uno de los niños obesos, sus padres reconocen que come más de lo que corresponde a su edad.

Con respecto a la actividad física, encontramos los siguientes resultados en la muestra analizada. Un 27.03% no realizan ningún tipo de deporte o actividad, sólo la gimnasia realizada en el colegio (2 horas semanales). Un 72.97% refiere realizar algún tipo de deporte o actividad extraescolar, siendo diario en un 64.86% de los niños. La práctica de deporte es el doble de frecuente en el género masculino (43.24%) que femenino (21.62%).

En cuanto al ocio pasivo (televisión, videojuegos, ordenador...), encontramos lo siguiente: Un 54.04% refiere emplear 2-3 horas al día en ver la tele y un 45.95% pasa de media a una hora diaria jugando con videojuegos. Un 45.95% dedica una hora o menos a la televisión y un 54.05% refieren usar los videojuegos de forma esporádica o no usarlos.

En relación a la presencia de sobrepeso u obesidad en los padres, se encontraron los siguientes datos: la prevalencia de sobrepeso-obesidad es de un 78.38%, siendo en un 59.46% uno de los progenitores el que lo presentaba y en un 18.92% los dos progenitores los que lo presentaban. En el caso de que sólo uno de los padres lo presentaba, era mucho más frecuente que fuera el padre con una prevalencia de un 45.95%.

De los 7 niños obesos encontrados en el estudio, 5 presentaban sobrepeso-obesidad en alguno de los progenitores y 3 de ellos en ambos. Los padres de los otros dos niños presentaban un peso adecuado.

De los 6 niños que presentaban sobrepeso, 4 presentaban sobrepeso en alguno de los progenitores y ninguno en ambos progenitores. Los padres de los otros dos niños presentaban un peso normal.



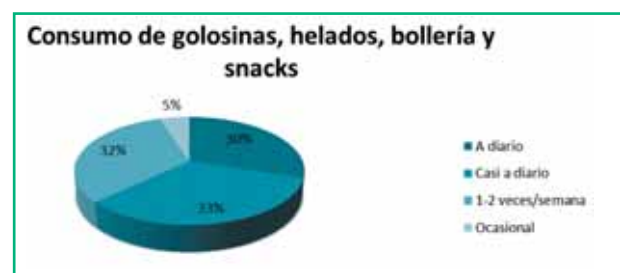
▲ Figura nº 5. Porcentaje de niños que presentan un desayuno completo y un desayuno inadecuado



▲ Figura nº6. Porcentaje de niños que dedican un tiempo adecuado al desayuno y un tiempo insuficiente.



▲ Figura 7. Alimentos consumidos con menos frecuencia.



▲ Figura nº 8. Porcentaje de niños y frecuencia con la que consumen golosinas, helados, bollería y snacks.



▲ Figura nº 9. Porcentaje de niños que practican actividad física o deporte.



▲ Figura nº10 Tiempo empleado en la TV (televisión)



▲ Figura 11: Tiempo empleado en uso de videojuegos-ordenador

Un 0.095% presentaban enfermedades relacionadas con la obesidad como colesterol (5.41%), hipertensión (2.70%) o diabetes (1.35%).

Un 56.76% había recibido información acerca de cuál sería la alimentación adecuada para su hijo frente a un 42.24% que no. Un 72.97% desea recibir información, un 13.51% no, y un 13.51% no contestan.

Las principales fuentes de donde han recibido dicha información son el centro de salud y el colegio (62.16%) y otras como la televisión, internet, libros, etc., (10.81%).

CONCLUSIONES

La prevalencia de obesidad y sobrepeso encontrada en este estudio es de 18.91% y 16.22% respectivamente. Un 35% de los escolares estudiados presentan un peso superior al adecuado para su edad.

En cuanto a la prevalencia encontrada por género, se observa una mayor prevalencia de obesidad en el sexo masculino (16.2%) que en el femenino (2.7%), mientras que ambos géneros presentan la misma prevalencia de sobrepeso.

Si analizamos los distintos grupos de edad, podemos concluir que existe una mayor prevalencia de obesidad en el género masculino que femenino (*Nota:* En el grupo de 7 años no encontramos ningún niño obeso. Habría que tener en cuenta que las muestras tomadas para los distintos grupos de edad no son iguales en número).

No obstante, sería recomendable disponer de muestras de mayor tamaño, para poder obtener resultados más representativos.

En cuanto a los **hábitos nutricionales** de los niños estudiados podemos concluir:

La mitad de los niños estudiados refieren tomar alimentos entre horas, no realizando una distribución adecuada de las comidas. A pesar de que todos toman algo antes de ir al colegio, un tercio de los niños no desayunan adecuadamente, realizando un desayuno incompleto desde el punto de vista nutricional. Además, el tiempo empleado para ello es insuficiente (menos de cinco minutos).

Las verduras siguen siendo el grupo de alimentos olvidados y menos consumidos, seguidos de frutas y legumbres. Un 8 y 11% refieren no consumir nunca frutas y verduras, respectivamente.

En general, el consumo de lácteos, hidratos de carbono (pan, cereales, pasta, arroz,...) y proteínas (carne, pescado, huevo) es adecuado para la mayor parte de los alumnos estudiados. Encuentro un consumo deficiente de hidratos de carbono para un 9.46%, un consumo excesivo de carne en un 22%, un consumo insuficiente de pescado en un 2.7% y un consumo inapropiado de legumbres en un 19%.

El 95% de los niños presenta un consumo excesivo de golosinas, helados, dulces y bollería, alimentos con escaso valor nutricional y de alto contenido energético.

Con respecto, a la **actividad física** realizada, un 27% no realizan actividad física o deporte alguno, excepto la gimnasia practicada en el colegio, mientras que un 65% la realizan diariamente.

Se observa que la práctica de deporte es el doble de frecuente en niños que en niñas. Más de la mitad de los escolares, pasa entre 2 y 3 horas diarias viendo la televisión y casi la mitad de ellos dedica entre media y una hora al día a jugar a videojuegos.

En el estudio se observa una alta prevalencia de sobrepeso-obesidad en los padres de los niños (78.38%). Existe relación entre la existencia de sobrepeso u obesidad en los niños y la existencia de sobrepeso u obesidad en los padres.

Por último, se observa una falta de información en los padres acerca de cuál es la alimentación más adecuada para sus hijos y la práctica de ejercicio (un 42% refieren no haber sido informados).

A un 73%, le gustaría recibir información al respecto.

Como conclusión final, me gustaría decir que desde el punto de vista sanitario es muy importante y necesario proporcionar educación nutricional sobre cuál es la alimentación adecuada para la población infantil y juvenil. Con ello, conseguiríamos mejorar los hábitos alimentarios de este sector de la población así como incidiríamos de forma indirecta en la prevención de una enfermedad tan importante como es la obesidad. Para ello, es fundamental que los padres sean informados y educados al respecto, haciéndoles partícipe y haciéndoles comprender la importancia de ello para que sus hijos puedan crecer de una forma sana y saludable.

ANEXO 1.

CUESTIONARIO SOBRE LA ALIMENTACION INFANTIL

El siguiente cuestionario es totalmente anónimo. Rogamos por ello la máxima sinceridad y colaboración en sus respuestas.

Su objetivo es el realizar una valoración para su posterior estudio sobre los hábitos alimenticios que muestra la población infantil así como la conveniencia de ofrecer educación al respecto. Todo ello, se engloba dentro de un proyecto de investigación sobre la prevalencia de sobrepeso en la infancia.

Muchas gracias por su colaboración.

1. ¿Qué edad tiene su hijo? _____
2. Indique si es niño o niña. _____
3. Indique cuánto pesa y cuánto mide (esta pregunta es muy importante dentro de la encuesta): _____
4. Puede indicar, el número de comidas que realiza al día: _____
5. ¿Cuántas veces come entre horas, es decir, entre las comidas principales (desayuno, media mañana, almuerzo, merienda y cena)? (se entiende, por ejemplo, entre el almuerzo y la merienda o entre la merienda y la cena) _____
6. ¿Qué alimento/s gusta menos a su hijo? Indique el o los alimento/s que nunca o con poca frecuencia consume: _____
7. Con que frecuencia, ¿consume leche o derivados (yogur, queso...)? (MARQUE CON UNA CRUZ)

- nunca _____
 - una vez al día _____
 - varias veces al día _____
 - varias veces a la semana _____
 - otra opción: diga cuál...
8. Con que frecuencia, ¿consume frutas? (MARQUE CON UNA CRUZ)
 - Nunca _____
 - A diario. En este caso, indique el número de raciones o piezas: (por ejemplo, 3) _____
 - Una o varias veces a la semana. Indique, el número de veces a la semana _____
 - Al mes. Indique el número de veces al mes _____
 - Otra opción: diga cuál _____
 9. Con que frecuencia, ¿consume verduras y hortalizas (tomates, zanahorias, espinacas...)? (MARQUE CON UNA CRUZ)
 - Nunca _____
 - A diario. En este caso, indique el número de raciones: (por ejemplo, 3) _____
 - Una o varias veces a la semana. Indique, el número de veces a la semana _____
 - Al mes. Indique el número de veces al mes _____

- Otra opción: diga cuál _____
- 10. Con que frecuencia, ¿consume carne (pollo, cerdo, ternera...)? (MARQUE CON UNA CRUZ)
 - Nunca _____
 - A diario. Indique el número de veces _____
 - A la semana. Indique el número de veces a la semana _____
 - Al mes. Indique el número de veces al mes _____
 - Otra opción: diga cuál....
- 11. Con que frecuencia, ¿consume pescado? (MARQUE CON UNA CRUZ).
 - Nunca _____
 - A diario. Indique cuántas veces al día _____
 - A la semana. Indique cuántas veces a la semana _____
 - Al mes. Indique cuántas veces al mes _____
 - Otra opción: diga cuál....
- 12. Con que frecuencia, ¿consume huevos? (MARQUE CON UNA CRUZ).
 - Nunca _____
 - A diario. Indique cuántas veces al día _____
 - A la semana. Indique cuántas veces a la semana _____
 - Al mes. Indique cuántas veces al mes _____
 - Otra opción: diga cuál....
- 13. Con que frecuencia, ¿consume legumbres (lentejas, garbanzos, habichuelas...)? (MARQUE CON UNA CRUZ).
 - Nunca _____
 - A diario. Indique cuántas veces al día _____
 - A la semana. Indique cuántas veces a la semana _____
 - Al mes. Indique cuántas veces al mes _____
 - Otra opción: diga cuál _____
- 14. Con que frecuencia, ¿consume pan y cereales? (MARQUE CON UNA CRUZ).
 - Nunca _____
 - A diario. Indique cuántas veces al día _____
 - A la semana. Indique cuántas veces a la semana _____
 - Al mes. Indique cuántas veces al mes _____
 - Otra opción: diga cuál _____
- 15. Con que frecuencia, ¿consume arroz y/o pasta (macarrones, fideos...)? (MARQUE CON UNA CRUZ).
 - Nunca _____
 - A diario. Indique cuántas veces al día _____
 - A la semana. Indique cuántas veces a la semana _____
 - Al mes. Indique cuántas veces al mes _____
 - Otra opción: diga cuál _____
- 16. Con que frecuencia, ¿consume dulces, bollería ("donuts", "bollicaos"), helados, "chucherías", caramelos, snacks? (MARQUE CON UNA CRUZ).
 - Nunca _____
 - A diario. Indique cuántas veces al día _____
- A la semana. Indique cuántas veces a la semana _____
- Al mes. Indique cuántas veces al mes _____
- Otra opción: diga cuál _____
- 17. Valore la cantidad o tamaño de la ración que suele comer su hijo/a: (MARQUE CON UNA CRUZ)
 - Poco o Pequeña para su edad _____
 - Adecuada para su edad _____
 - Mucho o Grande para su edad _____
- 18. ¿Qué bebe su hijo, durante las comidas principales?
 - Nada _____
 - Agua _____
 - Refrescos (coca-cola, fanta,...) _____
 - Zumos _____
 - Otra opción. Diga cuál _____
- 19. Describa según lo habitual:
 - ¿Qué desayuna su hijo (generalmente)? _____
 - ¿Desayuna antes de ir al cole todos los días? _____
 - ¿Qué tiempo emplea en desayunar? _____
 - ¿Qué toma a media mañana? _____
 - ¿Qué almuerza su hijo? Describa varias opciones, pero intente indicar lo más habitual _____
 - ¿Qué merienda su hijo (generalmente)? Describa varias opciones, pero intente mostrar lo más habitual _____
 - ¿Qué cena su hijo (generalmente)? Describa varias opciones, pero muestre lo más habitual _____
- 20. ¿Realiza, su hijo, algún tipo de actividad física o deporte?
 - Indique cuál _____
 - ¿Cuántas horas dedica para ello? (MARQUE CON UNA CRUZ)
 - No practica deporte o actividad _____
 - Al día _____ horas
 - A la semana _____ horas
 - Al mes _____ horas
- 21. ¿Cuánto tiempo (en horas) pasa al día sentado viendo la televisión?
- 22. ¿Cuánto tiempo (en horas) pasa su hijo en el ordenador o jugando con videojuegos?
- 23. ¿Existen áreas deportivas (parques, polideportivos, campos de fútbol...) cercanos a su domicilio? _____
- 24. Indique el peso y altura de ambos padres (esta pregunta es importante para la encuesta) _____
- 25. Padece alguno de los padres de hipertensión, diabetes ("azúcar"), colesterol u otras enfermedades cardiovasculares?
 - Si es así, indique cuál o cuáles _____
- 26. Por último, ¿ha recibido algún tipo de información acerca de cuál sería la alimentación más adecuada para su hijo? _____
 - Indique dónde ¿colegio, centro de salud, otras fuentes? _____
- 27. ¿Le gustaría recibirla? _____

Bibliografía:

1. Bermejo M, Arroba ML, García JM. Alimentación y nutrición. En: Gómez CM, Ruiz-Canela J, editores. Guía de Salud para el niño sano. AEPap; 2004. p. 67- 70.
2. Cao MJ. Nutrición y Dietética. 1ª ed. Barcelona: MASSON, S. A.; 1995.
3. Estrategia NAOS. Invertir la tendencia de la obesidad. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
4. Gargallo MA, Monereo S. El sobrepeso y la obesidad en el momento actual: prevalencia y costes. En: Moreno B, Gargallo MA, editores. Sobrepeso y Obesidad. 1ª ed. Madrid: Drug Farma; 2001. p. 11-19.
5. Gómez C, Lourenço T, Loria V, Marín M, Martínez JR, Pérez C, et al. Análisis de las encuestas de hábitos alimentarios realizadas en población escolar durante la 4ª edición del Día Nacional de la Nutrición (DNN) 2005. Nutr Clin Diet Hosp. 2007; XXVII/24 (1):32-40.
6. Gómez MC. Enfermería Pediátrica. 1ª ed. Barcelona: MASSON, S.A.; 1995.
7. Icart M, Torrents ML, Bermejo B, Canela J. Enfermería Comunitaria. Epidemiología. 1ª ed. Barcelona, S. A.; 1997.
8. López C. Salud Pública, obesidad y educación. Alimentación, Nutrición y Salud. 2004; 11 (4): 91-94.
9. Lozano de la Torre MJ. Alimentación en el preescolar, escolar y adolescente. En: Jarpyo, editores. Nutrición en Atención Primaria. Madrid: 2001.p.77-89.
10. Martín G. Valoración del estado nutricional. En: Jarpyo, editores. Nutrición en Atención Primaria. Madrid: 2001.p.43-54.
11. Martínez A. Prevención integral de la obesidad infantil: el Plan Andaluz. Rev Pediatr Aten Primaria. 2005; 7 Supl. 1:S 21-34.
12. Moreno B, Gargallo MA. Sobrepeso y Obesidad. 1ª ed. Madrid: Drug Farma; 2001.
13. Moreno B, Hernández E, Rivera J. Obesidad Infantil. En: Moreno B, Gargallo MA. Sobrepeso y Obesidad. 1ª ed. Madrid: Drug Farma; 2001. p.187- 96.

ABORDAJE EXTRAHOSPITALARIO DE ENFERMERÍA: PAUTAS A SEGUIR ANTES DE REALIZAR UN AVISO URGENTE EN ATENCIÓN PRIMARIA

APPROACH EXTRAHOSPITAL NURSING: GUIDELINES TO FOLLOW BEFORE PERFORMING AN URGENT WARNING IN PRIMARY CARE

- M^a de Gracia Montero Rodríguez¹
 - Antonio Gómez Rodríguez²
 - Encarnación Domínguez Rodríguez³
- ¹ Enfermera, Dispositivo Apoyo Distrito Norte, Sevilla
² Enfermero, USMC Macarena Norte, Sevilla
³ Enfermera DCCU Móvil San José de la Rinconada

Resumen:

La enfermería es una profesión que desempeña sus funciones en diferentes ámbitos y ubicaciones. Sobre todo cuando empezamos a desempeñar nuestras funciones tras concluir nuestra enseñanza académica.

Por ello hemos intentado dar unas nociones y un apoyo que quizás muchos de nosotros no tuvimos al empezar a trabajar. Porque la atención extrahospitalaria no es algo que se desarrolla demasiado en la formación académica y es un trabajo con muchos matices, donde encontramos situaciones y materiales que no se suelen usar dentro de un hospital o centro de salud y que aunque no son difíciles de utilizar, requieren un entrenamiento adecuado.

Palabras clave:

Extrahospitalaria, material de movilización/inmovilización, ambulancia, Soporte Vital Básico (SVB) y Soporte Vital Avanzado (SVA).

Abstract:

Nursing is a profession that performs its functions in various fields and locations. Especially when we started to play our roles after conclude our formal education.

Therefore we have tried to give some notions and support that perhaps many of us did not have to start working. Because outpatient care is not something that develops on the academic training and work with many nuances, we find situations and materials that are not usually used in a hospital or health center and although not difficult to use, require proper training.

Key words:

Outpatient, material mobilization/immobilization, ambulance, Basic life support (SVB) and advanced life support (SVA).

No hemos tenido ningún tipo de financiación para el estudio. No se ha presentado anteriormente.

INTRODUCCIÓN

La enfermería española como muy bien sabemos esta dentro de las mejores formadas, por su versatilidad y por la gran capacidad de trabajo que presenta. Pero todos al terminar la carrera nos sentíamos más o menos capacitados para desempeñar nuestras nuevas funciones, aunque siempre pensábamos en un ala de un hospital o en un centro de salud y pocos, en una guardia en una Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias (U.C.C.U) de un pueblo, aldea o ciudad, e incluso en un Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (D.C.C.U), unidad móvil.

La atención Extrahospitalaria es una "asignatura" que durante la formación académica se desarrolla de forma muy superficial, con talleres y visitas. Pero por la cual no se rota en la formación y no se ve como funciona, los dife-

rentes tipos de materiales y las diferentes formas de usarlo o las clases de vehículos asistenciales (ambulancias) que podemos encontrar.

Y ante una urgencia extrahospitalaria, en la mayoría de casos nos encontramos solos. Es decir un médico, un enfermero y un conductor o con suerte un técnico en emergencias. Cuando los helicópteros no están operativos debido a las condiciones meteorológicas, o los recursos que nos deberían ayudar están ocupados, la asistencia integral de estas urgencias/emergencias recae sobre el equipo del U.C.C.U.

La asistencia extrahospitalaria la podemos definir como: "La utilización de unos servicios que permiten que las personas que se encuentran en riesgo vital debido a enfermedades o accidentes tengan acceso, in situ, o mediante un rápido traslado en óptimas condiciones, a procedimien-

tos y terapias altamente efectivas que antes estaban limitadas al ámbito hospitalario". (1)

En Andalucía la red de emergencias, es gestionada por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES-061), siendo dotada de medios aéreos, terrestres y una red de U.C.C.U., reguladas mediante el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias (PAUE) y coordinadas mediante 8 centros de coordinación de urgencias y emergencias (CCUE), uno en cada provincia andaluza.

La red de U.C.C.U. esta formada por puestos fijos, que desarrollan su actividad desde el cierre de los centros de atención primaria hasta su nueva apertura. Y por equipos móviles, D.C.C.U. que proporcionan una cobertura de 24h todos los días y equipos terrestres del 061 (equipos movilizables de cuidados críticos y urgencias-EM). Los equipos aéreos del 061 proporcionan cobertura desde el orto al ocaso. (2)

JUSTIFICACIÓN

El papel de la enfermería, aunque no es nuevo en la atención extrahospitalaria, cada día cobra más relevancia y mayor presencia en el sector (tanto público como privado). Prueba de ello es que actualmente en Andalucía disponemos de los ECAs (equipos de coordinación avanzada) compuesto por un Enfermero y un Técnico en Emergencias y dotados con vehículos ligeros o actualmente con vehículos con capacidad de traslado.

Debido a la aparición de estos recursos, al vacío existente en la formación en atención extrahospitalaria y al grado de estrés que puede generar una actuación de éste tipo. Nos planteamos realizar este artículo para dotar de unas nociones básicas, sobre el material existente, a todo aquel profesional novel, a priori y todo profesional que este interesado. Los objetivos a conseguir, son.

- Afianzar los conocimientos adquiridos durante la formación académica en materia de atención extrahospitalaria.
- Dotar de recursos para poder afrontar los eventos que puedan surgir y disminuir el estrés lógico que genera la actuación extrahospitalaria.
 - Ya sea por la limitación de recursos de los que disponemos.
 - Por el lugar y ambiente donde se desarrolle la intervención.
- Reconocer los diferentes tipos de vehículos asistenciales que podríamos utilizar.
- Reconocer el material disponible en una ambulancia, así como recordar/afianzar las indicaciones y uso del mismo.

DESARROLLO

La asistencia extrahospitalaria, como su nombre indica es aquella que se realiza fuera de un centro sanitario, en el mismo lugar donde se produce el incidente.

Por ello realizaremos una descripción de la actuación enfermera, enfocado hacia la atención extrahospitalaria y al manejo de los elementos, materiales y recursos de los que dispondremos dentro de un vehículo asistencial.

Lo primero de lo que hablaremos es de los tipos de vehículos de los que disponemos, según su clasificación podemos encontrar Ambulancia Asistencial (SVB: Soporte Vital Básico o SVA: Soporte Vital Avanzado), Ambulancia No Asistencial y Ambulancias Colectivas. (6)

Actualmente la clasificación de los vehículos de asistencia sanitaria ha sufrido una modificación, por lo que la clasificación actual corresponde:

- Ambulancias no asistenciales, clase A1 y A2
- Ambulancias asistenciales, clase B (equivaldría a SVB) y clase C (equivaldría a SVA). (7)

Para el desarrollo de nuestra actividad el vehículo que nos interesa sería la clase B (SVB) y la clase C (SVA).

La principal diferencia entre ambas la podríamos simplificar al tipo de personal y el material electromédico del que disponen. Es decir la clase B (SVB) carece de material electromédico, así como del personal médico (médico y enfermero) (imagen A, B, B1 y C).

Al desarrollar nuestra atención extrahospitalaria, podemos encontrarnos con diferentes situaciones, dependiendo del lugar donde trabajemos, en relación con el tipo de ambulancia de la cual dispongamos.

1. Podemos estar en un servicio que disponga de un DCCU (24h), donde tendremos un vehículo clase C o bien uno clase B, equipado como C. (imagen 1).
2. Encontrarnos en servicios que dispongan de un DCCU (12h) y el resto del servicio es el personal del UCCU, quien realiza la atención extrahospitalaria. (imagen 2).
3. O bien centros que dispongan de un vehículo clase B (imagen 3) y al atender un aviso extrahospitalario se dote con el material electromédico que disponemos en el centro.

Esta diferenciación va en función del material del que podremos disponer, ya que en el primer tipo dispondríamos de todo el material de los anexos (imágenes desde A hasta Q). En el segundo tipo mientras prestase la atención como DCCU, dispondríamos del mismo material que en el primer tipo. Pero al terminar su servicio, dispondríamos del respirador fijo (imagen B), el monitor/desfibrilador sería el del centro y el resto de material fijo del vehículo.

En el caso del tercer tipo, solo dispondríamos del material existente en el centro como hemos indicado antes.

Por todo lo anterior, nos centraremos en aquellos casos en los que la asistencia sea desarrollado por el personal del UCCU, ya sea disponiendo de un vehículo B adaptado a C o bien un vehículo B con material disponible del centro.

La primera premisa importante que debemos tener en cuenta es realizar una revisión del material del que disponemos, tanto para saber cual es, como para habituarnos a él. La segunda premisa a tener en cuenta sobre todo en el caso de tener que equipar el vehículo con el material del centro es no olvidar lo que podamos necesitar.

A continuación intentaremos dar unas pautas a seguir para

organizarnos y que no se nos olvide nada. Diferenciaremos entre un dispositivo DCCU y UCCU.

• Dispositivo DCCU.

- Comenzaremos por revisar el maletín general de salida, donde comprobaremos el tensiómetro, medidor de glucemia (Bmtest), pulsioxímetro, la medicación (tanto caducidad, como números de viales de cada fármaco, necesarios para realizar varias intervenciones sin necesidad de reponerlos), el material de sueroterapia (sueros para una primera actuación, llaves de 3 pasos, dosiflow, catéter intravenosos, apósitos de fijación de éstos, etc), material fungible (agujas, jeringuillas, vendas, gasas, etc) y material para la vía aérea (mascarillas ventimask, para nebulización, alto flujo y gafas nasales).
- A continuación pasaremos al vehículo.
 - Material electromédico (Imagen A, B, C, D, Ot1 y Ot2)
 - Monitor/desfibrilador, encenderlo y comprobar los accesorios, electrodos, gel conductor, rasuradoras, parches marcapasos.
 - Respirador, tanto fijo como el portátil.
 - Boussignac Cpap.
 - Botellas de oxígeno, fijas y portátiles.
 - Maletines de SVA adulto y pediátrico, disponer del material para realizar RCP Avanzada (medicación y aislamiento vía aérea).
 - Maletín para sondaje vesical (SV) y nasogástrico (SNG).
 - Revisión del ampulario del vehículo y de la nevera (donde irá la medicación que precise estar en frío), ya que será nuestro repuesto para toda la medicación utilizada hasta llegar a nuestra base.
 - Revisión de los cajones y estantes, que irán ordenados según el material (vía aérea, circulatoria, material de cura, etc)
 - Revisión del material de movilización/inmovilización. (Imagen desde la A hasta la Q) lo ampliaremos en un punto a parte.
 - Revisión de los equipos de protección individual (EPI).

Dispositivo UCCU.

- Comenzaremos por el material electromédico del que dispongamos en el centro de salud o UCCU. Es decir todo aquel que sacaremos para atender un aviso fuera del centro y que sería el monitor/desfibrilador, pulsioxímetro, medidor de glucosa, tensiómetro, balón resucitador y estado de la botella/as de oxígeno portátil de las que dispongamos. El resto de la revisión será igual que en el apartado anterior. (Imagen desde la C, D, Ot1 y Ot2)
- Continuamos con la revisión del maletín de salida, que será la misma que en el apartado anterior. Aunque presenta alguna salvedades en cuanto a

organización y cantidad de material. Esta diferencia radica principalmente en que al estar en un UCCU, el maletín es un compendio entre el maletín de salida del DCCU, el de SVA adulto y pediátrico y el maletín para SV y SNG. Por tanto el material del que disponemos es el necesario para realizar una o dos actuaciones, debido a la limitación de espacio. Siendo la ambulancia el complemento para reabastecernos de material.

- El material para aislamiento y mantenimiento de la vía aérea, la encontraremos en un maletín específico y complementado con el material de la ambulancia. Por lo que revisaremos ambos, en caso del maletín deberemos comprobar que disponemos de al menos 2 unidades de cada producto como mínimo (tubos endotraqueales de diferentes números, mascarillas laringeas, laringoscopio adulto y pediátrico, guías, pinzas magill, vendas, jeringas, etc).
- En relación con la ambulancia, en la revisión seguiremos los mismos puntos que en el apartado anterior, salvo que la realizaríamos junto al técnico en emergencias (más familiarizado con el material que lleva en su vehículo y su ubicación) y será más exhaustiva, ya que la utilizaremos como reserva de material y debemos asegurarnos del estocaje del que disponemos.

Este material sería el que necesitaríamos para realizar una asistencia en un domicilio, ya sea prestado la asistencia como DCCU o bien como UCCU, pero también podremos necesitar otro tipo de material, de movilización o inmovilización para sacar al paciente del domicilio o realizar la asistencia en la vía pública, así que debemos asegurarnos de cuales son los materiales de los que disponemos en la ambulancia con la que vamos a trabajar.

A continuación haremos un breve repaso por éste tipo de materiales anexos y que agruparemos en dos categorías, de inmovilización y de movilización.

- A la hora de inmovilizar podemos contar con:
 - Férulas, se utilizan para inmovilizar las extremidades, pueden ser de diferentes formas (imagen E, F, G y H). las más fiables son las de vacío porque se adaptan mejor y dan un gran poder de inmovilización.
 - Inmovilizador Kendrick, se utiliza para inmovilizar la columna en pacientes que están sentados (principalmente dentro de un vehículo), otro uso que también le podemos dar es para inmovilizar la cadera (imagen L).
 - Inmovilizador Tetracameral, es un dispositivo que se usa en conjunto con el collarín cervical y proporciona las inmovilizaciones antero-posterior y laterales del cuello. Podemos observar en el dibujo la forma de utilizarlo según usemos un tablero espinal (imagen N, opción#1) o una camilla de tijera (imagen N, opción#2)
 - Collarín cervical, dispositivo que inmoviliza el cuello (cervicales) en movimientos antero-posteriores

(flexo-extensión) y mantiene la tracción axial. Debemos usar collarines rígidos siempre que podamos (imagen Q).

- Colchón de vacío, Es el sistema de inmovilización más completo para el traslado terrestre o aéreo pues absorbe gran parte de las vibraciones, aísla al paciente e inmoviliza las lesiones en la posición que se realice el vacío (imagen M).
- A la hora de movilizar podemos contar con:
 - Silla evacuación, la utilizamos para bajar a las personas por las escaleras. La que más encontraremos es la silla de la imagen J, aunque la más útil y que menos problemas nos dará es la silla skid (imagen I).
 - Camilla ambulancia, aunque es el personal de la ambulancia quien la utiliza es bueno familiarizarnos con ella y su funcionamiento (imagen K).
 - Tablero espinal, son tablas rígidas de plástico que sirven tanto para movilizar como para inmovilizan (realizan una inmovilización de flexo-extensión del cuerpo), se deben complementar con el collarín cervical y el Inmovilizador tetracameral (imagen O).
 - Camilla Tijera o palas, la ventaja que tienen es que podemos abrirlas para colocársela al paciente y las movilizaciones que debemos realizar son mínimas (imagen P).

Una vez que sabemos del material que disponemos y realizamos la activación del recurso, la ambulancia, saldremos para realizar la actuación requerida.

Las actuaciones que realizaremos cuando nos encontremos en el lugar serán las siguientes de forma general:

- Valoración de la situación, ya sea en el domicilio o en la vía pública.
- Valoración del paciente, desarrollando el A (nivel consciencia), B (ventilación), C (circulación), D (exploración neurológica) y E (exposición y valoración secundaria).
- Una vez con el paciente estabilizado y valorado, procederemos a la evacuación y traslado al centro hospitalario de referencia (según patología) o bien procederemos a la resolución in situ y posterior alta.

Una vez cumplidos todos los pasos desarrollados anteriormente, se procederá a finalizar la atención extrahospitalaria con la reactivación del equipo, es decir, realizaremos las labores de limpieza y desinfección de material reutilizable del vehículo (si es posible en el mismo lugar de la asistencia, en caso negativo en nuestra base), así como la reposición del material utilizado en el domicilio/vía pública. Posteriormente reabasteceremos el material gastado de la ambulancia (ya sea al atender al paciente o al reponer los maletines) con el material disponible en nuestra base de trabajo.

ANEXOS AMBULANCIAS

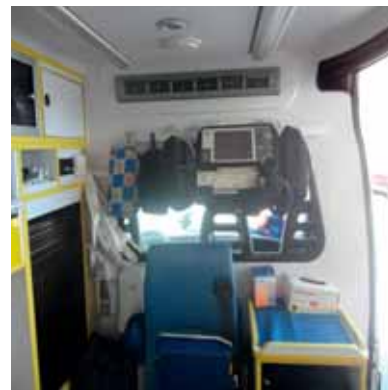


Imagen 1. Ambulancia Soporte Vital Avanzado, clase C

Imagen 2. Ambulancia Soporte Vital Avanzado, clase B, adaptada a C

AMBULANCIAS



Imagen 2. Ambulancia Soporte Vital Avanzado, clase B, adaptada a C



Imagen 3. Ambulancia Soporte Vital Avanzado, clase B

MATERIAL ELECTROMEDICINA Y OTROS



A-Respirador portátil Ambu match
<http://www.busnagosoccorso.it/immagini/ambumatic.jpg>



B-Respirador Oxylog 1000 <http://www.logrovigo.es/oxilog-1000.html>

MATERIAL ELECTROMEDICINA Y OTROS



B1- Boussignac Cpap <https://www.vygon.de/images/005562842-w320-h612.jpg>



C-Monitor/desfibrilador
Lifegain CU-HD1
http://cumedical.en.ec21.com/Defibrillator_Monitor_Lifegain_CU_HD1--967323_3944950.html



D-Monitor/desfibrilador Lifepak
http://www.norwoodfirefighters.org/?zone=/unionactive/view_page.cfm&page=Emergency20Medical20Services



Fácil
regulación de
la presión

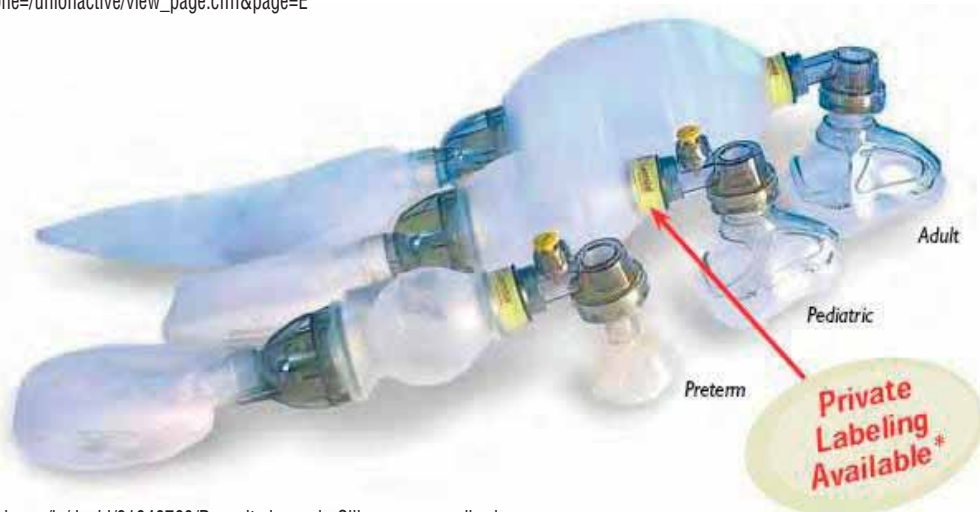


Control
permanente del
contenido



Sistema de
apertura y
cierre
instantáneo

Ot2- botella de oxígeno portátil con manorreductor integrado
<http://www.es.airliquide.com/es/oferta-air-liquide/saneamiento-fontaneria-y-aire-acondicionado/pequena-botella.html>



Ot1-Balón resucitador <http://www.laerdal.com/la/docid/31646760/Resucitadores-de-Silicona-personalizados>

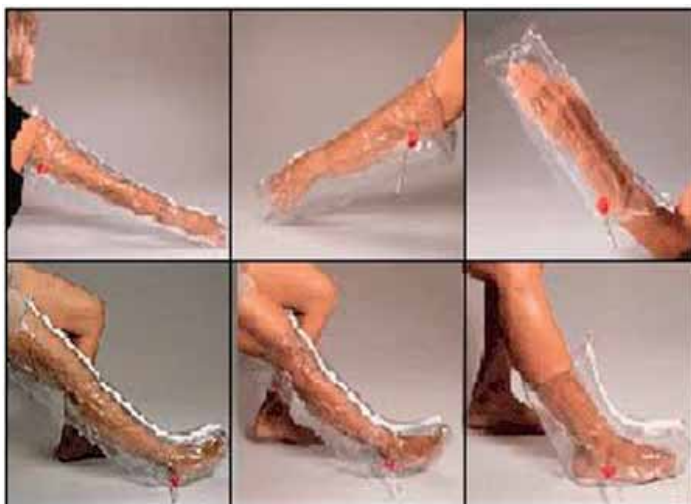
MATERIAL DE MOVILIZACIÓN/INMOVILIZACIÓN



F-Férula semirígidas <http://www.grupoamin.com/equipos.htm>

E-Férula de vacío

<http://apuntesauxiliarenfermeria.blogspot.com.es/2010/08/material-de-inmovilizacion-movilizacion.html>



G-Férula neumática <http://limacallao.olx.com.pe/venta-de-ferulas-neumaticas-iiid-142896625>



H-Férula de tracción <http://www.insegua.com/seguridad/splint2.jpg>



I-Silla evacuación Sikd [http://www.ergohobe.net/upload/catalogo/silla-evac-chair\(1\).jpg](http://www.ergohobe.net/upload/catalogo/silla-evac-chair(1).jpg)



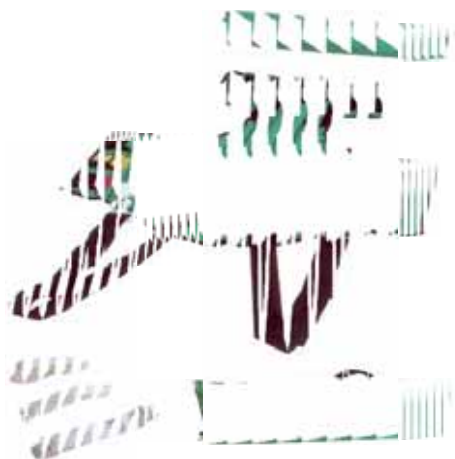
MATERIAL DE MOVILIZACIÓN/INMOVILIZACIÓN



J-Silla evacuación <http://www.suad24h.com/tienda/Catalog/show/spencer-480silla-de-evacuacion-con->



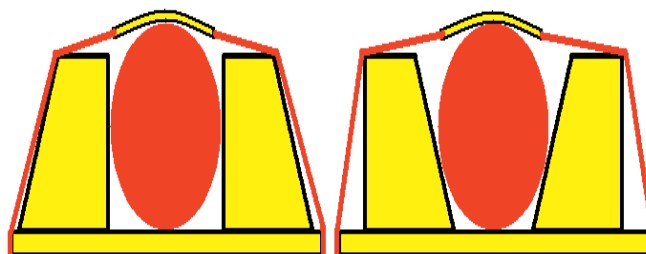
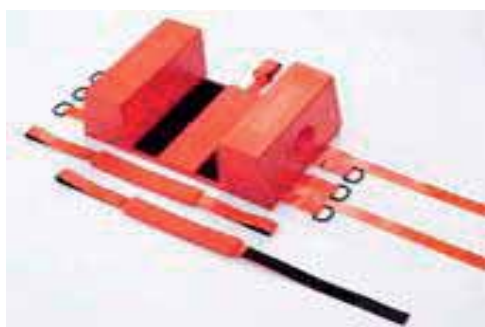
K-Camilla ambulancia <http://www.diemersl.com/cami/camillacd210dp1.jpg>



L-Inmovilizador Kendrick
http://servicios.corferias.com/stand_virtual/exhibicion.cfm?stand=14364



M-Colchón de vacío http://www.club-dugage.com/multisites/91020651/tienda?page=shop.product_details&flypage=&product_id=28&category_id



Opción # 1

Opción # 2

N- Inmovilizador Tetracameral

1. <http://www.gruposamu.com/samuonline/catalogo/subcategoria.cfm?id=19>

2. <http://www.e-mergencia.com/foro/f135/como-utilizas-inmovilizadores-cabeza-25737/>

MATERIAL DE MOVILIZACIÓN/INMOVILIZACIÓN



O Tablero espinal: <http://www.proemer.cl/inmovilizacion>



P-Camilla Tijera o palas
<http://unaestrellaenelcamino.blogspot.com.es/2010/06/la-camilla-de-tijera-entre-los.html>

Q-Collarín cervical, tipos.



Blando http://www.ortoiberica.com/ortopedia-protésica-exógena-ortésica/ortésis-cervicales/collares-cervicales_47_1_ap.html



Semirígido
<http://www.ortogerardoleon.com/productos.php/collarin-cervical-semirrigido>



Rígido o philadelphia
http://www.tmamedica.com/listado_productos.php?cat_sel=42

CONCLUSIONES

Como podemos ver hay muchas cosas que envuelven una guardia en un centro de salud o en un equipo de urgencias extrahospitalarias. Lo que intentamos es simplemente dar unas nociones sobre que material podemos encontrar y la actuación generalizada a seguir, ya que hay puntos de urgencias alejados, con recursos limitados y donde la asistencia especializada puede tardar en llegar; siendo nosotros la mejor opción de esa persona.

Es un tema muy amplio y que necesitaría un enfoque nuevo en cuanto a la formación, porque atender una

urgencia en un hospital no tiene nada que ver con un centro de salud y sobre todo con la actuación extrahospitalaria. Ya que en el hospital los recursos materiales y humanos son “ilimitados”, mientras que en un centro de salud o en una actuación extrahospitalaria podemos estar “prácticamente solos”.

Por todo ello sería conveniente durante el proceso de formación del personal de enfermería, realizar prácticas en equipos móviles que doten a los alumnos de recursos y nociones básicas para poder abordar una urgencia/emergencia extrahospitalarias.

Bibliografía

1. Internet: Protocolos Clínicos Terapéuticos en Urgencias Extrahospitalarias. Instituto Nacional de Gestión sanitaria, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2013, acceso el 13/09/2014. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documentPublica/internet/pdf/Protocolos_clinico_terapeuticos.pdf
2. Internet: Atención a la Urgencia Extrahospitalaria. Sistema de información de Atención Primaria (SIAP), Sistema Nacional de Salud. M.S.C. Instituto de información sanitaria-subcomisión de información del SNS. 2007, acceso el 13/09/2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/ATENCION_A_LA_URGENCIA_EXTRAHOSPITALARIA.pdf
3. Internet: Material movilización e inmovilización SAMUR 2012. Ayuntamiento de Madrid, Samur Madrid, acceso el 13/09/2014. Disponible en: <http://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Samur/Samur---Proteccion-Civil?vgnextfmt=default&vgnextoid=c88fcd1bffa010VgnVCM100000d90ca8c0RCRD&vgnnextchannel=84516c77e7d2f010VgnVCM1000000b205a0aRCRD&idCapitulo=4347090>
4. López Espadas F. Manual de asistencia al paciente politraumatizado. Ed. Arán. Madrid 1997.
5. Internet: Aibarra.org, Uso de los materiales de movilización e inmovilización. Acceso el 13/09/2014, disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion8/capitulo132/capitulo132.htm>
6. Internet: Agencia Estatal; Boletín oficial del Estado. Real Decreto 619/1998, de 17 de Abril, por el que se establece las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. Visitado el 13/09/2014. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1998-9964>
7. Internet: Ministerio de la Presidencia. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado (BOE). Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, por el que se establecen las características técnicas, el equipamiento sanitario y la dotación de personal de los vehículos de transporte sanitario por carretera. Acceso el 13/09/2014, disponible en: <http://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2012-7655>
8. Internet: Modificación del Real Decreto 619/1998, Anea, soporte pdf, pag 6-12, visitado el 13/09/2014. disponible en: <http://anea.es/revistas/anea32.pdf>
9. Internet: Servicio Andaluz de Salud, Resolución SC 1/97, de 13 de Enero. Creación de los Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias en los Distritos de Atención Primaria de Salud del Servicio Andaluz de Salud. Acceso el 13/09/2014, disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=contenidos/gestioncalidad/PlanAndUrgenciasEmergencias/pdf/resolucionesc_1_97.pdf
10. Internet: Servicio Andaluz de Salud, Plan funcional de los dispositivos de cuidados críticos y urgencias. Acceso el 13/09/2014, disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=contenidos/gestioncalidad/PlanAndUrgenciasEmergencias/PlanFuncionalUrgEmerg/FondoPlanFuncionalDCCU.pdf>
11. Internet: Servicio Andaluz de Salud, Protocolos de coordinación de la asistencia extrahospitalaria urgente y emergente del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Acceso el 13/09/2014, disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/225/pdf/idp235.pdf>

FE DE ERRATA

En el artículo publicado en la revista Hygia de Enfermería nº 88, titulado: El sistema informal de cuidados desde la perspectiva de género: Revisión bibliográfica. Por error la primera autora Dña. Belén García Cano aparece como Psicólogo. Técnico Superior en Prevención Riesgos Laborales. Cuando es DUE del Centro de Atención a la Dependencia “La Viña” Chucena, Huelva. Mediante esta fe de errata se notifica su corrección.

ALTERACIONES HEMATOPOYÉTICAS Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

HEMATOPOIETIC CHANGES AND CHRONIC KIDNEY DISEASE

■ Luis Manuel Reyes Rodríguez¹

■ Raquel Fernández Aparicio²

■ Flora Lobo Suárez³

■ Antonio Rincón Redoblado⁴

1. DUE. Hospital de Jerez. Jerez de la Frontera.

2. DUE DKV. Hamburgo.

3. DUE. Unidad de Deficientes Mentales Santa Luisa. Sevilla

4. DUE Agencia Sanitaria Alto Guadalquivir.

Resumen:

La anemia, definida como una situación en la cual existe una disminución en la cantidad total de hematíes circulantes en el organismo, y cuyo valor establecido por la OMS está por debajo de 12 mg/dl para la mujer y 13 mg/dl para el hombre, es una de las complicaciones más frecuentes en el paciente con Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en Tratamiento Sustitutivo Renal (TSR), y en estadios anteriores a la IRC terminal.

La importancia de esta alteración hematopoyética es la asociación de numerosas repercusiones a nivel cardiovascular, aumentando la morbilidad y disminuyendo la calidad de vida del paciente con IRC.

En este artículo abordaremos la etiología de la anemia en la IRC, las determinaciones de laboratorio necesarias para establecer el diagnóstico de anemia, las complicaciones que ocasiona, así como el tratamiento que se lleva a cabo en la actualidad y el plan de cuidados destinado a solventar todos los aspectos relacionados con la anemia en estos enfermos renales.

Palabras clave:

Anemia. Insuficiencia renal crónica. Tratamiento renal sustitutivo. Alteración hematopoyética. Diagnósticos enfermeros.

Abstract:

Anemia, defined as a situation where there is a decrease in the total amount of circulating erythrocytes in the body, and the value established by the WHO is below 12 mg / dl for women and 13 mg / dl for men, is one of the most common complications in patients with chronic renal failure (CRF) in Renal Replacement Therapy (RRT), and in earlier stages to ESRD.

The importance of this condition is the hematopoietic association of numerous cardiovascular repercussions, increasing morbidity and decreasing the quality of life for patients with CKD.

In this article, we'll see the etiology of anemia in CKD, laboratory determinations necessary to establish the diagnosis of anemia, the complications it causes, and the treatment that is carried out at present and the care plan intended to resolve all aspects of renal anemia in these patients.

Key words:

Anemia. Chronic renal failure. Renal replacement therapy. Hematopoietic alteration. Nursing diagnose

INTRODUCCIÓN

La anemia es una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes con insuficiencia renal crónica (IRC) avanzada y, especialmente en los pacientes con IRC terminal que precisan Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS). De hecho, gran parte de la morbilidad asociada al IRC, es atribuible a la anemia crónica, que presentan estos pacientes. Se trata de una anemia normocrómica y normocítica (1) (8), con una distribución eritrocitaria normal. Es una anemia hiporregenerativa, ya que la médula ósea presenta una hipoplasia eritroide. La anemia asociada a la insuficiencia renal aparece generalmente cuando el filtrado glomerular (FG) es inferior a 30ml/min (estadio 4 de la IRC), y puede aparecer en estadios más precoces (FG menor de 60ml/min) (2).

La anemia en la IRC se desarrolla generalmente mucho antes de la insuficiencia renal crónica terminal y su severidad se relaciona directamente con la severidad de la IRC (filtrado glomerular y niveles de creatinina) (4).

DEFINICIÓN

De forma general, podemos definir la Anemia como una situación en la cual existe una disminución en la cantidad total de hematíes circulantes en el organismo. En la práctica clínica diaria, se considera que existe anemia cuando se presentan niveles anormalmente bajos de uno o más de los parámetros eritrocitarios habituales, como son la Hemoglobina (Hb), Hematocrito (Htco) y el Recuento de hematíes (millones/microlitro). Según la OMS, se establece anemia cuando la Hb está por debajo de 12 mg/dl en mujeres y menor de 13 mg/dl en hombres. Atendiendo a niveles estándares estadísticos, se establecen rangos normales de Hb en 12 mg/dl para mujeres y Htco 36%, y Hb 13.5 mg/dl para hombres y Htco 41% (10).

En los estadios 3,4 y 5 de la ERC se considera que existe anemia cuando las cifras de Hb son inferiores a 11 g/dl (5).

ETIOLOGÍA

Aunque la anemia presente en los pacientes con IRC puede deberse a múltiples causas, su etiología principal es la carencia relativa de eritropoyetina (EPO) (2) (4) (6). La EPO se produce en los fibroblastos peritubulares del córtex renal y en menor medida a nivel hepático (2) en respuesta a la hipoxia local (4). Su función es mantener constante la concentración de glóbulos rojos en la sangre, estimulando la proliferación y diferenciación de los precursores eritroides e inhibiendo la apoptosis de los mismos (2).

El inicio de la diálisis puede mejorar la anemia debido a la eliminación de toxinas urémicas que inhiben la producción de EPO endógena. Sin embargo, es necesaria la administración de EPO exógena para mantener unos niveles adecuados de Hemoglobina (Hb) (6).

La causa secundaria más importante de anemia en pacientes en diálisis es el déficit de Hierro (Fe) que acompaña al aumento de las pérdidas de sangre debidas a sangrado gastrointestinal por lesiones a este nivel, a la utilización de anticoagulantes y antitrombóticos de forma frecuente en los pacientes con IRC, así como a las pérdidas por la propia diálisis y las extracciones frecuentes para el laboratorio. Otras causas de anemia son: alteración de la eritropoyesis por la presencia de toxinas urémicas (la vida media del hematíe disminuye con la gravedad de la uremia), hemólisis en sujetos sometidos a diálisis, intoxicación por aluminio, infección e inflamación crónica, hipoparatiroidismo, inadecuada diálisis (6) y el uso de los Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA). El empleo de estos fármacos constituye uno de los pilares del tratamiento de pacientes con IRC por su demostrado efecto renoprotector. Sin embargo, en algunos estudios se ha relacionado con el empeoramiento de la anemia, planteándose que en altas dosis pueden limitar la respuesta a la EPO, no observándose dicho empeoramiento cuando se utilizan dosis relativamente bajas de IECA y de EPO. Se ha planteado que la Angiotensina II puede estimular el crecimiento in Vitro de células progenitoras de la eritropoyesis y que el Captopril (IECA) favorece el aumento de factores frenadores de los progenitores hematopoyéticos (4).

Existe discrepancia entre los resultados existentes en cuanto al predominio de la anemia en relación al sexo de los sujetos, algunos autores han encontrado que ésta predomina en los hombres y sin embargo trabajos más recientes demuestran justo lo contrario, es decir su mayor frecuencia en las mujeres (4).

DETERMINACIONES DE LABORATORIO

En la evaluación inicial de la anemia del paciente con IRC debe medirse siempre la Hb, los índices de hematíes: Volumen corpuscular medio (VCM) y hemoglobina corpuscular medio (HCM) para valorar el tipo de anemia y el recuento de reticulocitos para la evaluación de la actividad eritropoyética. Parámetros del metabolismo férrico (índice de saturación de transferrina, niveles de ferritina, concentración de Hb reticulocitaria, % de hematíes hipocromos), leucocitos y plaquetas y la Proteína C Reactiva (PCR) para evaluar el estado inflamatorio (5) (1), pudiéndose requerir

otros estudios como el contenido de Hb de los reticulocitos, % de glóbulos rojos microcíticos, los valores de ácido fólico, etc, según los resultados de los estudios iniciales y los criterios clínicos (5) -El nivel sérico de ferritina: Se trata de un índice de las reservas de Hierro (Fe). En pacientes en diálisis y valores de ferritina sérica menores de 100 mg/l es sugestivo de déficit de Fe y requieren tratamiento adicional con éste (6).

-Saturación de transferrina: se recomienda que los niveles de este parámetro se mantengan por encima del 20% (6). Se recomienda monitorización de la concentración de Hb y perfil de Fe en todo paciente con ERC, variando la frecuencia de la valoración de la anemia en base a las condiciones del paciente y realización o no de tratamiento para la misma: semestralmente, como mínimo, en aquellos que no realizan tratamiento, y mensualmente (cifras de Hb) en los que reciben agentes estimuladores eritrocitarios o suplementos de Fe. El estudio debe ser completo cuando se presenta una disminución inesperada en la concentración de Hb (5).

COMPLICACIONES

La anemia se relaciona con múltiples complicaciones y se asocia con una elevada mortalidad, independientemente de las patologías asociadas, con mayor riesgo de hospitalización y complicaciones cardiovasculares, así como otros problemas (3).

Si no se trata la anemia de la IRC se asocia con una disminución de la liberación y utilización de oxígeno a nivel tisular, un aumento compensatorio del gasto cardíaco, que si persiste en el tiempo favorece el desarrollo de hipertrofia y dilatación del ventrículo izquierdo e insuficiencia cardíaca (2).

También se asocia con una disminución de la tolerancia al ejercicio y de la capacidad cognitiva, letárgica, depresión, pérdida de apetito, alteración de los ciclos menstruales, disminución de la libido y de la respuesta inmune entre otros signos y síntomas. Ello se traduce en una disminución de la calidad de vida, así como de un aumento de la morbilidad, especialmente, de causa cardiovascular en estos pacientes (2) (3).

Asimismo es un predictor independiente de la morbilidad cardíaca en enfermos con IRC terminal (4) (5). Algunos estudios recientes parecen indicar que la anemia es también un factor de riesgo de progresión de la enfermedad renal (2). Por ello, se recomienda que todo paciente con ERC deba ser evaluado en búsqueda de anemia, independientemente del estadio de su enfermedad (5).

Recientemente se ha empezado a dar importancia a la relación entre IRC, insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) y la anemia. La combinación de estas afecciones forma un círculo vicioso en el que cada una de ellas empeora las otras (1):

- La anemia en los pacientes con ICC está asociada a un incremento de mortalidad y de hospitalización.
- En los pacientes con ICC anémicos, disminuye la función cardíaca y se asocia a un mayor deterioro de la función renal que en los no anémicos.

La corrección de la anemia con suplementos de Fe intravenoso y Agentes Estimuladores de la Eritropoyesis (AEE) mejora tanto la función del ventrículo izquierdo como la renal, disminuye la tasa de hospitalización y puede también disminuir la dosis de diuréticos requeridos (1).

Existe un elevado porcentaje de pacientes en tratamiento renal sustitutivo con hemodiálisis en los que se aprecian otras enfermedades añadidas, destacando entre ellas las cardiológicas.

Dado que la inflamación es una de las causas de resistencia al tratamiento con EPO y al mismo tiempo es un factor importante involucrado tanto en la ICC como en la enfermedad renal crónica (ERC), se ha podido observar que en los pacientes en los que coinciden ambos procesos simultáneamente existe un incremento del IRE, precisándose dosis mayores de EPO.

Se debe tener en cuenta a la hora de valorar la relación dosis de EPO, índice de resistencia a la EPO (IRE) y nivel de Hb en los pacientes con ERC e ICC que el nivel de Hb puede modificarse de forma no "real", es decir, no debido a la EPO, sino en relación al tratamiento diurético y a la coexistencia de edemas, por lo que a la hora de establecer el tratamiento con EPO hay que tener siempre en mente la influencia de los cambios del volumen plasmáticos en la concentración de Hb (7).

La evaluación de la comorbilidad de las patologías asociadas a la ERC se lleva a cabo mediante el índice de Charlson (El índice de comorbilidad asociado a la edad (ICCE) como predictor de la mortalidad al cabo de 10 años), y su intensidad está relacionada con mayor coste sanitario, aumento del número de ingresos y de días de hospitalización (3).

Se conoce que en los sujetos incluidos en programa de hemodiálisis hay unos elevados índices de comorbilidad y de anemia no controlada con aumento de resistencia a los AEE, pero no parece existir una clara relación entre ambos hechos, ya que se ha podido observar que el grado de comorbilidad que presentan estos pacientes no influye en la respuesta a los AEE.

Posiblemente la respuesta de estos pacientes a los AEE dependa de otros factores que no guardan relación con las condiciones que determinan la comorbilidad.

TRATAMIENTO

La corrección de la anemia en pacientes con IRC mejora la supervivencia, disminuye la morbilidad y aumenta la capacidad cognitiva, tolerancia al ejercicio y la calidad de vida (1) (5). Se ha comprobado que el tratamiento de la anemia puede retrasar la progresión de la enfermedad renal y disminuir la hipertrofia ventricular izquierda y los eventos cardiovasculares (5).

1- Suplementos de Hierro (Fe):

Antes de iniciar tratamiento con EPO debe evaluarse el balance de Fe del individuo, midiendo los niveles séricos de ferritina, la saturación de transferrina, así como la concentración de Hb en los hematíes. Los eritrocitos en la IRC son típicamente normocíticos y normocromos.

Los cambios hacia microcíticos e hipocromos pueden sugerir déficit de Fe, toxicidad por aluminio y con menos frecuencia talasemia (6).

Deben asegurarse unos depósitos de Hierro adecuados antes de iniciar el tratamiento con Agentes Estimuladores de la Eritropoyesis (AEE) para conseguir una respuesta eficaz al tratamiento, ya que las demandas de Hierro por la médula ósea, frecuentemente exceden la cantidad de Fe disponible para la eritropoyesis (2). Por ello, la corrección del déficit de Hierro debería iniciarse antes de empezar el tratamiento con EPO: suele ser suficiente el tratamiento previo con Hierro durante un mes para que la EPO sea eficaz (6).

+ Suplementos orales de Hierro (Fe): Fumarato, sulfato o gluconato ferroso. Las fórmulas orales son las más sencillas, cómodas y baratas, aunque generalmente no son efectivas en la mayoría de los pacientes con hemodiálisis debido a la malabsorción del Hierro oral y sus pérdidas sanguíneas (2). El Hierro se absorbe en duodeno y yeyuno proximal, y los alimentos interfieren su absorción, por lo que hay que emplearlo separado de la comida (unas 2 horas tras la ingesta de alimentos). Sus efectos secundarios suelen ser molestias gastrointestinales (náuseas, dispepsia, cólicos abdominales y estreñimiento) (6).

+ Suplemento parenteral de Hierro (Fe): En los últimos tiempos se ha discutido el uso del hierro intravenoso en función de los riesgos (reacciones anafilácticas, estrés oxidativo, infecciones, inflamación, disfunción endotelial, aceleración de la enfermedad cardiorrenal...) y los beneficios (la disminución de las dosis de EPO provoca corrección más completa de la anemia, mejora el rendimiento físico, la función inmune, la termorregulación, la cognición, la absorción de aluminio, las piernas inquietas...). El uso del Hierro Intravenoso (Fe IV), se ha incrementado debido a que en muchos pacientes con IRC, especialmente los que están en diálisis, el tratamiento con Hierro oral no consigue cubrir las demandas eritropoyéticas ni mantener depósitos de Hierro efectivos. Por ello las guías terapéuticas recomiendan la utilización de Fe IV en pacientes con hemodiálisis (1).

Dextrano, generalmente por vía Intravenosa (IV). Se han descrito reacciones anafilácticas al Fe IV que suelen aparecer en los primeros minutos (hipotensión, síncope, púrpura, disnea y cianosis). Se puede administrar con infusión rápida durante los últimos 30 minutos de la hemodiálisis (que se asocia a una mayor frecuencia y gravedad de los efectos secundarios del Hierro), o bien, en infusión lenta durante toda la hemodiálisis (6).

Hierro sacarosa IV: es un complejo que posee una estabilidad adecuada que le permite un intercambio competitivo y rápido del hierro entre el hierro sacarosa y las proteínas selectivas fijadoras de Hierro, como la transferrina y la ferritina. De esta manera, el Hierro se distribuye rápidamente y se incorpora a los órganos diana, lo que asegura una rápida corrección del déficit férrico (1). El Hierro Sacarosa por vía IV es seguro y bien tolerado en el tratamiento y prevención de la anemia por déficit de Hierro, además los índices de hipersensibilidad asociada a este fármaco son muy bajos en comparación con las demás preparaciones parenterales de Hierro (Hierro dextrano o Hierro gluconato). Su utilización es útil tanto en prediálisis como en hemodiálisis:

- Prediálisis: El 60% de los pacientes con IRC que inician diálisis presenta déficit de hierro. La administración de Hierro Sacarosa mejora los valores de Hierro y parece ser seguro y efectivo para la corrección de la anemia de pacientes con IRC en prediálisis, pudiendo evitar el tratamiento con AEE. Sin embargo, también se ha demostrado que el uso de Hierro Sacarosa junto a bajas dosis de AEE es más rápido y efectivo que el tratamiento sólo con Hierro Sacarosa (1).
- Hemodiálisis: La deficiencia de Hierro se hace más acusada en los pacientes ya sometidos a hemodiálisis. El uso de eritropoyetina ha potenciado aún más este problema debido al rápido incremento en las necesidades de movilización de Hierro. Se han publicado varios estudios que confirman la seguridad y la eficacia del uso del Hierro IV en este tipo de pacientes (1).

2-Tratamiento con Agentes estimuladores de la eritropoyesis (AEE):

Se recomienda iniciar la terapia con AEE cuando la concentración de Hb es inferior a 11 g/dl en todos los pacientes con ERC al menos en 2 ocasiones, en cualquier estadio de su evolución, en quienes se haya excluido otras causas de anemia, y con valores de hierro adecuado (2) (5).

Previamente al tratamiento debe corregirse, tal como se ha comentado anteriormente, el déficit de Hierro, y controlar las cifras de Tensión Arterial (TA), ya que la EPO puede empeorar la Hipertensión arterial (HTA) que tenga el paciente (aproximadamente en 1/3 de los sujetos), convirtiéndose éste control en un pilar imprescindible para la realización del tratamiento con EPO (5) (6).

Se puede administrar por vía intravenosa, intramuscular e intraperitoneal, siendo la vía subcutánea la más eficaz (1), reservándose la Intravenosa para casos y terapias especiales (5).

2.1-Efectos beneficiosos de la EPO (2) (6):

El tratamiento con AEE se ha asociado a una mejoría de: calidad de vida, tolerancia al ejercicio, función cognitiva, apetito, función sexual (aumento de testosterona en el varón y estradiol en la mujer) otras patologías y anomalías fisiológicas relacionadas con la anemia (regresión de la hipertrofia del ventrículo izquierdo cuando la TA está controlada y del riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)). Disminuye la fatiga y la depresión (2).

También disminuye el número de transfusiones, y ello conlleva un efecto beneficioso en el grado de presensibilización para el trasplante renal.

2.2-Efectos secundarios (6).

- HTA: este efecto parece deberse a un posible efecto vasoconstrictor directo de la EPO actuando a través de la endotelina, pero también podría deberse al aumento de la viscosidad sanguínea producido al elevarse el Htco.
- Fenómenos trombóticos: puede dar lugar directa o indirectamente a un aumento de la actividad procoagulante

(aumento de Htco., aumento de la agregación plaquetaria, disminución de la proteína C reactiva).

2.3- Causas de la resistencia al tratamiento con EPO (2) (3) (6):

- Infradosificación.
- Déficit de Hierro: hay un aumento de las necesidades de Hierro, debido al rápido aumento en la producción de Hb con el tratamiento con EPO.
- Toxicidad por aluminio: muy raro actualmente.
- Pérdidas sanguíneas: a través de la propia diálisis y del frecuente número de extracciones de sangre.
- Infección-Inflamación crónica: en esta situación existe un déficit relativo de EPO (resistencia a la EPO endógena) junto a una disminución de la utilización de Fe, provocados ambos hechos, generalmente por un aumento de citocinas, tal como se comprueba en los procesos inflamatorios, en los que dicho aumento de citocinas impide la liberación de Fe por parte, al menos, de las células intestinales, y además inducen la apoptosis de los progenitores eritrocitarios.
- Hiperparatiroidismo secundario: la respuesta a la EPO puede estar disminuida en los pacientes con niveles séricos altos de Parathormona (PTH) debido a la fibrosis medular inducida por el hiperparatiroidismo.
- Empleo de Inhibidores de Enzimas Convertidoras de Angiotensina (IECAs).

En las Guías europeas del manejo de la anemia en la ERC, se recomienda que éstos pacientes tengan unas cifras de Hb iguales o superiores a 11 g/dl, utilizándose con frecuencia para ello los AEE. Sin embargo en diversos trabajos se puede observar que en más de la cuarta parte de los pacientes en hemodiálisis, las cifras de Hb son inferiores a éstas recomendadas, así como que más del 50% de los mismos muestran un Índice de Resistencia a la EPO (IRE) superior a 10 (3).

El IRE se calcula en base a las unidades de EPO semanal/peso en Kg/ Hb en g por 100 ml.

(7). Se considera un IRE normal o aconsejable un valor menor o igual a 10 (3). Por encima de 10 se acepta que existe una resistencia a los Agentes Estimuladores de la Eritropoyesis (AEE). La existencia de valores elevados de este índice indica que existen mecanismos que frenan la respuesta eritrocitaria.

Tanto la presencia de los antecedentes cardiológicos en los sujetos con ERC como el incremento del IRE, se asocian a una disminución de la supervivencia, considerándose el IRE como un parámetro pronóstico, ya que su aumento se asocia a un mayor riesgo de muerte a corto-medio plazo (7).

Existen estudios que demuestran la utilidad de administrar Fe y EPO para tratar la anemia en etapas predialíticas, reportándose beneficios económicos y una mayor supervivencia para los que inician el tratamiento de diálisis con Hb normal (4).

PLAN DE CUIDADOS SEGÚN TAXONOMÍAS NANDA, NIC Y NOC (11) (12) (13) (14).

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN	NOC	NIC
Disnea y aumento del Gasto cardíacos r/c la anemia.		2240 Cuidados y mantenimiento del dispositivo venoso. 2305 Administración de medicación parenteral. 4030 Administración de productos sanguíneos. 6680 Monitorización de los signos vitales. 3320 Oxigenoterapia. 4040 Cuidados cardíacos.
COMPLICACIÓN POTENCIAL		
Riesgo de infección s/a el proceso de anemia.	1807 Conocimiento: control de la infección. 1902 Control del Riesgo.	1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. 1610 Baños. 5606 Enseñanza: individual.

DIAGNÓSTICO DE AUTONOMÍA	NOC	NIC
00102 Déficit de autocuidados: baño/higiene (Suplencia Parcial).	0300 Autocuidado: actividades vida diaria (AVD). 0305 Autocuidados: higiene.	1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene. 1610 Baños. 5606 Enseñanza: individual.

DIAGNÓSTICOS DE INDEPENDENCIA	NOC	NIC
00093 Fatiga r/c la anemia m/p verbalización de falta de energía que no desaparece y cansancio.	0002 Conservación de la energía. 0005 Tolerancia a la actividad.	0180 Manejo de la energía. 0200 Fomento del ejercicio. 4310 Terapia activa.
00002 Desequilibrio nutricional por defecto r/c la incapacidad para absorber los nutrientes m/p palidez de conjuntivas y mucosas.	1004 Estado nutricional. 1802 Conocimiento: dieta.	1100 Control de la nutrición. 5246 Asesoramiento nutricional. 5614 Enseñanza: dieta prescrita.
00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c complejidad del tratamiento m/p dificultad expresada para el manejo del tratamiento.	1609 Conducta Terapéutica. 1813 Conocimiento: régimen terapéutico.	5602 Enseñanza: proceso de enfermedad. 5618 Enseñanza: procedimiento/tratamiento. 4360 Modificación de la conducta.
00043 Protección inefectiva r/c perfiles hematológicos anormales m/p fatiga, disnea y debilidad.	1302 Afrontamiento de problemas. 1613 Autogestión de los cuidados.	1800 Autocuidados. 5230 Potenciación de la capacidad de hacer frente a situaciones difíciles.
00155 Riesgo de caídas r/c debilidad.	1902 Control del riesgo. 1909 Conducta prevención de caídas.	6490 Prevención de caídas.
00204 Perfusión tisular periférica ineficaz r/c deterioro del transporte de oxígeno m/p alteraciones de las características de la piel y mucosas.	0407 Perfusión Tisular Periférica. 0602 Hidratación.	5510 Educación Sanitaria. 4120 Manejo de Líquidos. 5603 Enseñanza: Cuidados de los pies. 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.

CONCLUSIÓN

La anemia supone uno de los problemas de salud de mayor repercusión en el paciente con insuficiencia renal crónica debido al gran número de complicaciones que esta produce y las distintas repercusiones. Es importante una determinación temprana, así como la instauración de un tratamiento óptimo, temprano y eficaz. Por todo ello, se debería llevar a cabo un plan terapéutico enfocado tanto a aspectos en materias de cuidados, como a intentar conseguir, evitar, o minimizar en la medida de lo posible dichas complicaciones.

Con todo ello, se conseguirá disminuir la morbimortalidad asociada a este tipo de pacientes, a consecuencia de padecer esta alteración hematopoyética. Al mismo tiempo, se conseguirá mejorar la calidad de vida de estos, y dicha mejoría tendrá una repercusión positiva que se verá reflejada en el aspecto socioeconómico, ya que se minimizarán los ingresos hospitalarios y aumentará el bienestar del propio paciente.

Bibliografía:

1. Elena Donado, Marta Aguasca, Julen Ocharan-Corcurea, Iñaki Minguela, Isabel Gimeno, Alejandro Chena y Ramón Ruiz de Gaunaba. Hierro sacarosa intravenoso en el paciente con enfermedad renal crónica. *Dial. Traspl.* 2007; 28 (1): 17-25 <http://www.losmedicamentos.net/articulo/hierro-sacarosa-intravenoso-en-el-paciente-con-enfermedad-renal>
2. Alex Cases Armenós. Anemia y alteraciones de la coagulación en la Insuficiencia renal En: *Nefrología Clínica* L.Hernando Avendaño. Ed Médica Panamericana, 3ª edición, 2009, pp: 833-834. (Acceso Mayo de 2012). http://books.google.es/books?id=LfvX3WgYsNIC&pg=PA833&lpg=PA833&dq=ENFERMEDAD+RENAL+CRONICA+ANEMIA+COAGULACION+EPO&source=bl&ots=huuKIKSbjA&sig=q04MW6geSmeOM5n0pkidPgQ4UVM&hl=es&sa=X&ei=L8bGT_DBAYSWhQehwvylCw&ved=0CFcQ6AEwAQ#v=onepage&q=ENFERMEDAD%20RENAL%20CRONICA%20ANEMIA%20COAGULACION%20EPO&f=false
3. S. Anaya, F. Rivera, M.D. Sánchez de la Nieta, A. Carreño, C. Vozmediano, M.P. Alcaide, M. Arrabarri, J. Nieto, G. Caparrós y I. Ferreras. The relationship between comorbidity, anemia and response to erythropoiesis-stimulating agents in chronic. *Nefrología*, 2008; 28(2): 186-192. (Acceso Mayo de 2012). http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&d_op=&idarticulo=503&idlangart=EN&preproduccion=
4. Mauro Cuba de la Cruz. Prevalencia de anemia en pacientes con insuficiencia renal crónica. *Correo Científico Médico de Holguín* 2010; 14 (1) <http://www.cocmed.sld.cu/no141/pdf/no141ori08.pdf>
5. Jorge E. Toblli y cols. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en pacientes con enfermedad renal crónica en todos sus estadios. Consenso Del Anemia Working Group Latin America (AWGLA). *Dial. Traspl.* 2009; 30 (3): 104-108 <http://www.elsevier.es/en/node/2075391>
6. Dra Sagrario Soriano. Anemia en insuficiencia renal crónica. Servicio Nefrología. Hospital U. Reina Sofía de Córdoba. (Acceso 13 Marzo de 2013). http://www.revistaseden.org/files/art555_1.pdf
7. M.Angel Guerrero Riscos, Rafael Montes Delgado, María Seda Guzmán, Juan M. Praena Fernández. Erythropoietin resistance and survival in non-dialysis patients with stage 4-5 chronic kidney disease and heart disease. *Nefrología* 2012; 32 (3): 343-52. (Acceso Mayo de 2012). http://www.revistanefrologia.com/modules.php?name=articulos&d_op=&idarticulo=11111&idlangart=EN&preproduccion=
8. NKF KDOQI DIRECTRICES. Guías KDOQI Práctica Clínica y recomendaciones de práctica clínica para la anemia en la enfermedad renal crónica (2006). CPR 1.2. EVALUACIÓN DE LA ANEMIA EN ERC. (Acceso 13 de Marzo 2013). http://www.kidney.org/professionals/kdoqi/guidelines_anemia/cpr12.htm
9. J. M. López Gómez. Manejo de la anemia en la enfermedad renal crónica. En *Guía SEN. Nefrología* (2008) Suplemento 3, 63-66. (Acceso 3 de Junio de 2013). <http://www.revistanefrologia.com/revistas/P1-E285/P1-E285-S2725-A5721.pdf>
10. Óscar Ordóñez, Miguel Ángel Delgado. Anemia (I): Concepto y diagnóstico. Artículo de análisis. En: *Revista Economía de la Salud*. Volumen 5. Número 4, 224-228. (Acceso 25 de Mayo de 2013). http://www.economiadelasalud.com/ediciones/54/08_pdf/anemia.pdf
11. "Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación". 2012-2014. NANDA Internacional. Elsevier. Edición 2012.
12. "Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)". Tercera Edición. Elsevier. Edición 2005.
13. "Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)". Cuarta Edición. Elsevier. Edición 2004.
14. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Procesos Asistenciales Integrados (PAI). Anemia. (Acceso 17 Junio de 2013). http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/anemia/anemias_plan_cuidados.pdf

RESERVORIO VENOSO SUBCUTANEO DE ALTA PRESIÓN COMO HERRAMIENTA DE MEJORA EN LA ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE IV EN LA TCH (Tomografía Axial Helicoidal)

SUBCUTANEOUS VENOUS RESERVOIR HIGH PRESSURE AS A TOOL TO IMPROVE THE ADMINISTRATION OF IV CONTRAST IN TCH (Helical Tomography)

■ Francisco José Hernández Gallego¹

■ Rocío Velasco Sanz²

1. Enfermero especialista. Centros diagnósticos HH UU Virgen del Rocío. Profesor de la Escuela de Enfermería de Cruz Roja Sevilla.

2. Enfermera. Profesora coordinadora de Prácticums Escuela de Enfermería Cruz Roja Sevilla.

Resumen:

Con la finalidad de evitar punciones frecuentes y complicaciones de fármacos agresivos, disminuyendo la ansiedad en los pacientes y situaciones estresantes en el personal sanitario, se colocan en los pacientes principalmente oncológicos los sistemas RIVS (Reservorios intravenosos subcutáneos). Con este sistema se consigue tener un acceso directo al sistema vascular central, para proporcionar terapia IV de larga duración.

Hasta hace poco tiempo, estos sistemas no permitían la administración de medicación a alta presión necesaria en la realización de algunos estudios de diagnóstico por la imagen por lo que el paciente a pesar de ser portador de un RIVS tenía que sufrir una nueva punción venosa cada vez que se realizaba un TCH de control.

En la actualidad, con la aparición de nuevos equipos que ya si permiten suministrar contraste durante un TCH con inyector automático hasta a 5 ml/s nos vemos en la necesidad de actualizarnos tanto en el manejo como en la identificación de estos portales para no confundirlos con los de baja presión.

Palabras clave:

Contraste, Reservoirio, Tomografía, Alta presión.

Abstract:

In order to prevent frequent punctures and aggressive drug complications, decreasing anxiety in patients and stressful situations in health care workers, patients are placed primarily in oncology RIVS systems (reservoirs intravenous subcutaneous). With this system it is achieved to have direct access to the central venous system, to provide long-term IV therapy.

Until recently, these systems did not allow the administration of medication at high pressure required in conducting studies of diagnostic imaging at the patient despite carrying an RIVS had to suffer a new venipuncture increasingly who performed a CT scan.

Today, with the emergence of new equipment and provide contrast if they allow for a TCH with autosampler up to 5 ml/s we need to catch up on both the management and in the identification of these portals to distinguish them the low pressure.

Key words:

Power port, Gripper, Hubber.

JUSTIFICACIÓN:

En nuestra práctica diaria en el servicio de diagnóstico por la imagen, nos encontramos habitualmente con un número muy elevado de pacientes portadores de un acceso venoso subcutáneo (RIVS). Con lo cual si utilizamos este acceso venoso, por otro lado una técnica sencilla y rápida, conseguiríamos acortar el tiempo de duración del estudio y evitaríamos canalizar una vena periférica en pacientes en su mayoría oncológicos, en los que sus venas antes de colocarse el RIVS han sufrido multitud de punciones, disminu-

yendo de esta forma la ansiedad en los pacientes y situaciones estresantes en el personal sanitario. Pero no todos estos accesos venosos son validos para la administración de contraste, ya que la mayoría, en la actualidad, no permiten la administración de medicación a alta presión necesaria para determinados estudios.

Este artículo surge de la necesidad de poder identificar correctamente que RIVS son validos para la administración de contraste IV con inyector automático a alto flujo y así evitar punciones innecesarias a nuestros pacientes.

MATERIAL Y TÉCNICA:

Introducción:

Los sistemas de acceso venoso subcutáneos están diseñados para permitir el acceso repetido al sistema vascular para la administración parenteral de medicamentos, fluidos y soluciones nutritivas, y para la toma de muestras de sangre venosa.

Los RIVS se pueden colocar en el brazo o en el pecho. Son de implantación quirúrgica por técnica de tunelización, por debajo del tejido subcutáneo y requieren de cuidados periódicos para mantener su permeabilidad por personal de enfermería entrenado.

Ventajas e inconvenientes:

Dentro de sus posibles ventajas podemos destacar:

- Mayor comodidad al no tener partes visibles.
- Puede llegar a estar implantado años.
- Menos complicaciones infecciosas.
- Nula o muy ligera afectación de la imagen corporal.

Por otro lado los inconvenientes más destacables serían:

- El acceso al portal es mediante punción.
- Requiere heparinización mensual y tras cada infusión para mantener la permeabilidad.
- Limita el flujo y velocidad de infusión a las características del reservorio y el catéter.

Descripción:

Estos sistemas reciben distintos nombres: reservorio, reservorio venoso subcutáneo, portal, incluso en muchas ocasiones se les llama por su nombre comercial: Port-a-Cath, Infuse-a-Port, LifePort, etc, y los últimos en unirse a la familia y que son el origen de este estudio los Power Port.

Son dispositivos de plástico o metálicos totalmente implantables que constan de un portal o reservorio con uno o dos septos autosellantes y un catéter de silicona preconnectado o acoplado de lumen único o doble que se coloca en un gran vaso venoso, y es accesible por medio de punción percutánea con una aguja Huber.

La utilización de agujas convencionales puede dañar la membrana de silicona del reservorio. Para punccionar el reservorio es necesario utilizar agujas especiales tipo Gripper o Huber. Hay varios modelos, algunos incluso con sistema de seguridad para evitar pinchazos accidentales, pero todas ellas son especiales para su uso con reservorio.

Reservorio venoso subcutáneo de alta presión:

Hasta hace poco tiempo, en los RIVS de los que disponíamos podíamos leer en las advertencias del fabricante lo siguiente: *“No exceda la presión de 40 psi (2,76 bar; 275 kPa) al hacer pasar fluido por el sistema. La presión excesiva puede dañar el sistema y puede generarse fácilmente con los inyectores o con todas las jeringas. A menor volumen de jeringa, mayor la presión que se puede generar con la aplicación de la misma fuerza. No continúe los intentos de irrigar el sistema si se encuentra con demasiada resistencia. El daño debido a presión excesiva puede incluir, pero no está limitado solo a, ruptura de septum, catéter o*

fragmentación con posible embolización o extravasación de medicamento”.

Debido a esta advertencia, en los servicio de diagnóstico por la imagen y más concretamente en la realización de determinados estudios de TCH (ej: angiotac) en los que se precisa una introducción del contraste a una velocidad elevada (4 o 5 cc/sg) no podíamos utilizar esta vía de acceso venoso, pero desde la aparición de una nueva gama de RIVS de alta presión, nos permite suministrar contraste durante un TCH con inyector automático, ya que estos sistemas soportan presiones de 300 psi y velocidades de infusión de hasta 5 ml/s con aguja adecuada (powerloc 19G, 20G).

Actualmente, los pacientes que tienen implantado estos portales, nos demandan en los servicio de diagnóstico por la imagen que utilicemos estos accesos venosos para la realización de su prueba diagnóstica con contraste y así evitar la punción venosa periférica tradicional que conlleva más tiempo en su realización y situaciones de ansiedad y estrés.

Es por todo ello, que tenemos la obligación de actualizarlos tanto en el manejo como en la identificación de estos portales así como en el material necesario.

Identificación de PowerPort de Bard:

- Color malva.
- Forma triangular.
- En la parte superior del septo, presenta tres protuberancias en forma de triángulo.
- El paciente portará siempre en su cartera una tarjeta de identificación, brazalete y llavero identificativo de ser portador de un PowerPort.
- Por último, puede ser identificado por medio de una radiografía visualizándose las letras CT sobre el reservorio.

Identificación de Power Port de Smiths Medical:

- Solo identificable por medio radiográfico, visualizándose las letras CT.
- Por las declaraciones del paciente.

NIC 2440 Manejo del paciente con acceso venoso prolongado:

Técnica de punción y heparinización del PowerPort en radiología:

Material:

- Guantes estériles.
- Campo estéril fenestrado.
- Mascarilla.
- Aguja Hubber 19G o 20G.
- Antiséptico.
- Gasas estériles.
- Suero fisiológico.
- Jeringas de 10 cc (como mínimo, para evitar la sobrepresión del sistema y su rotura).
- Cinta adhesiva.
- Heparina sódica al 1%.

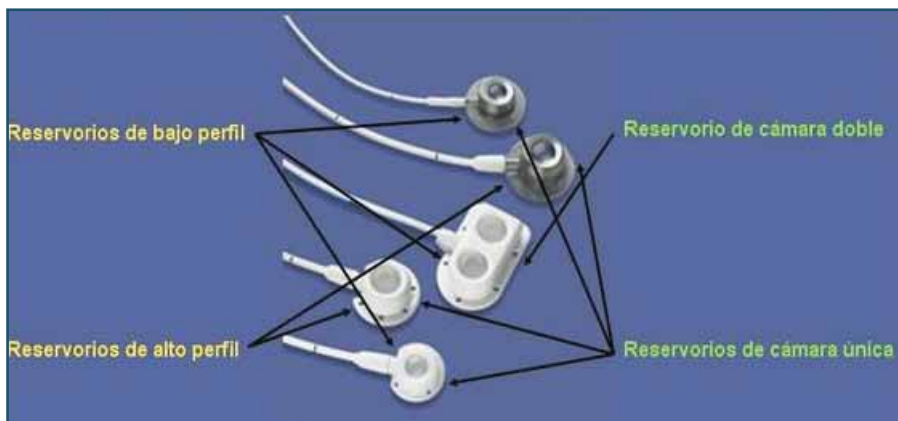
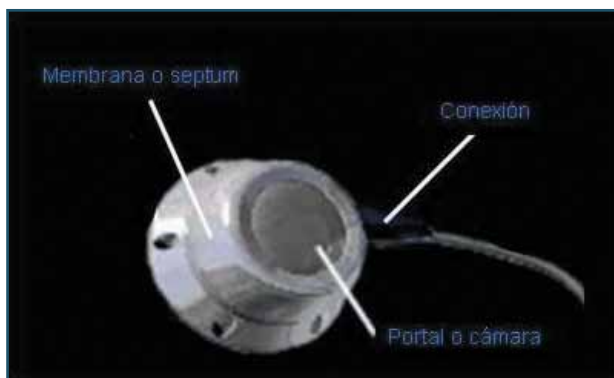
Procedimiento:

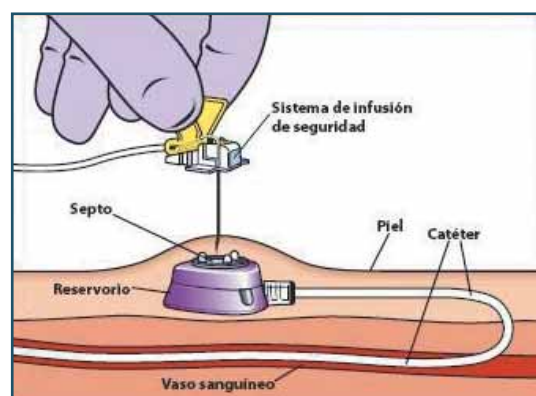
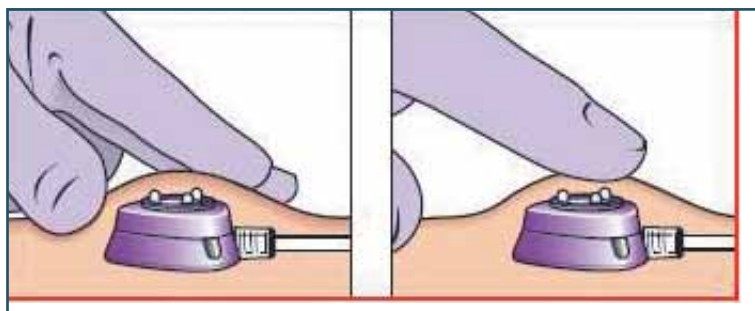
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Lavar las manos.

- Localizar el reservorio por palpación.
- Limpiar la zona con antiséptico.
- Poner mascarilla y guantes estériles.
- Colocar campo estéril.
- Cerrar la pinza de la aguja Gripper para puncionar el reservorio.
- Mantener sujeta la cámara con dos dedos a través de la piel. Insertar la aguja, firme y perpendicularmente a la piel a través del septum. Llegar hasta el fondo de la cámara, donde se notará el impacto de la aguja en el fondo del reservorio.
- Abrir la pinza de la aguja Gripper. Aspirar y ver que refluye la sangre, extraer 5 cc, hacer un lavado con técnica de fluch.
- Fijar la aguja de forma segura.
- Administrar el contraste durante la prueba radiológica.
- Lavar el sistema con 20 cc de suero fisiológico.
- Sellar el sistema administrando 5 cc de una solución heparinizada (1 cc de heparina sódica al 1% con 9 cc de suero fisiológico).
- Cerrar la pinza, y extraer la aguja.
- Tapar la zona de punción con una gasa.

CONCLUSIONES:

La aparición de los nuevos reservorios venosos subcutáneos de alta presión (PowerPort), permiten en la actualidad, suministrar contraste durante un TCH con inyector automático a velocidades de hasta 5 ml/s con aguja adecuada. Con lo cual si utilizamos este acceso venoso, por otro lado una técnica sencilla y rápida, conseguimos en los servicio de diagnóstico por la imagen, acortar el tiempo de duración del estudio y evitaríamos canalizar una vena periférica en pacientes en su mayoría oncológicos, en los que sus venas antes de colocarse el RIVS de alta presión han sufrido multitud de punciones, disminuyendo de esta forma la ansiedad en los pacientes y situaciones estresantes en el personal sanitario.





Tamaño del calibre de la aguja Gripper	19G	20G	22G
Caudal máximo de flujo recomendado	5 ml/s	5 ml/s	2 ml/s

Bibliografía:

- Manuales y guías sobre "Sistemas implantables, protocolo de procedimientos" de los laboratorio Bard (<http://www.bardmedical.com/>), Smiths Medical (<http://www.smiths-medical.com/>).
- Sherlock, FG. MR Imaging and Implantable Vascular Access Devices: A Practical Review.
- Monografía publicada por SIMS Deltec, Inc. 1994.
- Variabilidad en la práctica clínica del mantenimiento de la permeabilidad de los catéteres venosos periféricos. Julio Cabrero / M. Isabel Orts / M. Luisa López-Coig / M. Luisa Velasco / Miguel Richart Departamento de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante, España.
- Camba, M A ; Peleteiro, R ; González, M ; López, M A ; Rodríguez, C ; de la Iglesia, A ; Freiré, E ; :Reservorios venosos centrales totalmente implantables, tipo Port-A-Cath, en pacientes oncológicos: Revisión de Complicaciones. Rev Soc Esp Dolor 15 (2008);7 :0 – 0
- Intravascular Therapy: Totally Implantable Devices. En: Bowden VR, Greenberg CS. Pediatric Nursing Procedures. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2003. p. 325-337.
- Chospab.es [página web en internet]. Cuidados en el Reservorio Subcutáneo y Hickman. Albacete: Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. [citado 23 Sept 2005]. [42 p.]. Disponible En: <http://www.chospab.es/jornadas/presentaciones/cateteres-vasculares/diapos/hickman.ppt>
- Accesos vasculares especiales en oncohematología. En: Galván Oliert JA. Manual de Urgencias para Enfermería Pediátrica. Sevilla: Editorial Mad; 2000. p. 150-154.
- Carrero Caballero MC. Accesos vasculares. Implantación y cuidados enfermeros. Madrid: Difusión Avances de Enfermería; 2002
- Hospital Universitario Reina Sofía. Guía de Cuidados Accesos venosos centrales. Córdoba: Servicio Andaluz de Salud; 1999.
- Escalante Zamorano C. Reservorios: mantenimiento y sellado. En: Jornada de Enfermería Cuidados Enfermeros en Accesos Vasculares. Hospital de Cruces: 22 Noviembre 2005.

COMUNICACIÓN Y ATENCIÓN CLÍNICA Y DE CUIDADOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DOWN

COMMUNICATION AND CLINICAL CARE AND ATTENTION IN PATIENTS WITH DOWN SYNDROME

- Campa Valera, Francisco¹
- Sánchez Blanco, José²
- Saravia, Álvarez, Iluminada³
- Ruiz González, Aurora⁴
- Castro Aragón, José Luis⁵
- Sánchez Montero, M^a Rosario⁶

1. Medicina de Familia. CS D. Paulino García Donas de Alcalá de Guadaira. Sevilla.

2. Medicina de Familia. CS Olivar de Quinto de Montequinto Dos Hermanas. Sevilla.

3. Enfermera. Ciudad de San Juan de Dios de Alcalá de Guadaira. Sevilla.

4. Enfermera. CS D. Paulino García Donas de Alcalá de Guadaira. Sevilla.

5. CS D. Paulino García Donas de Alcalá de Guadaira. Medicina de Familia. Sevilla.

6. Psicóloga. Ayuntamiento de Utrera. Sevilla.

Trabajo realizado en la Ciudad de San Juan de Dios de Alcalá de Guadaira y CS D Paulino García Donas de Alcalá de Guadaira. Sevilla.

Resumen:

Los individuos con S. Down tienen un mayor riesgo de padecer numerosos problemas de salud. El objetivo de nuestro trabajo es valorar la comunicación y el comportamiento adaptativo de personas con S. Down institucionalizados, en la consulta médica y de enfermería, dadas sus condiciones de discapacidad que potencian ese riesgo, siguiendo un modelo que asume el mensaje de los pacientes y los profesionales como unidad comunicativa de análisis e investigación.

Se estudió la catalogación por otros profesionales de salud de las personas por S. Down (N=40) y todas las entrevistas clínicas y de cuidados de pacientes atendidos en un programa de salud de atención domiciliaria durante los años 2012 y 2013 (N=44).

Los profesionales describían a las personas con S. Down como portadores de un trastorno genético y con discapacidad intelectual, sin embargo las entrevistas estudiadas mostraron un alto grado de conductas adaptativas (alrededor del 80%) y alta frecuencia de aportaciones personales (alrededor del 60%). No hubo conductas disruptivas o agresivas. El único factor predictivo de funcionalidad de la conducta fue la expresión verbal.

Palabras clave:

Comunicación. Síndrome Down. Entrevista Clínica. Comportamiento en consulta.

Abstract:

Individuals with Down syndrome have an increased risk for many health conditions. The purpose of our study was to evaluate communication and adaptive behavior of institutionalized people with Down syndrome in medical and nursing consultation, given their disabling conditions that increase that risk, following a model that assumes the message of patients and professionals as a communicative unit of analysis and research.

We study the cataloging by other health professionals about S. Down people (N = 40) and all the clinical care interviews of patients seen in a health program for home care during the years 2012 and 2013 (N = 44 interviews).

Professional people described patients with Down Syndrome as carriers of a genetic disorder with intellectual disabilities but the studied interviews showed a high degree of adaptive behaviors (about 80%) and high frequency of personal contributions (about 60%). There were not disruptive or aggressive behaviors. The only predictor of functional behavior was verbal expression.

Key words:

Down syndrome. Clinical Interview. Communication. Behavior in consultation.

INTRODUCCIÓN

Las personas con S. Down padecen con frecuencia trastornos de muy diverso tipo^{1,2}, y si bien no son particularmente diferentes de los que aparecen en las demás personas concurren, de modo resumido, dos factores que los hacen especialmente problemáticos: el primero es su mayor

frecuencia de aparición y el segundo la dificultad en la comunicación verbal que suelen presentar^{3,4} y que afecta a otras áreas cotidianas del vivir, probablemente como consecuencia de su desarrollo psicomotor más lento^{2,5,6,7}. Esto tiene unas fuertes implicaciones en el enfoque, cuidados, apoyo y tratamiento de estas personas y si bien se han

estandarizado y clasificado los problemas y trastornos clínicos más frecuentes, incluidos los que se refieren al comportamiento^{2,8,9,10} se hace característicamente relevante en la consulta médica o de enfermería, cuando además numerosos estereotipos pueden entorpecer aun más la atención que se puede prodigar a estos pacientes². La atención temprana y estimulación precoz en este sentido se pueden considerar un hito en el cambio de comprensión y estrategia ante esta realidad^{11,12}.

Así pues, las numerosas clasificaciones y análisis han permitido un enfoque variado y más rico y han facilitado el acercamiento a estas personas aunque el énfasis se centra habitualmente en aspectos intelectuales o clínico-patológicos de enorme interés pero en detrimento de otras áreas de conexión más directa como pueden ser las dimensiones comunicacionales propiamente dichas^{13,14,15}. Así el Programa de Salud de S. Down en España anteriormente referido² sólo concede espacio significativo a la comunicación de Malas Noticias en el contexto del nacimiento de la persona pero sin establecer recomendaciones específicas de comunicación con los pacientes y aunque menciona una referencia explícita a lo que se consideran conductas adaptativas como concepto relacional operativo, no concreta claves de atención en tales aspectos comunicacionales.

El concepto de conducta adaptativa y sus implicaciones^{2,16,17} tiene una gran importancia desde la perspectiva comunicacional al hacerse punto de conexión y puente entre diversas zonas sociales, clínicas y relacionales permitiendo establecer el grado de funcionalidad o no de las interacciones de las personas con S Down.

El objetivo de nuestro trabajo es valorar la comunicación y el comportamiento de personas con S. Down institucionalizados en residencia de gravemente afectados en la consulta médica y de enfermería desde la perspectiva de un patrón adaptativo o funcional en la adecuación de los cuidados que se requerían y prodigaban, incluyendo una descripción de su catalogación y referencia conceptual por otros profesionales para conocer qué aspectos se valoraban desde diversos ámbitos y por último estudiar propiamente la respuesta comunicacional funcional o adaptativa del paciente en la entrevista y su correlación con los episodios de cuidados o consulta.

MATERIAL Y MÉTODO

Se recogieron informes de otros profesionales y áreas de salud (Atención Primaria y Terciaria de Salud u Hospitalaria) de modo aleatorio simple donde se especificara cómo se denominaban a las personas con S. Down (N=40). Se evaluaron todas las entrevistas de cuidados y consulta en pacientes con S Down institucionalizados recogidas durante los años 2012 y 2013 (N=44 entrevistas de 8 pacientes, 7 varones y una mujer). Las entrevistas se realizaron con dos profesionales que valoraban las respuestas interactivas y a raíz de un programa de cuidados a domicilio en la comunidad, siguiendo un modelo que asumía el mensaje de los pacientes y profesionales como unidad comunicativa¹⁸ de análisis e investigación con calificación explícita de las conductas que era transcrita al protocolo de

soporte mediante categorías (v.g. bloqueo, temor, sintonía...etc.), más que circunscribirnos propiamente a los pacientes como sujetos de estudio.

Se recogieron e interpretaron los de resultados con claves y parámetros mixtos (Fases y parámetros comunicacionales de Entrevista Clínica y Terapéutica, tal como se desarrollan en Centros de Salud de Atención Primaria (Borrell y Carrió^{19,20}).

Una respuesta funcional fue calificada como aquella en la que se produce por parte del paciente algún tipo de colaboración, asentimiento o aportación² (v.g. facilitación a la exploración, señalamiento gestual o verbal...etc.) a la finalidad de la propia consulta de cuidados o atención del profesional. Se conoce en este sentido y debido a su lentitud psicomotriz² que las personas con S. Down la aclimatación o tiempo de espera mejora la funcionalidad de sus conductas.

Los parámetros que se estudiaron fueron: Catalogación por parte de otros profesionales de las personas con S. Down y en las entrevistas edad, sexo, parámetro comunicacional predominante en la primera (Bloqueo, Gestos, Silencio, Sintonía o Temor) y segunda fase de la entrevista (Aportación, Silencio, Sintonía, Intérprete y parámetro HIT-Huida, Invasión, Temor), comunicación verbal, respuesta del profesional (Se utilizaron apoyo narrativo, tiempo de espera o reconducción), gravedad del episodio (A: requiere ingreso o consulta en centro sanitario diferente, B: episodio agudo que no necesita derivación y C: episodio de revisión o control) y respuestas finales de funcionalidad o no en la consulta médica y de enfermería. Para el tratamiento estadístico de los resultados se utilizó el programa R v.R2-15-1. Se procedió igualmente a disociar los datos para que fueran anónimos y a los correspondientes permisos.

RESULTADOS

El estudio sobre la catalogación de las personas con S Down por otros profesionales de salud mostró que se referían a ellos de un modo general y a continuación concretando otros aspectos. Así en esa primera instancia un 87,5% y 7,5% de los informes los nombraban respectivamente como S. Down y Trisomía 21. En un caso de los 40 estudiados se indica fenotipo Down y en otro Retraso. La segunda denominación mostró como un 51,72% refería Oligofrenia en diversos grados, Retraso en un 37,93% y Trastornos conductuales 6,9%) con agresividad (3,45%).

En cuanto a los registros obtenidos de las entrevistas recogidas durante los años 2012 y 2013 de la atención realizada a los pacientes con S. Down mostraron que edades de los pacientes correspondían a adultos jóvenes entre 13 y 38 años. La respuesta mayoritaria en la primera fase de la entrevista fue de sintonía con la consulta y el profesional (43,18%) Gráfico 1 y en la segunda fase la aportación del paciente (61,36%). Existió algún tipo de comunicación verbal en un 75% de los casos. En relación a la gravedad de los episodios mayoritariamente tuvieron una catalogación media B (aguda, pero sin necesidad de acudir a un centro sanitario) con un 54,55%. La mayoría de las veces el profesional usó técnica facilitadora de apoyo narrativo, siendo las respuestas finales de los pacientes funcionales

en más del 80% con aportaciones originales del 61,36% Gráficos 2 y 3. El estudio bivalente y multivalente mediante Regresión Logística entre la respuesta del paciente (funcional o disfuncional en la consulta) y el resto de parámetros comunicacionales no mostró significación estadística alguna ($p > 0,05$) con los parámetros estudiados, salvo comunicación verbal ($p < 0,00205$) incluyendo gravedad del episodio, edad o respuesta del profesional. Resaltamos que los pacientes mostraron un alto grado de sintonía con los profesionales y en ningún caso mostraron signos de agresividad ni alteraciones disruptivas de conducta aun cuando algunas de las exploraciones se pueden considerar muy molestas (v.g. la exploración faríngea u otológica).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las personas con S. Down poseen en general dificultades significativas²¹. Los programas de salud al respecto tratan de potenciar facultades y habilidades y minimizar sus restricciones que al parecer tienen como elemento principal su retraso psicomotor o su discapacidad intelectual. En nuestro estudio aunque la mayoría de las definiciones de los pacientes hacia hincapié en su característica cromosómica (trisomía 21 o S Down con 95% de respuestas) el elemento cognitivo se presentaba como hegemónico y primordial marcando y diferenciando al paciente (aproximadamente 90% de las respuestas dejando muy atrás a problemas de conducta, si bien todavía en alguna ocasión se los puede percibir como agresivos). Al paciente por ello se le aprecia principalmente como discapacitado psíquico lo que es comprensible, incluso bibliográficamente aunque este concepto pueda ser sometido a crítica y estar en revisión^{22,23,24}.

Aunque las recomendaciones para las personas con S. Down son múltiples las referentes a su trato y enfoque son escasas al no incidir de modo específico en aspectos comunicacionales. Esto tiene una particular importancia en la consulta médica o enfermera donde la discapacidad del paciente puede mermar la eficacia de la atención y a la vez la limitación o discapacidad profesional de sus necesidades pudiera resultar incluso iatrogenia. Podríamos decir que existiría así una doble discapacidad. Nuestro enfoque trata de acercarse a la forma de comunicación de las personas con S Down en consulta y a la vez valorar su respuesta con claves operativas. En este sentido, hemos definido la conducta adaptativa o funcional con arreglos al criterio presentado en el Programa Español de Salud para personas con S Down del 2011²: Entendemos como conducta adaptativa² *“el conjunto de habilidades que se despliegan en el terreno de los conceptos (p. ej., lenguaje, lecto-escritura, dinero), en el ámbito social (p. ej., responsabilidad, autoestima, probabilidad de ser engañado o manipulado, seguimiento de normas), y en la práctica (actividades de la vida diaria como son el aseo o la comida; actividades instrumentales como son el transporte, el mantenimiento de la casa, la toma de medicina o el manejo del dinero), y que son aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria. La capacidad de adaptación marca de modo especial la habilidad de funcionamiento del individuo, porque las limitaciones en la conducta adaptativa son las que más van*

a afectar tanto a la vida diaria como a la habilidad para responder a los cambios constantes e imprevistos que ocurren permanentemente en nuestras vidas y en las demandas que impone el ambiente en que vivimos”.

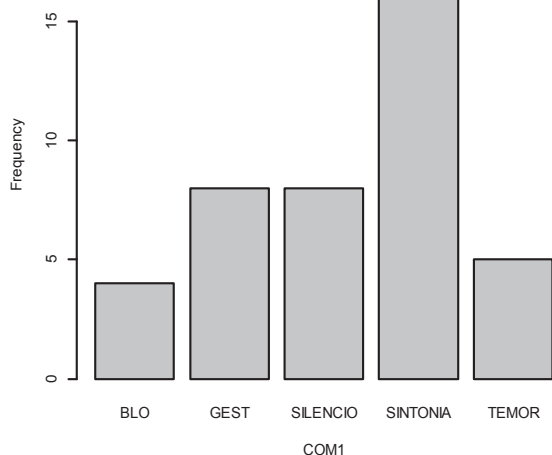
En nuestro estudio la mayoría de las respuestas de los pacientes son funcionales (más del 80%) coincidiendo con estudios previos²⁵ y no hay asociación estadísticamente significativa ni con la conducta manifestada en las fases de la entrevista ni con la estrategia del profesional (tiempo de espera o aclimatación, apoyo narrativo o reconducción), ni siquiera con la gravedad del episodio (Sería esperable una mayor conducta disfuncional con episodios más agudos). Tampoco se registraron conductas agresivas²⁶. En un alto porcentaje de las consultas se hicieron aportaciones por los pacientes. Además, tan sólo el elemento verbal permite una predicción de respuesta funcional al existir una asociación estadísticamente significativa en el análisis. Entre las limitaciones del estudio se encuentra que se hizo en general con profesionales conocidos por los pacientes, no pudiendo establecerse si alguna de las estrategias que utilizaron es más útil que otras (apoyo narrativo, tiempo de espera...etc.) para mejorar las respuestas adaptativas en consulta. Aunque en nuestro estudio la unidad de análisis no es el paciente sino sus conductas categorizadas en las diferentes entrevistas y según claves específicas de uso en Entrevista Clínica, Terapia Familiar²⁶...etc., el número de pacientes incluidos puede restar significación a los resultados.

La promoción de la independencia y la autonomía continúan siendo claves para el desarrollo de las personas con S Down. Las graves dificultades clínicas y de cuidados y en la comunicación verbal y aprendizaje constituyen problemas a tener presente para su resolución o superación^{12,17,27,28}. Por ello, la consulta médica y de enfermería pueden aportar elementos reguladores, funcionales y de apoyo si se usa adecuadamente la tecnología y las claves comunicacionales en beneficio de la atención a estas personas, sirviendo de este modo a derribar barreras de las personas con discapacidad^{29,30,31,32}.

CONCLUSIONES

Los pacientes con S. Down presentan trastornos de salud, cognitivos y emocionales con frecuencia. La atención médica y de cuidados esta dificultada por su afectación del lenguaje y las claves comunicativas. El desconocimiento de éstas puede dar lugar a una errónea interpretación de las necesidades y deseos de los pacientes (doble discapacidad). El paciente con S. Down se percibe por los profesionales de salud como afecto de un trastorno cromosómico donde la discapacidad intelectual se erige como principal y definitoria. Sin embargo, en nuestro estudio y en la gran mayoría de las consultas los pacientes mostraron conductas funcionales, adaptativas y en ningún caso mostraron signos de agresividad ni alteraciones disruptivas. En más de la mitad de las consultas incluso hicieron aportaciones beneficiosas para la finalidad de la atención. El único factor de los estudiados que se asocia de modo estadísticamente significativo con funcionalidad y conducta adaptativa de los pacientes fue la expresión verbal.

GRÁFICAS



GRAFICA Nº 1

Título:

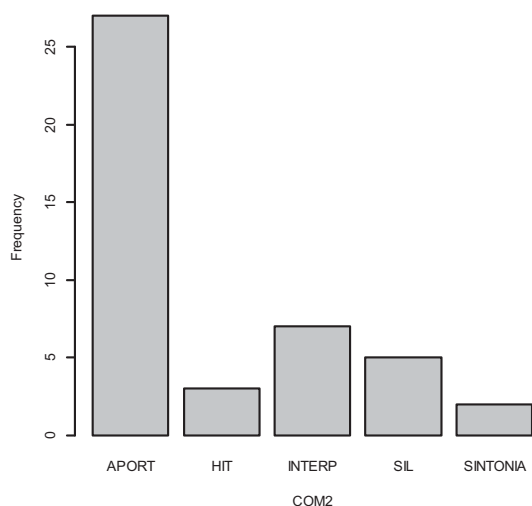
Respuestas de los pacientes en la primera fase de las entrevistas (COM1)

Blo: Bloqueo.

Ges: Gestos marcados.

Resto: misma leyenda.

- ◀ La sintonía con el entrevistador fue la respuesta más frecuente en la primera fase de la entrevista.



GRÁFICA Nº 2

Título:

Respuestas de los pacientes en la segunda fase de las entrevistas (COM2)

Apor: Aportación del paciente.

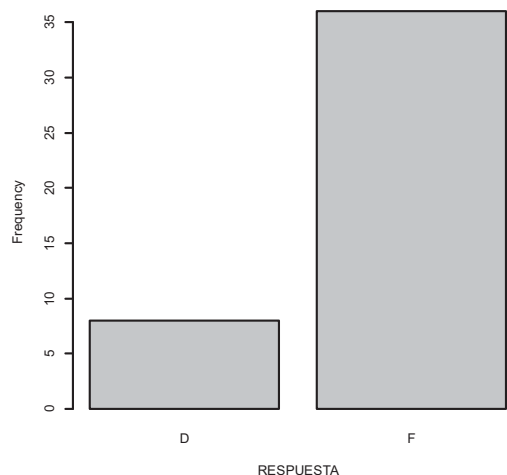
HIT: Huida, invasión, Temor.

Inter: Actuación de intérprete o cuidador.

Sil: Silencio.

Resto: Misma leyenda.

- ◀ Las aportaciones de los pacientes fueron las respuestas más frecuentes en la segunda fase de la entrevista.



GRÁFICA Nº 3

Título:

Respuestas finales evaluadas de los pacientes

F: respuesta funcional.

D: respuesta disfuncional.

- ◀ La mayoría de respuestas finales de los pacientes con S. Down fueron funcionales.

Bibliografía:

1. Rogers PT y Coleman M. Atención Médica en el Síndrome de Down. Barcelona Fundación Catalana Síndrome Down. 1994.
2. Down España. Programa Español de Salud Para Personas con Síndrome de Down. Barcelona. Fundación Catalana Síndrome Down. 2011.
3. Limongi SC, Oliveira Ede F, lenne LM, Andrade RV, Carvalho AM. The use of nouns and verbs by children with Down syndrome in two different situations. *Codas*. 2013; 25(3):262-7.
4. Laws G, Bishop DV. Verbal deficits in Down's syndrome and specific language impairment: a comparison. *Int J Lang Commun Disord*. 2004 Oct-Dec; 39(4):423-51.
5. Pujol J, Del Hoyo L, Blanco-Hinojo L, de Sola S, Macià D, Martínez-Vilavella G, Amor M, Deus J, Rodríguez J, Farré M, Dierssen M, de la Torre R. Anomalous brain functional connectivity contributing to poor adaptive behavior in Down syndrome. *Cortex*. 2014 Oct 28; 64C:148-156.
6. van Gamsen-Oosterom HM, Fekkes M, Oudesluys-Murphy AM, van Wouwe JP. Young people with Down syndrome: independence and social functioning]. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2014; 158.
7. Abbeduto L, Warren SF, Conners FA. Language development in Down syndrome from the prelinguistic period to the acquisition of literacy. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007; 13(3):247-61.
8. Rasmussen SA, Lee-Yang Wong MS, Correa A, Gambrell D, and Friedman JM. Survival in infants with Down syndrome, metropolitan Atlanta, 1979-1998. *Pediatrics*. 2006; 148: 806-12.
9. Dykens EM. Psychiatric and behavioral disorders in persons with Down syndrome. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007; 13(3):272-8.
10. Fidler DJ, Nadel L. Education and children with Down syndrome: neuroscience, development, and intervention. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007; 13(3):262-71.
11. Dierssen, M. (1994). Las bases neurobiológicas de la intervención temprana. *Revista Síndrome de Down*, 11 (1), 3-9.
12. Buckley, S. (1992). Early intervention. The state of the art. *Newsletter*, 2 (1), 3-6.
13. Carvajal F, Fernández-Alcaraz C, Rueda M, Sarrión L. Processing of facial expressions of emotions by adults with Down syndrome and moderate intellectual disability. *Res Dev Disabil*. 2012 May-Jun; 33(3):783-90.
14. Posamentier MT, Abdi H. Processing faces and facial expressions. *Neuropsychol Rev*. 2003 Sep; 13(3):113-43.
15. Pochon R, Declercq C. Emotion recognition by children with Down syndrome: a longitudinal study. *J Intellect Dev Disabil*. 2013 Dec; 38(4):332-43.
16. Ghezzi A, Salvioli S, Solimando MC, Palmieri A, Chiostergi C, Scurti M, et al. Age-related changes of adaptive and neuropsychological features in persons with down syndrome. *PLoS One*. 2014 Nov 24; 9(11):e113111. doi: 10.1371/journal.pone.0113111. eCollection 2014.
17. Makary AT, Testa R, Tonge BJ, Einfeld SL, Mohr C, Gray KM. Association between adaptive behaviour and age in adults with Down syndrome without dementia: examining the range and severity of adaptive behaviour problems. *J Intellect Disabil Res*. 2014 Nov 20. doi: 10.1111/jir.12172.
18. Watzlawick, Paul. Teoría de la Comunicación Humana Barcelona Herder, 1993.
19. Borrel I, Carrió F. Manual de Entrevista Clínica. Barcelona. Doyma. 1989.
20. Borrel I, Carrió F. Práctica Clínica Centrada en el Paciente. Madrid. Triacastela. 2011.
21. Silverman W. Down syndrome: cognitive phenotype. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2007; 13(3):228-36.
22. Foley KR, Girdler S, Bourke J, Jacoby P, Llewellyn G, Einfeld S, et al. Influence of the environment on participation in social roles for young adults with down syndrome. *PLoS One*. 2014 Sep 26; 9(9):e108413. doi: 10.1371/journal.pone.0108413. eCollection 2014.
23. Yeung P, Towers A. An exploratory study examining the relationships between the personal, environmental and activity participation variables and quality of life among young adults with disabilities. *Disabil Rehabil*. 2014; 36(1):63-73.
24. Levasseur M, Desrosiers J, Noreau L. Is social participation associated with quality of life of older adults with physical disabilities? *Disabil Rehabil*. 2004 Oct 21; 26(20):1206-13.
25. Campa, F.; Sánchez, J.; Del Pino, J.J.; Castro J.L.; López C.; Gutierrez, M.L. Patrón comunicacional en pacientes con S de Down atendidos en la Comunidad. Libro de Comunicaciones XV Congreso de la Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial. Cádiz 2012. p 29.
26. Powis L, Oliver C. The prevalence of aggression in genetic syndromes: a review. *Res Dev Disabil*. 2014 May; 35(5):1051-71.
27. Down España. Formación para la autonomía y vida independiente. Guía General 2013.
28. Ross WT, Olsen M. Care of the adult patient with down syndrome. *South Med J*. 2014 Nov; 107(11):715-21.
29. Matito Torrecilla Rafael. Discapacidad intelectual y desarrollo socioeducativo Cádiz Fundación Vipren 2004
30. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios Personas con Discapacidad Intelectual Manual de educación afectivo sexual. Madrid Comisión Interprovincial Orden Hospitalaria de San Juan de Dios 2007.
31. Hammel J. Technology and the environment: supportive resource or barrier for people with developmental disabilities? *Nurs Clin North Am*. 2003 Jun; 38(2):331-49.
32. Marks BA, Heller T. Bridging the equity gap: health promotion for adults with intellectual and developmental disabilities. *Nurs Clin North Am*. 2003 Jun; 38(2):205-28.

SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DE SALUD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN DE SEVILLA

SATISFACTION OF PATIENTS OF EMERGENCY SERVICE OF QUIRÓN HOSPITAL SAGRADO CORAZÓN OF SEVILLE

- Guillermo Casin Galván¹
- Rubén García López¹
- Esther M^a Guirado Zambrano²
- Rosana Pérez Jiménez²

1. Due.

2. Due. Enfermera Supervisora, H. Quirón Sagrado Corazón.

Trabajo realizado en: Hospital Quirón Sagrado Corazón de Sevilla.

Resumen:

En el Servicio de Urgencias del Hospital USP Sagrado Corazón se atiende una media de 5000 pacientes al mes, de las especialidades de Medicina general, Ginecología/Obstetricia y Traumatología.

La creciente oferta en Sanidad Privada nos obliga a realizar una mejora continua en la calidad asistencial.

Hemos elegido el servicio de urgencias por ser un servicio donde el tiempo de atención es corto, el paciente está sometido a una elevada tensión emocional y a la vez, contiene muchas expectativas sobre el servicio.

La idea es realizar un método de evaluación mediante un cuestionario de 17 ítems que detecte el grado de satisfacción en: Fidelidad/Lealtad, Calidad percibida, Satisfacción, Imagen.

El método de recogida de muestra vía telefónica y la muestra de forma aleatoria.

De un total de 220 encuestas realizadas, los resultados obtenidos son satisfactorios. Esto nos anima a continuar en la línea estratégica establecida e intentar mantener y mejorar el grado de satisfacción de nuestros clientes.

Palabras clave:

Urgencias, Fidelidad, Lealtad, Calidad, Satisfacción e Imagen.

Abstract:

An average of 5000 patients monthly are assisted at the Emergency Service of Sagrado Corazón Hospital in the areas of General Medicine, Gynecology / Obstetrics and Trauma.

The increasing demand of Private Practice has obligated us to give a better continuous assistance quality.

We have chosen the Emergency Service because it is a service where the assistant time is brief, the patient is under great emotional tension and also very anxious about the service.

The idea is to carry out an evaluation method through a questionnaire of 17 items that detect the grade of satisfaction of Loyalty/Faithfulness, Perceived Quality, Satisfaction and Image.

The method of doing so will be or by telephone or random.

Of a total of 220 polls done, the results have been satisfactory. This encourages us to continue in our strategic line of work and to try to maintain the same grade of satisfaction of our clients.

Key words:

Emergencies, Faithfulness, Loyalty, Quality, Satisfaction and Image.

INTRODUCCIÓN

En el Servicio de Urgencias del Hospital USP Sagrado Corazón se atiende una media de 5000 pacientes al mes, de las especialidades de Medicina general, Ginecología/Obstetricia y Traumatología.

En los últimos años, la creciente oferta en Sanidad Privada nos obliga a realizar una mejora continua en la calidad asis-

tencial, para ello, es necesario realizar un análisis y evaluación del grado de satisfacción de los pacientes que atendemos.

Hemos elegido el servicio de urgencias por ser un servicio donde el tiempo de atención es corto, el paciente está sometido a una elevada tensión emocional y a la vez, contiene muchas expectativas sobre el servicio.

La idea es realizar un método de evaluación en relación a procesos asistenciales en los que el usuario participe y de esta forma monitorizar la calidad de la atención prestada. En dicha evaluación se ven reflejados tanto resultados clínicos como no clínicos. En este análisis se verán claramente identificados los aspectos / áreas que deban de ser revisados o modificados para mejorar la asistencia y el grado de satisfacción de los usuarios con los servicios recibidos. Como conclusión, todo ello nos llevará a un análisis de nuestros puntos fuertes y nuestras debilidades (Matriz DAFO).

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

Las encuestas, como método de investigación, son las herramientas más recomendadas para conocer el grado de satisfacción de los usuarios.

En nuestro estudio, tienen 2 objetivos primordiales:

1. Conocer el grado de calidad asistencial del Servicio de Urgencias: El bajo volumen de reclamaciones puede obedecer a la indiferencia de los usuarios, con las encuestas, se obtendrán datos objetivos para poder establecer el grado de satisfacción global de los usuarios del servicio de urgencias para analizar posibles factores que puedan influir en la percepción de calidad, y por lo tanto de satisfacción, en relación a la atención recibida.

2. Conocer las expectativas de los pacientes sobre el Servicio:

Tiene interés como referencia para aplicar, orientar cambios en el dispositivo en función de la evaluación final. El objetivo general de dicho estudio es:

- A) Determinar el nivel de calidad de los servicios prestados.
- B) Descubrir causas de descontento no detectadas.
- C) Investigar las posibilidades de mejora de nuestro servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODO

EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE LA ENCUESTA

1. Determinar la población objeto de estudio

- 1. Pacientes atendidos en el Servicio de urgencias de USP Sagrado Corazón.
- 2. Edad $\geq$ de 18 años.
- 3. Usuarios capacitados para contestar al cuestionario.
- 4. Pasar el mismo número de encuestas día en las diferentes especialidades. Los investigadores le entregaran un cuestionario al usuario una vez que éste finalice su asistencia en el servicio de urgencias, explicándole que objetivo pretendemos y como se rellena.

2. Diseño del cuestionario

Una vez reunido el equipo investigador, acordamos junto con los gestores del Servicio, cuales son los aspectos que queremos evaluar para definir y redactar el cuestionario en estudio.

El cuestionario es breve (esto aumenta su fiabilidad), atractivo, sencillo, preciso y concreto. Las preguntas son cerradas, las respuestas concretas y de múltiple elección.

Al final de la encuesta hay un apartado abierto para aportaciones personales en relación a la atención recibida.

3. Método de recogida de datos

Entendemos que la que más se ajusta al objetivo de nuestro estudio, es la encuesta telefónica, obteniendo así unos resultados de forma objetiva, una muestra más controlada y un mayor porcentaje de respuesta.

4. Tamaño de la muestra

En el Servicio de Urgencias de USP Sagrado Corazón se atiende una media de 5000 pacientes mensuales. Con este tamaño de población, la muestra representativa calculada es de 220 encuestas.

5. Métodos de muestreo

- Método aleatorio.

CUESTIONARIO

Entendemos que la investigación debe de detectar el grado de satisfacción en 4 puntos, que serían: Fidelidad/Lealtad, Calidad percibida, Satisfacción, Imagen. Para estos puntos, hemos elaborado una serie de ítems que intentan englobar todo el proceso de permanencia en el Servicio de Urgencias.

Fidelidad: Que a su vez se distingue en:

- 1. Lealtad de comportamiento: Hace referencia a la adquisición repetida de servicios al mismo prestador o a la intensificación de la relación con dicho prestador. Incluso el recomendar el servicio a terceras personas.
- 2. Lealtad como actitud: Hace referencia al esfuerzo consciente por parte del cliente a la hora de evaluar las diferentes marcas o empresas existentes en un mercado.
- 3. Lealtad cognitiva: Hace referencia a la lealtad del cliente a una marca o empresa sin prestar atención a otras alternativas.

En la tabla se tratará la Lealtad de comportamiento.

Calidad percibida: La calidad percibida también afectará de forma directa y positiva a la fidelidad del cliente.

Satisfacción: Se valora la satisfacción como un juicio emocional y cognitivo de la estancia en el servicio de urgencias, una vez finaliza la experiencia en el servicio.

Imagen: No existen muchos estudios sobre la relación entre imagen y fidelidad.

Valore del 0 al 10, siendo:

0	Valor mínimo o totalmente en desacuerdo.
10	Valor máximo o totalmente de acuerdo.

13. Cuanto de satisfecho(a) quedó con estas urgencias. _____

14. Las urgencias prestaron el servicio que esperaba recibir. _____

15. Puntúe los siguientes aspectos entre 0 y 10. _____

- Trato recibido por parte del personal administrativo. _____
- Trato recibido por parte del personal de celadores. _____
- Trato recibido por parte del personal de enfermería. _____
- Trato recibido por parte de personal médico. _____

16. Puntuación global de la calidad de la atención recibida _____

17. ¿Considera que le resolvieron el problema que tenía cuando vino? SI / NO _____

LA INVESTIGACIÓN

Se desarrollo en dos meses con una diferencia entre ambos de 4 meses, dejando pasar el verano entre ellos. (Junio y Septiembre)

Se realizan 220 encuestas telefónicas con una participación del 94%. Las personas que contestaron a nuestras encuestas se mostraban muy satisfechas con el servicio recibido en nuestras urgencias y a la vez, agradecían este interés por mejorarlo. A continuación, se detallan los datos obtenidos para cada respuesta. Existen todos los datos detallados de la encuesta, pero vamos a detallar los más general y quedan a disposición de nuestros responsables la especificidad de los datos obtenidos por edades, sexo, turnos, especialidad...

DATOS DE LA ENCUESTAS

EDAD: MEDIA: 42,10 años.

SEXO: MUJERES: 139 HOMBRES: 81

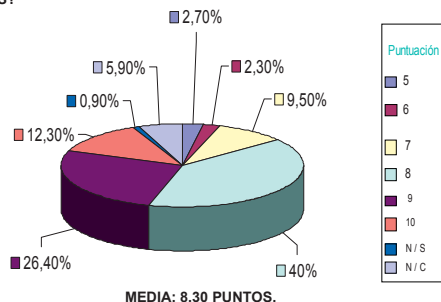
ENCUESTAS POR TURNOS: MAÑANA: 74 TARDE: 75 NOCHE: 71

IMAGEN.

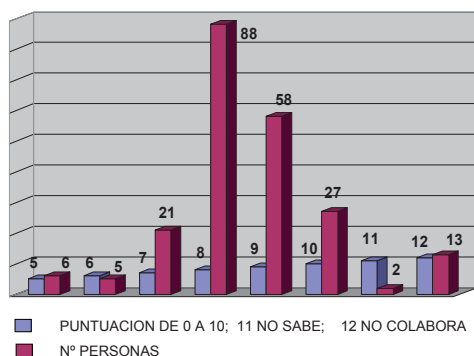
1 ¿QUE REPUTACION CREE USTED QUE TIENEN ESTAS URGENCIAS?

Puntuación media: 8,30 PUNTOS. Gráficas 1 y 2.

Gráfica 1. ¿QUE REPUTACIÓN CREE USTED QUE TIENEN ESTAS URGENCIAS?



Gráfica 2. ¿QUE REPUTACIÓN CREE USTED QUE TIENEN ESTAS URGENCIAS?



CALIDAD / SEGURIDAD.

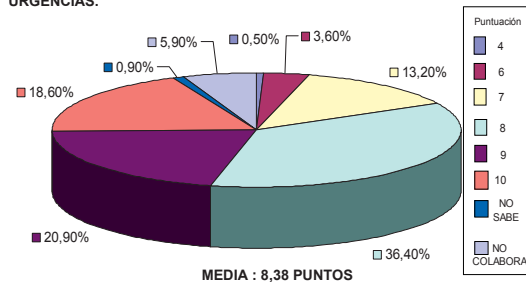
2. LOS EQUIPAMIENTOS Y MATERIALES DEL SERVICIO DE URGENCIA.

Puntuación media: 8,38 PUNTOS. Gráfica 3.

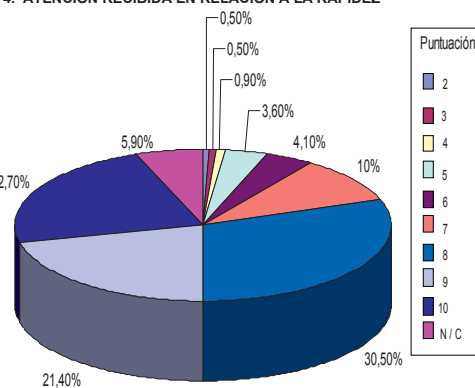
3. ATENCION RECIBIDA EN RELACION A LA RAPIDEZ.

Puntuación media: 8,31 PUNTOS. Gráficas 4 y 5.

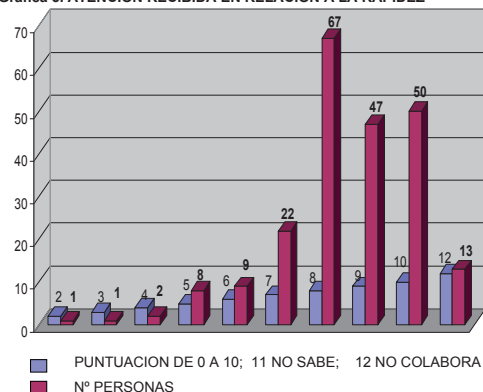
Gráfica 3. LOS EQUIPAMIENTOS Y MATERIALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS.



Gráfica 4. ATENCION RECIBIDA EN RELACION A LA RAPIDEZ



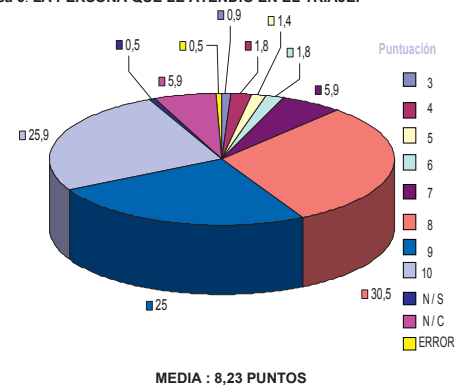
Gráfica 5. ATENCION RECIBIDA EN RELACION A LA RAPIDEZ



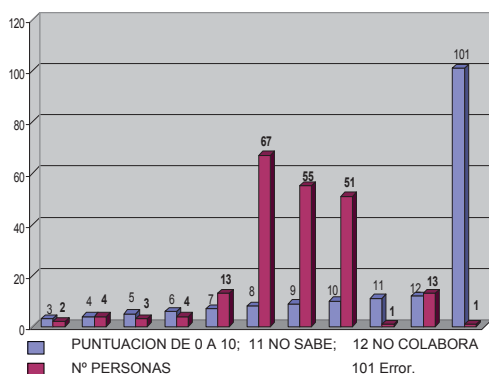
4. LA PERSONA QUE LE ATENDIO EN EL TRIAJE.

Puntuación media: 8,23 PUNTOS. Gráfica 6 y 7.

Gráfica 6. LA PERSONA QUE LE ATENDIO EN EL TRIAJE.

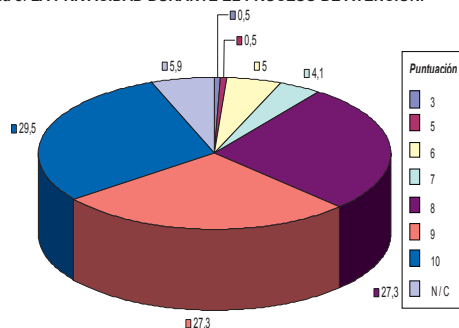


Gráfica 7. LA PERSONA QUE LE ATENDIO EN EL TRIAJE



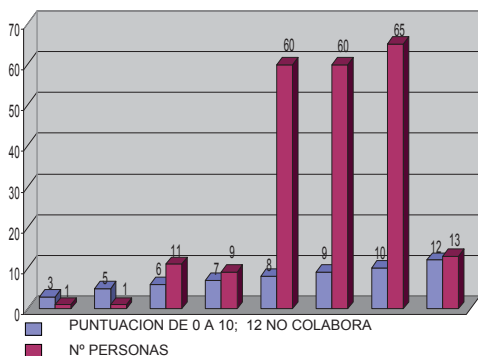
5. LA PRIVACIDAD DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN.
Puntuación media: 8,73 PUNTOS. Gráficas 8 y 9.

Gráfica 8. LA PRIVACIDAD DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN.



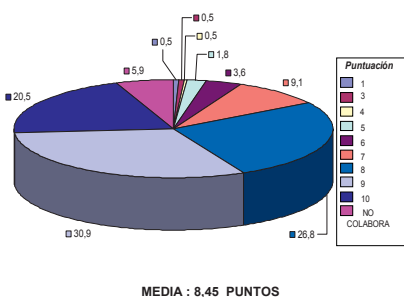
MEDIA : 8,73 PUNTOS

Gráfica 9. LA PRIVACIDAD DURANTE EL PROCESO DE ATENCIÓN



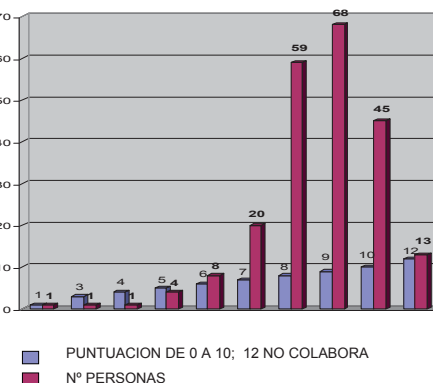
6. EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR, DESDE QUE LLEGO A URGENCIAS HASTA QUE SE LE PREGUNTÓ EL MOTIVO DE SU VISITA
Puntuación media: 8,45 PUNTOS. Gráficas 10, 11 y 12.

Gráfica 10. EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR, DESDE QUE LLEGO A URGENCIAS HASTA QUE SE LE PREGUNTÓ EL MOTIVO DE SU VISITA.

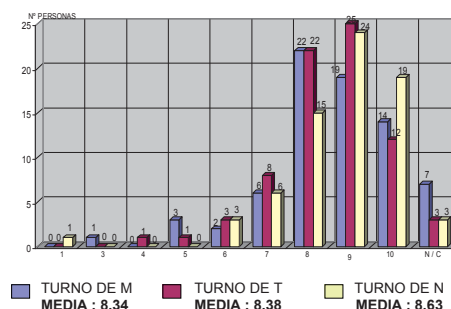


MEDIA : 8,45 PUNTOS

Gráfica 11. EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR, DESDE QUE LLEGO A URGENCIAS HASTA QUE SE LE PREGUNTÓ EL MOTIVO DE SU VISITA.

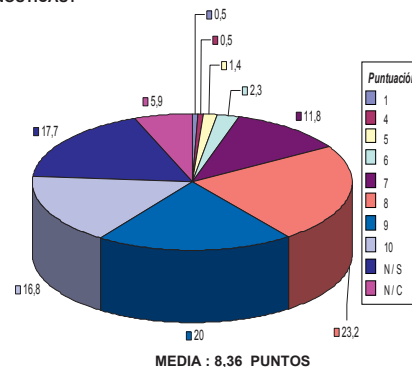


GRÁFICA 12. EL TIEMPO QUE TUVO QUE ESPERAR, DESDE QUE LLEGO A URGENCIAS HASTA QUE SE LE PREGUNTÓ EL MOTIVO DE SU VISITA.



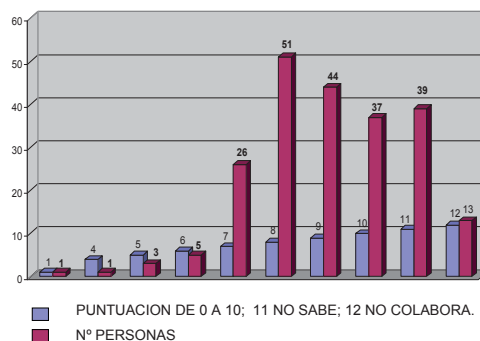
7. ¿VALORE EL TIEMPO QUE TARDARON LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS?
Puntuación media: 8,36 PUNTOS. Gráficas 13 y 14.

Gráfica 13. ¿VALORE EL TIEMPO QUE TARDARON LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS?



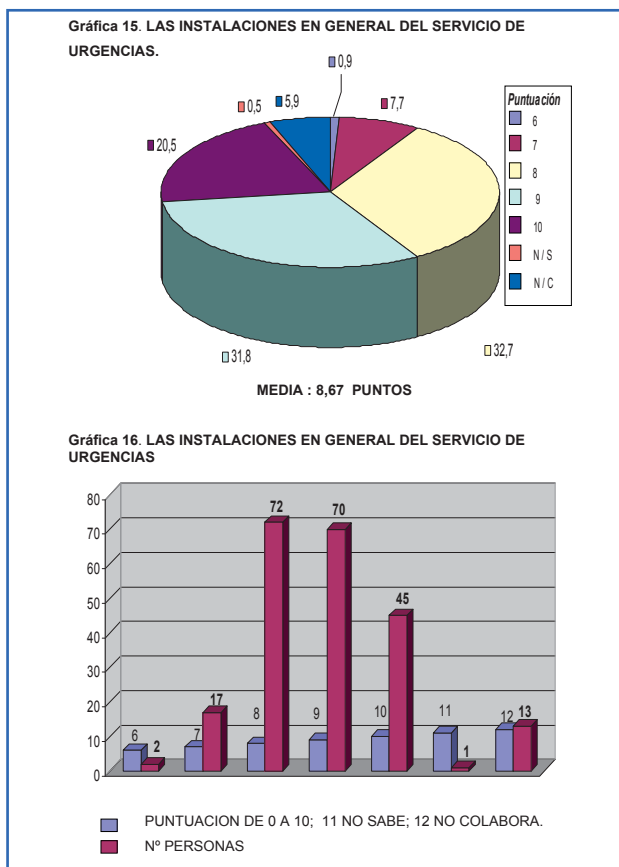
MEDIA : 8,36 PUNTOS

Gráfica 14. ¿VALORE EL TIEMPO QUE TARDARON LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS?



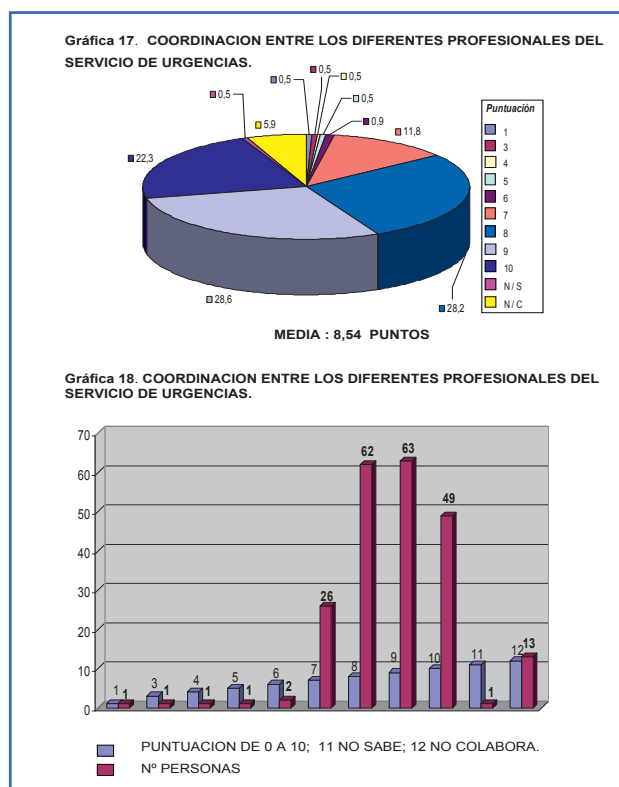
8. LAS INSTALACIONES EN GENERAL DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

Puntuación media: 8,67 PUNTOS. Gráficas 15 Y 16.



9. COORDINACION ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

Puntuación media: 8,54 PUNTOS. Gráficas 17 y 18.



LEALTAD.

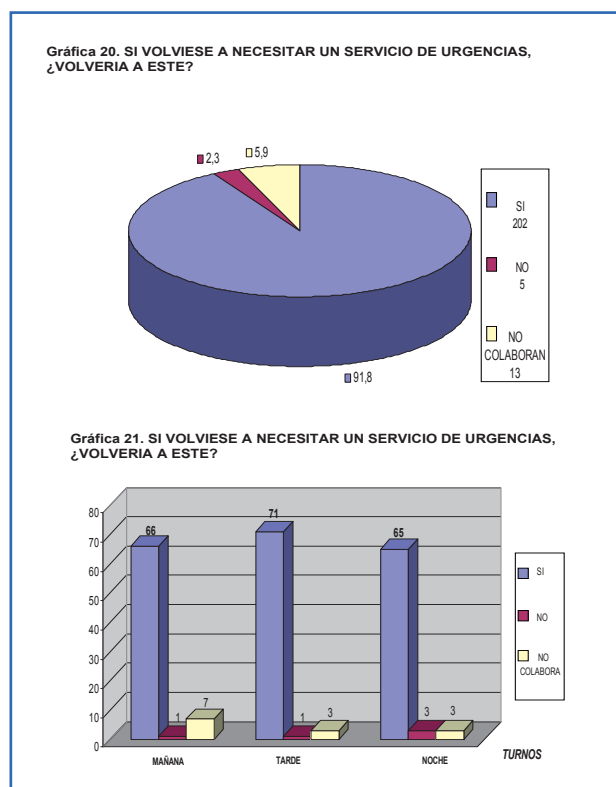
10. ¿VIENE A ESTAS URGENCIAS PORQUE NO TIENE OTRA ALTERNATIVA DONDE IR?

Si: 4 No: 204 No Colaboran: 13 Gráfica 19.



11. SI VOLVIESE A NECESITAR UN SERVICIO DE URGENCIAS, ¿VOLVERIA A ESTE?

Si: 202 No: 5 No Colaboran: 13 Gráficas 20 y 21.

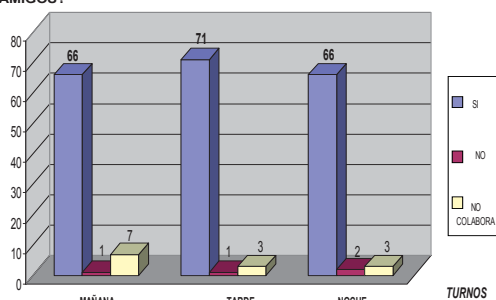


12. ¿LE RECOMENDARIA ESTAS URGENCIAS A FAMILIARES Y AMIGOS?

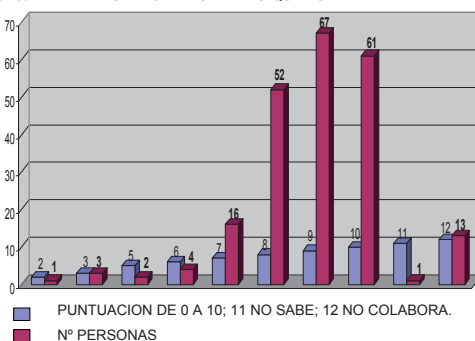
Si: 203 No: 4 No Colaboran: 13 Gráficas 22 y 23.



Gráfica 23. ¿LE RECOMENDARIA ESTAS URGENCIAS A FAMILIARES Y AMIGOS?



Gráfica 27. LE PRESTARON EL SERVICIO QUE ESPERABA RECIBIR.

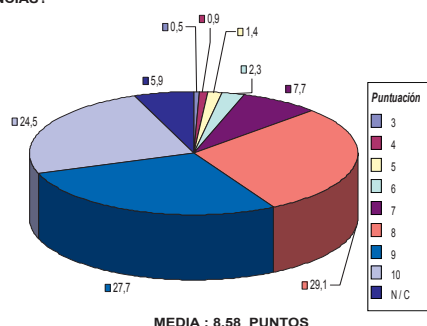


SATISFACCION.

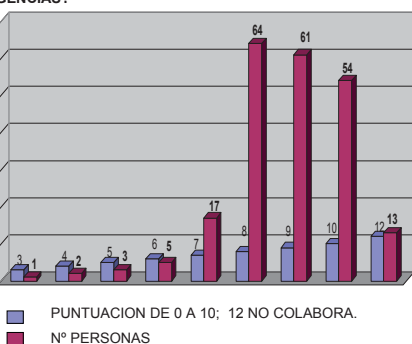
13. ¿CUANTO DE SATISFECHO/A QUEDO CON NUESTRAS URGENCIAS?

Puntuación media: 8,58 PUNTOS. Gráficas 24 y 25.

Gráfica 24. ¿CUANTO DE SATISFECHO/A QUEDO CON NUESTRAS URGENCIAS?



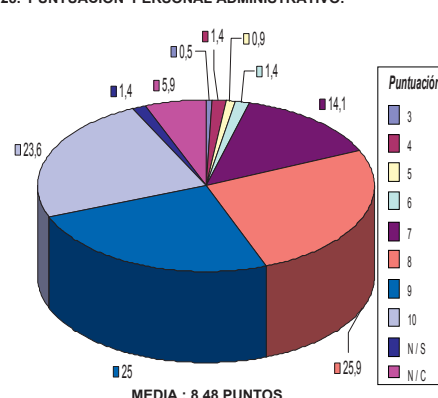
Gráfica 25. ¿CUANTO DE SATISFECHO/A QUEDO CON NUESTRAS URGENCIAS?



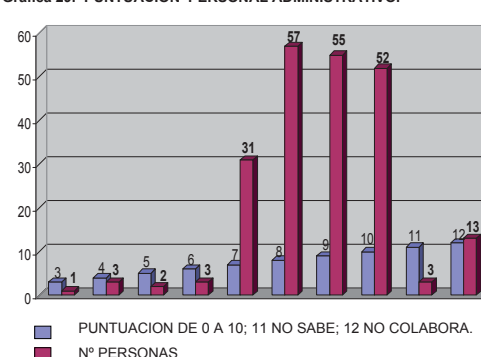
15.1 Puntuación P. ADMINISTRATIVO.

Puntuación media: 8,48 PUNTOS. Gráficas 28 y 29.

Gráfica 28. Puntuación PERSONAL ADMINISTRATIVO.



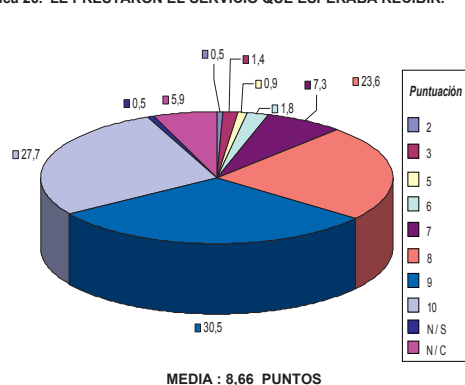
Gráfica 29. Puntuación PERSONAL ADMINISTRATIVO.



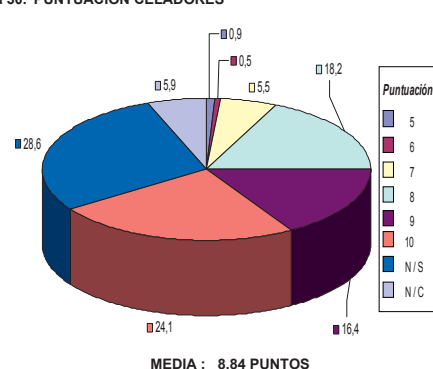
14. ¿LE PRESTARON EL SERVICIO QUE ESPERABA RECIBIR?

Puntuación media: 8,66 PUNTOS. Gráficas 26 y 27.

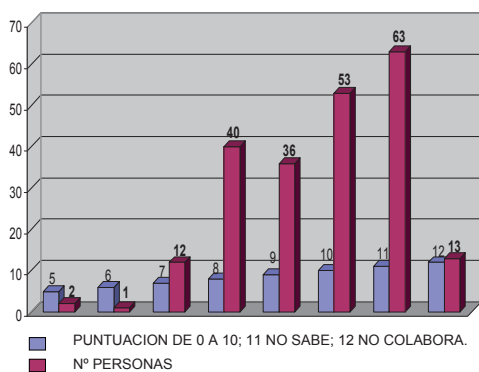
Gráfica 26. LE PRESTARON EL SERVICIO QUE ESPERABA RECIBIR.



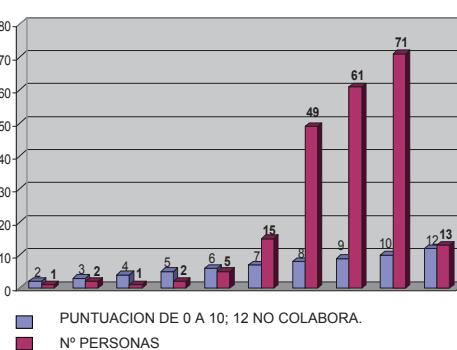
Gráfica 30. Puntuación CELADORES



Gráfica 31. Puntuación Celadores



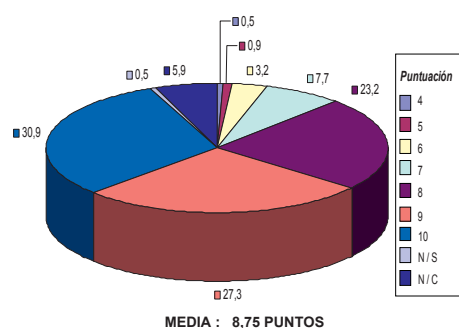
Gráfica 35. Puntuación Personal Médico.



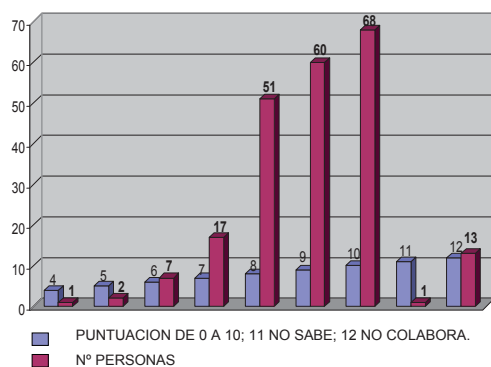
15.3 Puntuación Enfermería.

Puntuación media: 8,75 PUNTOS. Gráficas 32 y 33.

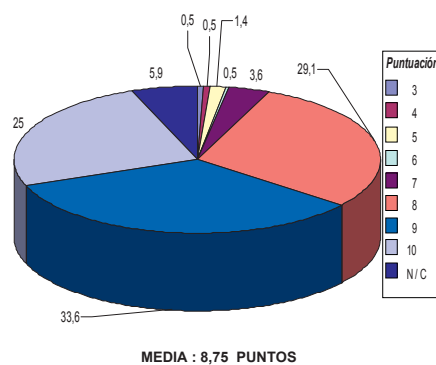
Gráfica 32. Puntuación Personal de Enfermería



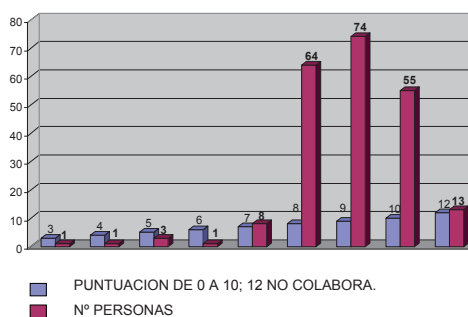
Gráfica 33. Puntuación Personal de Enfermería



Gráfica 36. Puntuación de la Calidad en la Atención Recibida



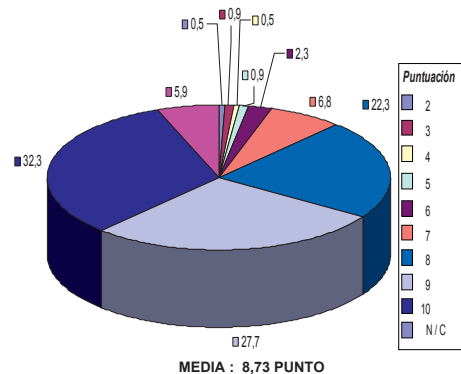
Gráfica 37. Puntuación de la Calidad en la Atención Recibida



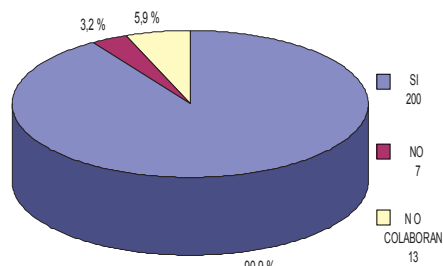
15.4 Puntuación P. Médico.

Puntuación media: 8,73 PUNTOS. Gráficas 34 y 35.

Gráfica 34. Puntuación Personal Médico



Gráfica 38 ¿CONSIDERA QUE LE RESOLVIERON EL PROBLEMA QUE TENÍA CUANDO VIÑO?



17. ¿CONSIDERA QUE LE RESOLVIERON EL PROBLEMA QUE TENÍA CUANDO VIÑO?

Si: 200 No: 7 No Colaboran: 13 Gráficas 38.

APORTACIONES PERSONALES DE LOS ENCUESTADOS A MEJORAR:

- Hay que mejorar la intimidad en el área de observación.
- Evitar comentarios desafortunados frente a los clientes o en los pasillos
- Existe demora en la atención médica algunas veces.
- Problemas de aparcamiento.
- La megafonía falla con frecuencia.
- Demora a la espera de cama.

POSITIVO:

- Rapidez y eficacia. Agradezco la estabilidad en la plantilla.
- Todo muy bien. Encantado. - Satisfecha (7).
- Buen trato (3) y rapidez.
- No recortes de personal. El servicio depende de que el personal esté contento.
- Gracias por la encuesta / atención.
- Agradezco la petición de pruebas complementarias antes de la consulta médica.
- Me siento segura cuando voy a nuestro servicio de urgencias.

CONCLUSIONES / DISCUSIÓN

IMAGEN:

1. ¿QUE REPUTACION CREE USTED QUE TIENEN ESTAS URGENCIAS?

La imagen / reputación que la gente percibe de nuestro servicio de urgencias es bastante alta, ya que se ha obtenido una puntuación media de 8,30 puntos, es decir, que el 66,4 % de las puntuaciones se comprenden entre 8 y 9. Los usuarios nos tienen bien considerados. NADIE NOS PUNTUA POR DEBAJO DE 5. PUNTUACIÓN MEDIA: 8,30 PUNTOS.

CALIDAD / SEGURIDAD:

2. LOS EQUIPAMIENTOS Y MATERIALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

Tan solo una persona puntuó por debajo de 5 y 37 personas puntuaron entre 5-7, casi un 17 % de los encuestados. Si intentamos ver qué cosas podemos mejorar de nuestro servicio y atendiendo incluso a las aportaciones personales tras las encuestas, deducimos que se podría incrementar la puntuación obtenida SI MEJORÁSEMOS LA MEGAFONÍA, APARATOS COMO EL DE LA TOMA DE TENSION ARTERIAL, TEMPERATURA O SATURACIÓN OXÍGENO, SI LA RESOLUCIÓN DE INCIDENCIAS EN EL SISTEMA INFORMÁTICO SE AGILIZARAN.... PUNTUACIÓN MEDIA: 8,38 PUNTOS.

3. ATENCION EN RELACION A LA RAPIDEZ.

La media obtenida es de 8,31 puntos. 4 personas puntuaron por debajo de 5, sólo un 1,4 %. A la vez, 39 personas puntuaron entre 5 – 7, un 18 % de los encuestados.

Es difícil saber exactamente la actividad con antelación, pero sí se pueden prever los picos de asistencia en las urgencias, POR LO QUE SE DEBE DE EVITAR EN LA MEDIDA DE LO POSIBLE REDUCIR LA COBERTURA EN ESAS FRANJAS HORARIAS. PUNTUACIÓN MEDIA: 8,31 PUNTOS.

4. ENFERMERO DEL TRIAJE.

La puntuación media obtenida es de 8,23; una puntuación alta. 4 personas puntúan por debajo de 5 y tan solo 20, un 9,1%, con una puntuación entre 5 -7 Teniendo en cuenta que somos los primeros profesionales sanitarios que atendemos a los usuarios: ¿sería posible incrementar la puntuación media y evitar puntuaciones comprendidas entre 5-7? En determinadas ocasiones es difícil dedicar más tiempo al usuario en el triaje, por lo que hemos de mejorar el como y no el cuanto.

¿Cómo podríamos hacer un mejor acercamiento al paciente? MOSTRANDO MÁS EMPATIA, SIENDO MENOS RÍGIDO EN EL DIÁLOGO, SIENDO MENOS AUTÓMATAS Y NO SOLO PREGUNTANDO QUE LE PASA, DESDE CUANDO, AP Y TTO. PUNTUACIÓN MEDIA: 8,23 PUNTOS.

5. PRIVACIDAD.

La media obtenida es de 8,73, una puntuación alta. Tan sólo 1 persona puntúa por debajo de 5 y entre 5-7 sólo 21. Entre las aportaciones personales existen varios comentarios con respecto a la privacidad, cosas que se podrían mejorar, algunas sólo con un poco más de atención del personal sanitario y otras que dependen de la Dirección del hospital. EVITAR INFORMACIÓN EN LOS PASILLOS O JUNTO A FAMILIARES DE OTROS PACIENTES, ESPACIOS PEQUEÑOS PARA 4 PACIENTES, EXPLORACIONES EN LUGARES CON POCA INTIMIDAD, MALA DISTRIBUCIÓN DEL MOBILIARIO DE CONSULTAS MÉDICAS, CLIMATIZACIÓN. PUNTUACION MEDIA: 8,73 PUNTOS.

6. EL TIEMPO DE ESPERA DESDE LLEGADA HASTA QUE LE PREGUNTARON MOTIVO DE CONSULTA.

La media obtenida es de 8,45. Sólo 3 personas puntúan por debajo de 5 y 32 entre 5-7. Al igual que referimos en la pregunta 3 del cuestionario (atención recibida en relación a la rapidez), no se sabe con certeza la actividad del S.U. pero sí son previsibles los picos de afluencia, POR LO QUE HAY QUE ESTAR ATENTOS A LA COBERTURA DEL SERVICIO EN ESTAS FRANJAS HORARIAS. PUNTUACION MEDIA: 8,45 PUNTOS.

7. VALORE EL TIEMPO QUE TARDARON LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS.

La puntuación media obtenida es 8,36. Por debajo de 5 nos puntúan 2 personas y entre 5-7 34 personas. En líneas generales podemos decir que somos rápidos en la realización de pruebas y recepción de resultados, pero hay que seguir insistiendo en disminuir el tiempo de espera de validación de resultados.

Hemos de tener en cuenta que 39 usuarios no precisaron de pruebas diagnósticas, demostrándose la eficacia del personal médico y la optimización de recursos; es importante que el personal del S.U tenga conocimientos básicos de facturación de la unidad para seguir poder optimizando siempre que sea posible. PUNTUACION MEDIA: 8,36 PUNTOS.

8. LAS INSTALACIONES EN GENERAL DEL S.U.

La media obtenida es 8,67 y ningún usuario nos puntúa por

debajo de 5 y sólo 19 entre 6-7. Podemos decir que nuestras instalaciones son seguras y de una calidad notable según la opinión de nuestros clientes pero creemos que se podrían mejorar tal y como ya hemos referido anteriormente; LA DISTRIBUCIÓN DE LAS CONSULTAS MÉDICAS NO FAVORECE LA PRIVACIDAD DEL PACIENTE, LA CLIMATIZACIÓN DE LAS CONSULTAS DE URGENCIAS NO FUNCIONA CORRECTAMENTE, ALGUNAS PUERTAS ESTÁN DETERIORADAS, HAY FALTA DE APARATAJE MÉDICO COMO MONITORES MULTIPARAMÉTRICOS RODABLES, PROBLEMAS EN MONITORIZACIÓN CENTRAL DE OBSERVACIÓN,...

9. COORDINACIÓN ENTRE LOS DIFERENTES PROFESIONALES DEL SERVICIO DE URGENCIAS.

La puntuación media es de 8,54, por debajo de 5 sólo nos puntúan 3 clientes y 29 lo hacen entre 5-7. Es cierto que muchos de nuestros pacientes no necesitaron pruebas diagnósticas ni fueron tratados por todo el personal como por ejemplo, aquellos que no necesitaron ser atendidos por Celador o Auxiliar de enfermería, pero lo que reflejan los resultados es la buena coordinación entre los distintos profesionales que atienden al cliente desde que llega a nuestro hospital hasta que es dado de alta. No obstante, hay que seguir trabajando en equipo e intentar mejorar día a día. FOMENTAREMOS LOS BUENOS CAMBIOS ENTRE TURNOS, LA COMUNICACIÓN FLUIDA ENTRE LOS PROFESIONALES REFERENTES DE LOS USUARIOS Y HOJAS DE REGISTRO DE ZONA DE CORTA ESTANCIA.

LEALTAD

10. ¿VIENE A ESTAS URGENCIAS PORQUE NO TIENE OTRA ALTERNATIVA DONDE IR?

Los datos son significativos, 204 de 208 personas acuden a nuestras urgencias porque así lo prefieren. Es motivo por el que intentar mantener su grado de lealtad.

11. SI VOLVIESE A NECESITAR UN SERVICIO DE URGENCIAS, ¿VOLVERÍA A ESTE?

La encuesta nos aporta datos como que de 207, 202 pacientes volverían y 5 no. Si multiplicamos el número de pacientes que se ven mensualmente ESTAMOS PERDIENDO UN NÚMERO DE PACIENTES IMPORTANTE, APROXIMADAMENTE 120 PACIENTES MES. Por ello, tenemos que intentar reflexionar sobre estos datos, ser capaces de hacer aportaciones sobre una asistencia de calidad, con buenos resultados.

12. ¿LE RECOMENDARÍA ESTAS URGENCIAS A FAMILIARES Y AMIGOS?

El medio que mejor funciona para hacer que nuevos usuarios acudan a nuestro dispositivo, el boca a boca, se tiene. Un total de 203 pacientes nos recomiendan a familiares y amigos.

AL IGUAL QUE EN LA REFLEXIÓN ANTERIOR, SERÍA INTERESANTE IR MEJORANDO TODO AQUELLO QUE APOORTE UNA ASISTENCIA DE CALIDAD A NUESTROS USUARIOS Y QUE PERCIBAN UNA PREOCUPACIÓN Y COMPROMISO CON SU SALUD.

SATISFACCIÓN.

13. ¿CUANTO DE SATISFECHO/A QUEDÓ CON NUESTRAS URGENCIAS?

La puntuación media obtenida es de 8,58. Los usuarios se quedan satisfechos de nuestras urgencias. A pesar de esta puntuación, 3 personas nos puntuaron por debajo de 5 y 27 entre 5-7. SI BUSCAMOS LA EXCELENCIA, TENEMOS QUE LOGRAR QUE LAS PUNTUACIONES EN ESTOS RANGOS DESCENDAN Y VAYAN HACIA PUNTUACIONES MÁS ALTAS.

14. LE PRESTARON EL SERVICIO QUE ESPERABA RECIBIR.

Esta pregunta es numérica, a veces ni es si, ni es no. Podemos ver que la puntuación media es de 8,66. De forma genérica se puede entender que la gente recibió el cuidado o la respuesta que esperaba. Si detallamos las puntuaciones, vemos que existen 4 usuarios que nos puntuaron por debajo de 5 y que 22 entre 5-7. Estos datos nos hacen ver que PARA MUCHOS DE NUESTROS USUARIOS, EL SERVICIO NO FUE DEL TODO SATISFACTORIO COMO PARA PUNTUARLO DE FORMA SOBRESALIENTE. MOTIVO, QUE PARA MUCHOS PUEDE SER LA CAUSA DE BÚSQUEDA DE NUEVOS HOSPITALES / CLÍNICAS QUE DEN ESA EXCELENCIA. PUNTUACIÓN MEDIA: 8,66 PUNTOS

15.1 PUNTUACIÓN P. ADMINISTRATIVO.

El personal administrativo son los primeros profesionales que reciben al usuario. La imagen que el usuario pueda percibir de ellos es muy importante. Su puntuación media es de 8,48 puntos. Son los profesionales con la puntuación más baja de las 4 categorías profesionales evaluadas. Existen aportaciones en relación a dicha categoría. 4 personas puntuaron por debajo de 5 y 36 entre 5-7.

SERÍA IMPORTANTE RECUPERAR LA FUNCIÓN DE "RECEPCIÓN" PARA ESTA CATEGORÍA PROFESIONAL YA QUE SON LOS PRIMEROS PROFESIONALES QUE SE ENCUENTRAN NUESTROS USUARIOS AL LLEGAR A NUESTRO CENTRO. PUNTUACIÓN MEDIA: 8,48 PUNTOS

15.2 PUNTUACIÓN CELADORES.

Los celadores obtienen una puntuación bastante buena. 8,88 puntos. No tienen ninguna puntuación por debajo de 0. Tan solo 15 entre 5-7. A destacar que 63 personas de 207 encuestados no precisaron de su intervención, pero aquellos que los necesitaron se muestran satisfechos.

ES IMPORTANTE LA PRESENCIA FÍSICA CONTINUA DEL CELADOR EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS, ASI COMO SU OFRECIMIENTO PARA INTERVENIR EN AQUELLAS SITUACIONES QUE ÉL CONSIDERE OPORTUNO. PUNTUACIÓN MEDIA: 8,84 PUNTOS

15.3 PUNTUACIÓN P. ENFERMERÍA.

Obtienen una puntuación media de 8,75, siendo la más alta de los profesionales sanitarios de urgencias. Al detalle, aparece una puntuación por debajo de 5 y 26 entre 5-7 puntos. TENEMOS QUE REFLEXIONAR EN QUE PODEMOS MEJORAR, VER LAS APORTACIONES PERSONALES QUE

NOS HACEN NUESTROS USUARIOS Y ENTRE TODO, HACER QUE ESTA PUNTUACIÓN SE APROXIME MÁS HACIA LA EXCELENCIA.

15.4 PUNTUACIÓN P. MÉDICO.

Obtienen una puntuación media de 8.73. Obtienen 4 puntuaciones por debajo de 5 y 22 entre 5-7 puntos. El personal médico, es la categoría profesional que más aporta en la balanza para el objetivo final del usuario, la resolución de su problema. Al existir 27 puntuaciones entre los valores 2 a 7, da que pensar que DEBEMOS DE REFLEXIONAR EN QUE PODEMOS MEJORAR Y JUNTO A LAS APORTACIONES PERSONALES QUE NOS HACEN NUESTROS USUARIOS, HACER QUE ESTA PUNTUACIÓN SE APROXIME MÁS HACIA LA EXCELENCIA.

16. PUNTUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN RECIBIDA.

Obtiene una puntuación media de 8,75. Al detalle, únicamente obtiene 2 puntuaciones por debajo de 5 y 12 entre 5-7. Los usuarios de nuestro S.U se marchan SATISFECHOS con una visión global del servicio: Instalaciones, espera, atención, resolución de su problema...

17. ¿CONSIDERA QUE LE RESOLVIERON EL PROBLEMA QUE TENÍA CUANDO VINO?

A 200 de 207 usuarios si. Motivo para estar satisfecho y a la vez de SEGUIR MEJORANDO para que a esos 7 usuarios, seamos capaces de hacerle sentir satisfechos y que nos recomienden.

Bibliografía:

1. Saturno PJ. Los métodos de participación del usuario en la evolución y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Esp Salud Pública 1995, 69: 163-175.
2. Iraola MD, Fernández D, Liriano JC, Rodríguez G, Rodríguez A, Rojas G. Satisfacción en urgencias de los pacientes que regresan a su hogar. Rev. Calidad Asistencial 2003; 18 (7): 603-608.
3. Juran JM, Gryna FM, Bingham RS. Manual de control de calidad. Barcelona. Reverte; 1990.
4. Ibáñez R. Estudio de la satisfacción de los pacientes atendidos en un Servicio de Urgencias. Rev. Calidad Asistencial (1995; 2: 60 -3).
5. M. D Iraola Ferrer, D. Fernández Jorge, J.C. Liriano Ricabal, G. Rodríguez Toledo, A. Rodríguez Carvajal, O. Rojas Santana. Satisfacción de los pacientes atendidos en urgencias y posteriormente hospitalizados en un hospital universitario.
6. E.T. López Madurga, J. Mozota Duarte, I. González Salvatierra, Y. Sánchez Torres, N. Enríquez Martín, J. Moliner Lahoz. Satisfacción de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital de agudos.
7. C. Gómez Vaquero, J. Guillamont Salvador, A. Salazar Soler, A. Juan Pastor, A. Novelli Redón, X. Corbella Virós. Evaluación de la satisfacción de los pacientes ingresados en una unidad de corta estancia de urgencias.

CAMBIO EN LAS NORMAS DE ESTILO PARA LA PUBLICACIÓN EN HYGIA DE ENFERMERÍA

El apartado nº 7 de las normas queda redactado de la siguiente forma:

7. Al objeto de garantizar la titulación de los firmantes, para la publicación de cualquier artículo científico en la revista Hygia, los autores Graduados o Diplomados en Enfermería deberán acreditar su condición de colegiados en el Colegio de procedencia y aquellos con otra titulación mediante fotocopia del título correspondiente. Pasando el antiguo nº 7 al nº 8.

Puede observarse en la siguiente dirección:

<http://www.colegioenfermeriasevilla.es/servicios/participa/publica-en-hygia/>

TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA EN EL MANEJO DE UNA ÚLCERA VENOSA EN ATENCIÓN PRIMARIA

- Raquel Contreras Fariñas¹
- María Rodríguez Carrasco²
- José Rodríguez Vázquez³
- Sonia Barbancho Molina⁴

1. Enfermera de familia UGC Las Letanías. Sevilla

2. Enfermera E.I.R.

3. Enfermero de familia UGC Pino Montano-B. Sevilla

4. Enfermera de familia.

Centro/s donde se ha realizado el trabajo. U.G.C. PINO MONTANO B (Sevilla)

Resumen:

Las actuaciones e intervenciones de enfermería en el ámbito de la Atención Primaria, están en constante evolución lo que implica que los profesionales necesiten actualizar permanentemente sus conocimientos e introducir nuevas metodologías como la Terapia de Presión Negativa, para abordar aspectos tan frecuentes en su actividad diaria como son las úlceras venosas. El objetivo del presente artículo es resaltar la reducción del tiempo de curación en una úlcera venosa, ganancia en calidad de vida del paciente, optimización de recursos y ahorro para el Sistema Sanitario Público, asociados a la aplicación de Terapia de Presión Negativa en Atención Primaria.

El caso que presentamos se llevó a cabo en la Unidad de Gestión Clínica (U.G.C.) Pino Montano B. (Sevilla).

Se optó por la aplicación de Terapia de Presión Negativa más terapia compresiva, en una úlcera venosa de gran extensión y 30 años de evolución, una vez comprobado que otras alternativas terapéuticas habían fracasado, obteniendo una evolución muy positiva que llevó a cicatrizar la lesión.

Palabras clave:

Terapia de presión negativa, Úlceras venosas, Terapia compresiva, Atención Primaria, Calidad de vida.

Abstract:

Nursing interventions in the field of primary care, are in continuous evolution what imply a permanent knowledge update for professionals in order to introduce new methodologies such as negative pressure therapy, to deal with so frequent aspects in nursing daily activity such as venous ulcers.

The aim of this article is to highlight the time reduction in venous ulcer healing, gain in quality of life of patients, resource optimization and savings for the public health system, associated with.

The present case was conducted in the Unit of Clinical Management Pino Montano B. We opted for the application of plus compression therapy in a patient with a large size venous ulcer and 30 years of evolution, once traditional therapies had failed, resulting in a very positive development that led to healing.

Key words:

Negative Pressure Therapy, Venous Ulcers, Compression Therapy, Primary Care, Quality Of Life.

Para la realización del presente trabajo no se ha contado con financiación externa ni conflicto de intereses. No se ha presentado en ningún congreso.

INTRODUCCIÓN

Las úlceras de pierna de origen venoso suponen las tres cuartas partes de todas las úlceras de la extremidad inferior, con una incidencia entre 2 y 5 nuevos casos por mil personas y año. Al tener su origen en un problema crónico como es la hipertensión venosa ambulatoria (HTVA), los tiempos hasta la cicatrización suelen ser en torno a los 9 meses y tener además un alto porcentaje de recidivas. Todas estas características hacen que la úlcera venosa sea un reto para el profesional de enfermería y un importante problema para el sistema de salud.

En cuanto a la calidad de vida del paciente portador de la lesión aunque no hay muchos estudios al respecto, un amplio porcentaje de los sujetos respaldan el impacto emocional negativo en sus vidas y refieren términos como ira, resentimien-

to, miedo, aislamiento social, autoimagen negativa y dolor¹. En relación al tratamiento que se debe seguir para la cicatrización de la úlcera venosa, tiene un gran nivel de evidencia el uso de la terapia de compresión como piedra angular del tratamiento de estas lesiones, pero aún así, en el caso de España los datos reflejan que no se aprovechan todas las posibilidades que brindan este tipo de terapias, ya que muy pocos pacientes utilizan sistemas de compresión fuerte o multicapa para el tratamiento de las úlceras venosas².

En cuanto al uso de la Terapia de Presión Negativa (T.P.N.) es una práctica muy extendida en el ámbito de atención hospitalaria para el manejo de heridas tórpidas^{3,4}, con exceso de exudado o que no cicatrizan en el intervalo esperado. Destacan como contraindicaciones: Osteomielitis sin tratar, heridas malignas (excepto como cuidados paliativos), fístulas

no exploradas, órganos expuestos, vasos sanguíneos o estructuras mayores, tejido necrótico con presencia de escaras, enfermedad arterial periférica severa, en cavidades o sinus que no se pueden explorar.

En un estudio retrospectivo con una muestra de 342 pacientes con heridas de diversa etiología que comparaba la TPN con los cuidados tradicionales de la herida, los pacientes que recibieron TPN sanaron más rápidamente, encontrando además una correlación entre la aplicación precoz de la terapia y una mejor cicatrización⁵.

Aunque es amplia la evidencia que respalda el uso de la TPN en atención especializada, en el ámbito de la Atención Primaria y en úlceras venosas en particular, son escasos los trabajos que en nuestro país hablan de su aplicación, aunque existe cada vez una mayor literatura al respecto, sobretodo en el ámbito anglosajón.

Entre los beneficios más destacables de la TPN, tal y como recoge la opinión de varios autores y el documento de posicionamiento de la Asociación europea de heridas EWMA⁶, este tipo de terapias promueve la curación de la herida a través de mecanismos diversos como son la reducción del edema, el aumento de la perfusión a nivel de la dermis y de la herida en general, el incremento del tejido de granulación, el

descenso de la carga bacteriana y la mejora en la gestión del exudado^{7,8}.

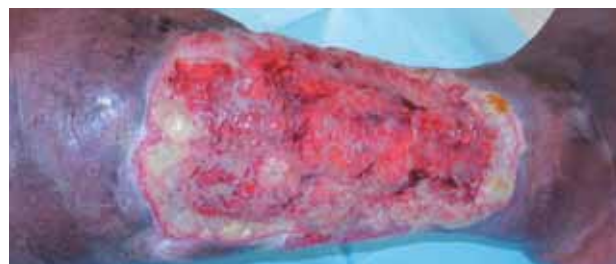
El objetivo principal del caso clínico que es objeto de este artículo, es demostrar la efectividad de la combinación de T.P.N. y terapia compresiva multicapa ambas aplicadas en el entorno comunitario, para favorecer la cicatrización de una úlcera venosa tórpida de 30 años de evolución y cuando las dis-

CASO CLÍNICO

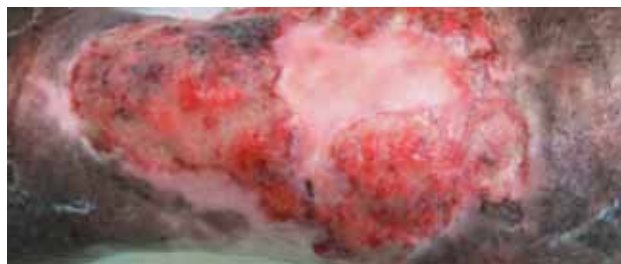
Se presenta el caso de una paciente de 53 años con úlceras de origen venoso en la extremidad inferior derecha de 30 años de evolución. Presenta las siguientes patologías de base: Lupus eritematoso, síndrome antifosfolípido positivo, anemia crónica, insuficiencia renal crónica, diabetes, anticoagulada. A lo largo de los años, el seguimiento de la úlcera había sido llevado por Atención Primaria y contactos puntuales con especializada. Para el tratamiento local de la úlcera se habían utilizado apósitos de cura seca y de cura en ambiente húmedo, y vendaje tradicional con crepé o de gasas para sostén de los apósitos. La evolución de la herida en estas circunstancias ha sido tórpida a lo largo de los años, con el consiguiente empeoramiento de todas las características, sobretodo exudado y olor, y contribuyendo de forma defi-



Fotografía inicial cara interna: Enero 2008



Fotografía inicial cara externa: Enero 2008



Fotografía 1. Cara anterior y lateral externa



Fotografía 2. Cara lateral interna



nitiva a que la paciente estuviera en situación de dependencia y exclusión social. El estado de la lesión y gravedad del caso queda reflejado en las siguientes imágenes:

Tras la recepción del caso por los autores de este artículo, se opta como primera opción por la palpación de pulsos, los cuales se encuentran presentes a nivel pedio y tibial posterior, así como la realización del Índice Tobillo Brazo (ITB) en el que se obtiene como resultado 1.2.

Se instaura terapia compresiva y cura en ambiente húmedo (CAH), lo que consigue una evolución muy positiva de las lesiones, disminuyendo sustancialmente su tamaño y normalizando el nivel de exudado. Se utilizaron entre otro tipo de materiales, apósitos de carbón activado e hidropoliméricos como apósitos secundarios.

Tras 5 años de seguimiento y a pesar de la franca mejoría de la úlcera, la evolución se estanca, incluso pasa por fases de retroceso por lo que se opta por la aplicación de TPN para reactivar la cicatrización, tras el fracaso del resto de alternativas. La lesión sigue ocupando la zona anterior y lateral externa de la pierna derecha con bordes irregulares y edematosos, y una segunda lesión en la cara lateral interna de la misma pierna de forma redondeada.

El exudado en la úlcera de la cara externa, es de leve a moderado y el lecho presenta un islote epitelizado en la parte superior de la lesión que ocupa un 20% del lecho, tejido desvitalizado húmedo y fuertemente adherido en un 35%, una zona necrótica húmeda de un 5% y el resto es tejido de granulación. No hay signos clínicos de infección, aunque la lesión presenta un retraso de la cicatrización.

La lesión de la cara lateral interna tiene forma redondeada, bordes regulares, con un exudado de leve a moderado y piel perilesional conservada.

El lecho presenta tejido de granulación en la práctica totalidad de la superficie. No presenta signos clínicos de infección.

Ante la falta de registros de los primeros 24 años de la lesión, reflejamos la descripción del tratamiento a modo de resumen, detallando más el tratamiento desde el año 2008 en que la atención a esta paciente es asumida por los autores de este artículo:

Descripción del tratamiento

Periodo	Tratamiento	Frecuencia de cambio de apósitos
Desde la aparición de la úlcera hasta el 2008	Múltiple variedad de apósitos + venda crepé	Cada 12-24 horas
2008-2013	CAH + Terapia compresiva multicapa.	Cada 72 horas inicialmente Posteriormente 1 vez en semana
2013-2014	TPN + Terapia compresiva	Semanal

Resultados tras iniciar TPN:

El 28 de Enero de 2013 iniciamos curas con T.P.N. de 25x25 cm con el objetivo de tratar ambas lesiones con el producto. A pesar de que la T.P.N. permite realizar una sola cura a la semana; por estar en el inicio e ir viendo la adaptación de la paciente al nuevo tratamiento, pautamos la siguiente cura a los 4 días para valorar la lesión y el nivel de saturación del apósito.

- 28/01/2013.- Fotografías 1, 2 y 3
- 28 de Enero de 2013:



Fotografía 3. **Aplicación TPN.**- Se procura un tamaño del apósito que cubra las dos lesiones presentes en la pierna dejando un margen de 1 cm desde el borde de la herida. Encima de la TPN se aplica vendaje compresivo multicapa.

- 1 de Febrero de 2013:



Fotografía 4. **Gestión exudado 4 días.**- Se observa una saturación del apósito que concuerda con el nivel de exudado que caracteriza la herida desde su inicio.

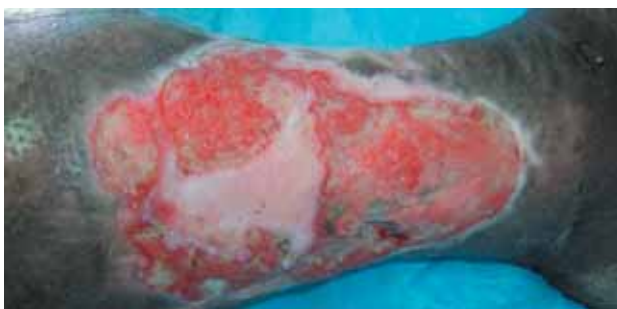
- 1 de Febrero de 2013



Fotografía 5. **Evolución a los 4 días.**- La sensación subjetiva fue de mayor zonas de necrosis que sin embargo se pudieron desbridar con facilidad y dejaron un aspecto más favorable de la superficie de la lesión.

Ante el volumen de exudado encontrado y para controlar las zonas de necrosis desbridadas, como medida de precaución se realiza la siguiente cura a los 3 días, de la anterior, cuando se cumplía una semana del inicio de la T.P.N.

- 4 de Febrero de 2013



Fotografía 6



Fotografía 7

La lesión presenta una evolución muy favorable, disminuyendo el tejido desvitalizado a un 35-40%, la zona necrótica de la parte inferior ha desaparecido, el resto es tejido de granulación y zonas epitelizadas que se dirigen al islote epitelial superior. Los bordes se observan planos y contraídos, el exudado es de leve a moderado, la piel perilesional se encuentra conservada y no hay signos clínicos de infección. El edema generalizado del MMII ha disminuido de tamaño. Aplicamos el tercer kit de T.P.N. y pautamos la cura a la semana.

- 11 de Febrero de 2013



Fotografía 8. Disminución considerable de exudado después de una semana de la anterior aplicación de T.N.P.

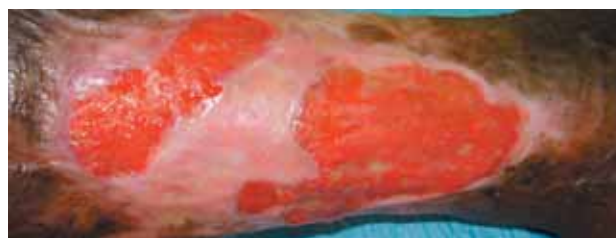


Fotografía 9. Se puede observar la viabilidad del tejido de granulación con un lecho de herida con casi el 100% granulado y bordes con crecimiento de tejido epitelial.

En una evolución de tratamiento con T.P.N., observamos como el progreso de ambas lesiones tornan a la reactivación de la cicatrización. En estos momentos la lesión de mayor dimensión, presenta un lecho con tejido desvitalizado en un 5-10%, el islote epitelizado se encuentra prácticamente unido al bode mas interior de la lesión, se observan pequeños islotes nuevos epitelizados y el resto es tejido de granulación. Los bordes se encuentran planos y conservados. El exudado es leve, la piel perilesional se encuentra conservada y no hay signos clínicos de infección. Se aprecia una contracción de la lesión y una disminución del edema generalizado. La lesión de menor tamaño, presenta en su lecho 100% de tejido de granulación y algunas zonas con fibrina. En el borde superior se observa el inicio de tejido epitelial, los bordes son regulares y se aprecian contraídos. La zona perilesional esta conservada y no existen signos clínicos de infección.



Fotografía 10. 18 de Febrero



Fotografía 11. 6 Mayo 2013



Fotografía 11 (bis), evolución en sólo tres semanas (27/05 al 17/06/2013)

- 24 de Junio



Fotografías 12 y 13.- En este momento existe una escasa saturación del apósito y franca mejoría de la lesión. Se suspende la T.N.P. y se continúa con CAH y terapia compresiva.



Fotografía 14 Septiembre 2013



Fotografías 15 y 16 Diciembre 2013

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con el máximo grado de evidencia científica, podemos asegurar que la piedra angular del tratamiento de las lesiones de origen venoso, es la terapia compresiva, sin embargo por la complejidad y extensión de determinadas ulceraciones, se necesita en ocasiones el uso de otras herramientas terapéuticas. En el caso objeto de este artículo, la utilización del sistema de T.P.N. nos ha permitido conseguir el objetivo de reactivación de la cicatrización en dos semanas, disminuir el número de curas y su cierre, prácticamente total en un año. Las principales consecuencias positivas son:

- Mejorar la calidad de vida de la paciente y la satisfacción

de los profesionales que lo atendían.

- Reducir el tiempo de cicatrización de forma objetivamente observable (respecto a la evolución sin progreso, que mantenía).
- Reducir el número de consultas, disminuyendo el gasto en atención sanitaria.
- Reducir el tiempo de enfermería, abaratando los costes de tiempo de enfermería.
- Reducir el coste en materiales, optimizando los recursos sanitarios.

Como limitaciones del uso de la T.P.N. destaca el hecho de que son de un sólo uso y que al utilizar una tecnología más avanzada, conllevan un mayor coste económico frente a los apósitos tradicionales. No obstante, si tenemos en cuenta la disminución de los tiempos de cicatrización y que el coste en tiempo de enfermería es uno de los factores que más puede aumentar el gasto por heridas, la T.P.N. aparece como alternativa eficaz y eficiente para úlceras tórpidas cuando otras alternativas terapéuticas hayan fracasado.

El resultado y conclusiones encontradas en nuestro estudio concuerdan con las de Kieser et al⁹, que examinaron un total de 12 pacientes con úlceras venosas crónicas resistentes a los tratamientos convencionales. Estos autores usaron TPN y vendaje compresivo durante 4 semanas. Se monitorizaron las heridas durante 12 semanas y se encontró una reducción estadísticamente significativa en la superficie de la úlcera en las primeras semanas de tratamiento, así como una reactivación del tejido de las úlceras hacia la granulación.

Kucharzewski M et al. con una muestra de 15 pacientes, mostraron que la TPN mejora el proceso de curación de las úlceras venosas a través de la disminución de la superficie de la herida, lo que reducía significativamente el tiempo de tratamiento de la misma¹⁰.

Estos resultados concuerdan con los hallados en nuestro estudio lo que refuerzan las conclusiones obtenidas.

Bibliografía:

1. Asociación Española de Enfermería Vascular y Heridas. Guía de práctica clínica: Consenso sobre úlceras vasculares y pie diabético. Segunda edición. Sevilla: AEEVH, 2014.
2. Documento de posicionamiento: Comprendiendo la terapia compresiva (EWMA). Londres. 2007.
3. Jiménez Jiménez CE. Terapia de presión negativa: una nueva modalidad terapéutica en el manejo de heridas complejas, experiencia clínica con 87 casos y revisión de la literatura. Rev. colomb. cir. vol.22 no.4 Bogotá Oct./Dec. 2007.
4. Buendía Pérez, J.*, Vila Sobral, A.*, Gómez Ruiz, R.* et cols. Tratamiento de heridas complejas con terapia de presión negativa. Experiencia en los últimos 6 años en la Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona (España). Cir.plást. iberolatinoam.-Vol. 37-Supl. 1-2011/Pag. S65-S71.
5. Yao M, Fabbi M, Hayashi H, Park N, Attala K, Gu G, French MA, Driver VR. A retrospective cohort study evaluating efficacy in high-risk patients with chronic lower extremity ulcers treated with negative pressure wound therapy. Int Wound J. 2014 Oct;11(5):483-8.
6. European Wound Management Association. Topical negative pressure in wound management. Position Document, 2007.
7. Banwell PE, Musgrave M. Topical negative pressure therapy: mechanisms and indications. International Wound Journal. 2004;1(2):95-106.
8. N. Runkel. Evidence-based recommendations for the use of Negative Pressure Wound Therapy in traumatic wounds and reconstructive surgery: Steps towards an international consensus. Injury, Int J. Care Injured 42 (2011) S1-S12.

9. Kieser DC, Roake JA, Hammond C, Lewis DR. Negative pressure wound therapy as an adjunct to compression for healing chronic venous ulcers. Journal of Wound Care. 2011;20(1):35-37.
10. Kucharzewski M, Mieszczański P, Wilemska-Kucharzewska K, Taradaj J, Kuropatnicki A, Sliwiński Z. The application of negative pressure wound therapy in the treatment of chronic venous leg ulceration: authors experience. Biomed Res Int. 2014;2014:297230.

Otras fuentes bibliográficas consultadas:

1. Malmström M, Ingemansson R, Martin R, Huddleston E. Negative-pressure wound therapy using gauze or open-cell polyurethane foam: similar early effects on pressure transduction and tissue contraction in an experimental porcine wound model. Wound Repair Regen 2009; 17: 200-5.
2. Miller MS. New microvascular blood flow research challenges practice protocols in negative pressure wound therapy. Wounds 2005; 17(10):290-294.
3. Campbell PE Surgical wound case studies with the Versatile 1 wound vacuum system for negative pressure wound therapy. Wound Ostomy Continence Nurs. 2006; 33(2):2-10.
4. Campbell PE, Smith GS, Smith JM. Retrospective Evaluation of a Gauze-based Wound Filler in Negative Pressure Wound Therapy. International Wound Journal 2008.
5. Llanos, S. Effectiveness of Negative Pressure Closure in the Integration of Split Thickness Skin Grafts. Annals of Surgery Vol. 244, No 5, Nov. 2006.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE EL CATETERISMO CARDÍACO Y LA ANGIOPLASTIA CORONARIA

ACTION TO NURSING CARDIAC CATHETERIZATION AND CORONARY ANGIOPLASTY

- M^a Vanesa Gómez Reina¹
- Marco A. Zapata Sampedro²
- Nuria Solís Ferrero³

1. H.U. "Virgen del Rocío" (Sevilla) "Área del Corazón".

2. C. S. "Ronda Histórica" (Sevilla)

3. H.U. "Virgen del Rocío" (Sevilla)

Resumen:

La necesidad de potenciar técnicas menos invasivas que reduzcan los riesgos que suponen una intervención quirúrgica y acortar la estancia hospitalaria, han hecho que se produzca el aumento de los procedimientos radiológicos intervencionistas diagnósticos y terapéuticos de las arterias coronarias y corazón. Esta situación junto con el aumento de la morbi mortalidad producida por el aumento de la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares, la mala alimentación, el sedentarismo y el aumento de la esperanza de vida, ha hecho que tanto el cateterismo cardíaco como la angioplastia coronaria estén cada vez más presentes en nuestros hospitales.

El papel de enfermería es de vital importancia en ambos procedimientos. Así es, que la enfermera es la persona que recibe al paciente a su llegada al hospital para realizarse dichos procedimientos, lo acompaña en el mismo y lo recibe cuando finaliza, respondiendo a las necesidades de información que demande el paciente. Es necesario realizar los cuidados necesarios antes, durante y después de realizar las técnicas, así como detectar posibles problemas derivados de la misma.

Palabras clave:

Cateterismo cardíaco, Angioplastia, Enfermería, Educación sanitaria, Stent, Alta precoz.

Abstract:

The need to promote less invasive techniques that reduce the risks from surgery and shorten hospital stay, have led to the increase in interventional radiology diagnostic and therapeutic procedures in the coronary arteries and heart occurs. This along with increased morbidity and mortality caused by the increased prevalence of cardiovascular disease, poor diet, sedentary lifestyle and increased life expectancy has made both cardiac catheterization and coronary angioplasty are each again present in our hospitals. The nursing role is vital in both proceedings. So, the nurse is the person receiving the patient on arrival at the hospital for these procedures done, accompanies him on it and receive it when finished answering information needs that requires the patient. It is necessary to perform the necessary care before, during and after performing the techniques and potential problems arising from it.

Key words:

Cardiac Catheterization, angioplasty, nursing, health Education, stent, early discharge.

1. INTRODUCCIÓN

Tanto el cateterismo como la angioplastia permiten diagnosticar precozmente y tratar rápidamente la patología más prevalente de las arterias coronarias que es la reducción de flujo sanguíneo (estenosis), tanto en fases iniciales de la enfermedad coronaria, como en fases más avanzadas como angina e infarto. Nos permiten el diagnóstico rápido y el tratamiento efectivo en gran número de casos. Después del procedimiento diagnóstico (cateterismo) se suele realizar, si está indicado, el procedimiento terapéutico (angioplastia). De esta forma, constituyen la alternativa más eficaz a la tradicional cirugía, evitando al paciente las complicaciones de la misma, así como disminuyendo la estancia en el hospital y su correspondiente gasto sanitario.

El *cateterismo cardíaco (CTT)* es la técnica que estudia la morfología y funcionalidad de las arterias coronarias y aorta, las presiones de las cavidades cardíacas, el funcionamiento de las válvulas y valora el estado del músculo cardíaco. Permite descartar lesiones en las arterias coronarias y la severidad y extensión de las mismas. Estas lesiones pueden ser responsables de una angina de pecho (angor), infarto de miocardio o de una insuficiencia cardíaca, la evolución de las mismas puede ser imprevisible y mortal. Mediante Rayos X y por medio de un contraste yodado se obtienen imágenes de dichas estructuras. Por ello es necesario que el personal tome medidas de protección, así como descartar una posible alergia al contraste yodado por parte del paciente. Dicho procedimiento se realizará mediante la introducción de un catéter de forma percutánea y se desplaza por el trayecto vascular, con seguimiento

fluoroscópico. En el caso en el que el procedimiento sea también terapéutico, en este caso la técnica se llama angioplastia coronaria

El acceso del catéter puede ser arterial o venoso. Cuando el CTT se realiza por una arteria se llama “cateterismo izquierdo” y cuando se hace a través de una vena, “cateterismo derecho”. El CTT derecho está indicado especialmente para medir presiones pulmonares, acceder a válvulas cardíacas, biopsias en pacientes trasplantados de corazón y medir presiones a nivel de la aurícula y el ventrículo derecho. El acceso vascular más frecuentemente empleado para el CTT izquierdo es la arteria femoral y la radial; en el derecho la vena femoral y la basilica.

El estudio que se realice en el cateterismo adopta su nombre dependiendo del sitio anatómico que va a ser analizado: si se va a valorar la anatomía de las arterias coronarias (que es el más frecuente), el estudio se llama angiografía coronaria o coronario grafía, si se valora la arteria aorta: aortografía, en caso que se estudie la cavidad del ventrículo izquierdo entonces se designará como ventriculografía, etc.

Las complicaciones resultantes del mismo pueden deberse al deterioro de la función renal, alergia debida al contraste yodado o reacciones a la anestesia local. Los estudios cuantifican un riesgo bajísimo de muerte, 0,8 por cada mil; el riesgo de complicación embólica arterial con repercusión neurológica o sistémica en 0,6 por cada 1000 casos y el riesgo de infarto agudo de miocardio en el 0.3 por cada mil casos. Otras complicaciones son reacción vagal, arritmias severas y complicaciones cardíacas o vasculares durante la exploración (el paciente puede notar dolor o palpitaciones en el pecho y sensación de calor difusa). Las posibles complicaciones en el punto de punción son hemorragia externa o interna, hematoma local, infección local, fístulas arteriovenosas, pseudoaneurismas, disección u oclusión arterial y trombosis del vaso (más común a nivel radial por la dimensión del vaso). Es necesario que el paciente firme el consentimiento informado antes de la realización de la prueba y aclarar las dudas. Es necesario explicar que los beneficios derivados de la realización de esta prueba superan con mucho los posibles riesgos, ya que proporciona valiosísima información para el tratamiento del paciente.

La *angioplastia (ACTP)* Es la técnica para tratamiento de las lesiones estenóticas (reducción del flujo sanguíneo) y ateromatosas de las arterias coronarias. Se introduce un catéter a través de la arteria de abordaje, que en caso de tratamiento diagnóstico previo (cateterismo cardíaco) es la misma. El catéter se desplaza por el trayecto vascular hasta la arteria coronaria a tratar. Dicho catéter tiene un balón hinchable en la punta, que actuando sobre la lesión provoca un aumento del calibre del vaso lesionado y un mayor flujo de sangre a los tejidos previamente isquémicos.

En más del 90 por 100 de los casos la dilatación se realiza con éxito sin complicaciones mayores y con alivio o desaparición de los síntomas que presentaba el paciente antes del tratamiento. Algunas veces, en los meses que siguen al procedimiento puede desarrollarse una nueva estrechez en el mismo sitio de la dilatación (reestenosis). Si esto ocurre el cardiólogo puede recomendar una nueva dilatación u otra forma de tratamiento (médico o quirúrgi-

co). No puede olvidarse que la enfermedad coronaria es un problema crónico que además del control de los factores de riesgo cardiovascular (tabaco, colesterol, hipertensión....), puede precisar distintas formas de tratamiento en distintos momentos de la evolución del proceso. Las complicaciones graves son poco frecuentes, pueden ser infarto agudo de miocardio, riesgo de complicación embólica, insuficiencia cardíaca, shock cardiogénico, y en casos extremos, muerte.

Al igual que en el CTT cardíaco es necesario que el paciente firme el consentimiento informado antes de la realización de la misma.

2. MATERIAL Y PROCEDIMIENTO

El personal que se encarga de llevar a cabo dichos procedimientos son:

- Cardiólogo hemodinamista o Intervencionista.
- Radiólogo
- Enfermera circulante
- Enfermera instrumentista
- Auxiliar de enfermería
- Celadores

Tanto la angioplastia como el CTT se llevan a cabo en la sala del servicio de hemodinámica del hospital (Figura 1.). Es necesario que exista en el mismo:



▲ Figura 1. Sala de hemodinámica del hospital Virgen del Rocío.

- Un generador de Rayos X con arco que gira en plano transversal y desliza en plano longitudinal para obtener imágenes de diversas proyecciones.
- Equipo de fluoroscopia HD con captura digital de imágenes. Consola de ultrasonido intracoronario.
- Equipos para monitorización y registro de electrocardiograma y presiones, inyector de medio de contraste, máquina de anestesia
- Transductores de presión, para toma de presiones y lavado de catéteres
- Contraste yodado
- Heparina sódica, NTG y verapamilo
- Guías y catéteres
- Introduccion con válvula hemostática, necesarios para la inserción y cambio de catéteres, sin traumatismo ni sangrado de los vasos
- Guantes, guantes plomados y gasas

- Aguja de punción percutánea
- Set de bateas
- Jeringas 10,20 cc 2 cc... y cánula venosa.
- Guías y catéteres
- Catéteres de balón
- Sábanas y paños estériles
- Manómetro
- Paño de ojos

El paciente permanece consciente en ambos procedimientos. De hecho es necesaria su colaboración, indicándole que llene el pecho de aire, aguante la respiración o que respire ya después normalmente. Habrá un momento que el paciente note calor en el pecho o en los genitales, por la acción del contraste yodado

Colocado el paciente en la mesa de CTT y tras ser monitorizado, se desinfecta la zona de abordaje, y se prepara el campo estéril. A continuación se procede a la realización de la técnica siguiendo los pasos siguientes:

- Preparación, purgado y calibración de los transductores de presión, previa colocación de estos a altura medio auricular.
- Anestesia de la zona de acceso.
- Si se emplea la técnica modificada de Seldinger se realiza, la punción de la arteria seleccionada para CTT izquierdo y de la vena para CTT derecho.
- Introducción de la guía del introductor en la aguja de punción, se retira ésta, se enhebra el introductor con su dilatador. Se ve el segmento en que se encuentra la válvula hemostática que evita el sangrado retrógrado y permite la entrada de los catéteres empleados para el procedimiento, además de una vaina lateral para purgado y toma de muestras sanguíneas.
- Inserción de catéteres, previo lavado fisiológico, se avanzan a veces mediante guía hasta la cavidad cardíaca deseada, donde se purgan y conectan los sistemas de presión.
- Toma de presión intracavitarias. En caso de CTT derecho se obtienen presiones de aurícula derecha, ventrículo derecho, arteria pulmonar y capilar pulmonar. En el caso de CTT izquierdo de ventrículo izquierdo y aorta.
- Se lleva a cabo la inyección con el inyector de contraste a presión de la sustancia opaca (contraste) a los rayos X., de forma que se hace visible el interior de las estructuras



▲ Figura 2. Catéter con balón para angioplastia coronaria.

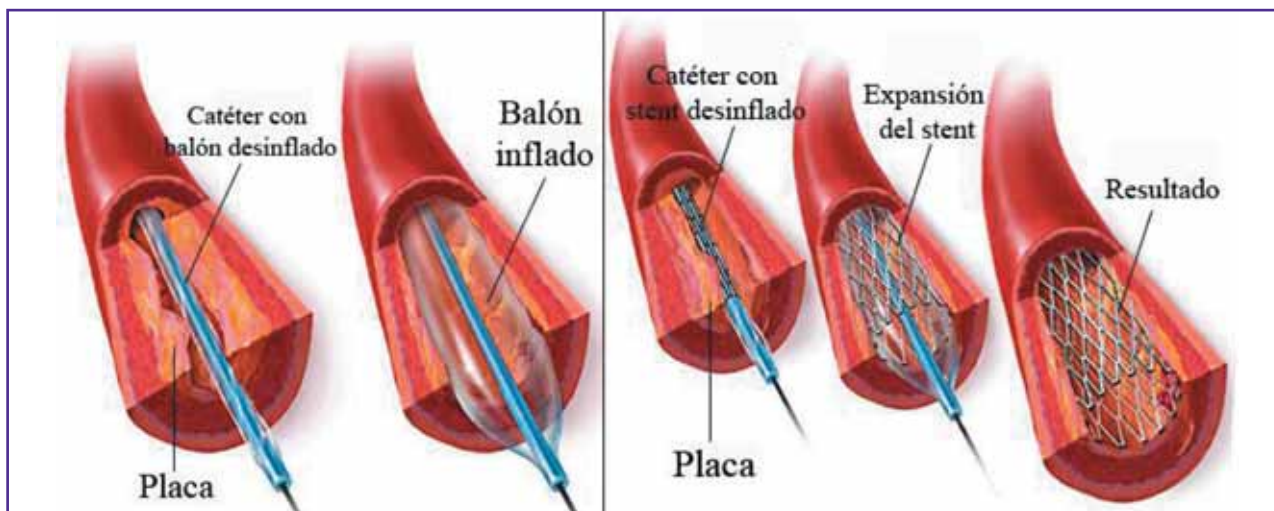
a estudiar en una imagen que se filma, pudiéndose apreciar los posibles estrechamientos del paso de sangre o las oclusiones completas del vaso. El estudio siempre se graba y se almacena para su análisis.

En el caso de la angioplastia coronaria por el interior del catéter se hace avanzar un balón hasta justo la estenosis de la arteria coronaria. El balón se hincha a presión durante unos segundos en la luz del vaso para liberar la estenosis y se retira. (Figura 2.) En la mayoría de los casos se coloca en la zona tratada una malla metálica (Stent), que quedará incorporada permanentemente a la pared arterial para evitar reestenosis. Durante el hinchado del balón el paciente puede notar dolor en el pecho de forma transitoria. La exploración no suele durar más de una hora y media. (Figura 3.) (Figura 4.)

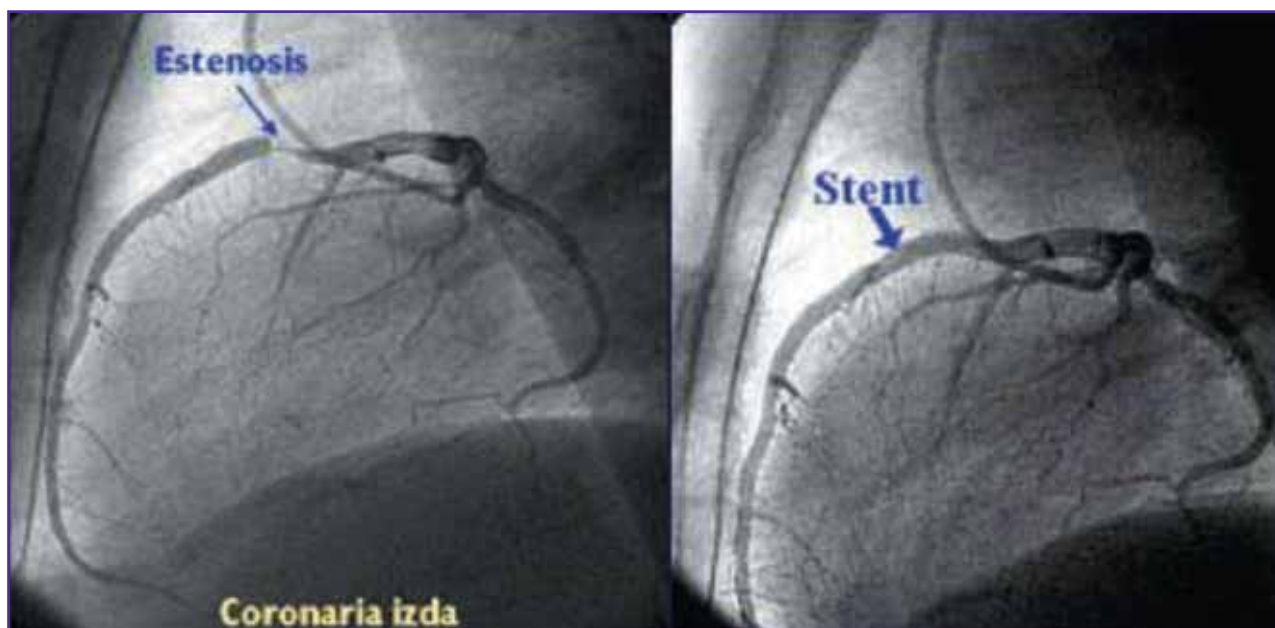
Una vez que el procedimiento finaliza, el catéter insertado se retira y es necesario realizar compresión en el lugar de punción del catéter.

Dependiendo del lugar de inserción del catéter, se puede utilizar diferentes métodos de compresión

- Si el acceso se realiza a **nivel radial** la compresión debe



▲ Figura 3. Colocación de un stent en una arteria con estenosis.



▲ Figura 4.

Estrechez (estenosis) en la arteria coronaria

Resultado de la angioplastia

mantenerse 4 horas. Si se usa la arteria braquial, la compresión se mantiene 6 horas. Cuando el acceso se realiza a nivel de la arteria radial, es necesario usar lo que se llama el coctail radial, además del anestésico (el más usado, midazolam). Dicho coctail está formado por heparina sódica (lo más común es usar 5000 UI) verapamilo y NTG. La heparina sódica se usa para evitar la aparición de trombos o evitar desplazar placas de ateroma por el torrente circulatorio. La NTG o verapamilo nos permiten dilatar la arteria, siendo más fácil el acceso del catéter sobre la misma.

En nuestro hospital se utilizan dos métodos de compresión a nivel radial:

- **Compresión manual.** Es la más utilizada, por su bajo coste. Consiste en la colocación de una torunda hecha con gasa en el punto de punción impregnada en yodo y tres tiras adhesivas (Tensoplast) de 10-14 CMS de larga. Encima de esta torunda se coloca una tira transversal adhesiva a la arteria y las otras dos en aspa, sin realizar vendaje circular para no impedir la circulación colateral. Es necesario que el paciente mantenga la mano sobre el pecho, hasta la retirada de la compresión.

Para retirar la compresión es necesario localizar y comprimir la arteria radial con una mano. Retirar las tiras adhesivas impregnadas en alcohol manteniendo la compresión. Disminuir la compresión y valorar sangrado o hematoma. Si no sangra, se coloca un apósito no oclusivo; y si sangra, colocar una nueva compresión y seguir valorando.

- **Compresión neumática: Pulsera neumática (TR-Band Terumo®):** Consiste en un kit que contiene una pulsera transparente que acopla un balón con una válvula unidireccional y una jeringa de 20ml que nos permite inflar el balón. La pulsera contiene un cierre de velcro para ajustarse a la muñeca. Tras la retirada manual de la vaina o introductor radial 2-3 cm., se coloca la pulsera Terumo® alineando el marcador verde, que está localizado en el centro del balón

de compresión, con el lugar de punción y se ajusta la cinta en la muñeca con el cierre ajustable.

Cuando se acopla el dispositivo hay que asegurarse de que el logotipo de Terumo® de la placa de soporte redonda está lo mas cerca del dedo meñique. La colocación varía si se utiliza el acceso vascular derecho o izquierdo. Para inflar el balón de compresión se debe inyectar el volumen apropiado de aire, un nominal de 13ml y un máximo de 18ml, usando el inflador de TR-Band (que se incluye en el kit). Una vez inflado el balón hay que terminar de retirar la vaina y confirmar que no hay ninguna hemorragia en el punto de punción. Si se observa sangrado, inyectar más aire (sin exceder de 18ml) hasta que cese (Figura 5.).

Para retirar la compresión radial TR Band se realizará de la siguiente forma:

- A la hora indicada por el servicio de hemodinámica se retiraran 2 CC de aire.
- A los 10 minutos se retiraran 4 CC de aire.
- A los 10 minutos se retirará completamente

Durante cada una de estas maniobras se observará el posible sangrado, en caso de sangrar volver a comprimir y repetir la técnica transcurrida una hora.

La elección de un método u otro es indiferente, no existen evidencias claras que determinen que las complicaciones a nivel de la punción sean menores. El más usado en nuestro servicio es la compresión manual, por su bajo coste. No obstante, la pulsera neumática se reserva en mayor medida a pacientes ancianos, frágiles que presenta una piel delicada, fina casi transparente, evitando así el levantamiento de la piel con las tiras adhesivas.

• Si el acceso se realiza a **nivel femoral**. El acceso femoral se usa sólo cuando el acceso arterial es imposible (no se localiza pulso radial), o en pacientes en diálisis renal o trasplantados de riñón. En el caso del acceso femoral, no es necesario usar otro tipo de medicación además del anestésico (midazolam, el más usado) debido a que el



▲ Figura 5. Pulsera neumática [TR-Band Terumo®] y colocación de la misma.

acceso femoral es una vía de gran calibre siendo innecesario medicamentos que dilaten la vía de acceso.

En nuestro servicio se utilizan dos métodos de compresión femoral:

- *Compresión manual*: El material empleado es el mismo que el usado en la compresión radial, salvo que las tiras adhesivas son más anchas y largas. En este caso usamos una torunda hecha con una compresa impregnada en yodo que se coloca en el lugar de inserción del catéter. Para comprimir dicha torunda se usan tres tiras adhesivas que van desde la parte posterior del muslo hasta la cresta ilíaca, pasando por la femoral. En el caso en el que el acceso sea venoso, la compresión se mantendrá 6 horas, y si por el contrario es arterial, será de 8 horas. La deambulación se aconseja a las 24h salvo en caso necesario, como mínimo esperar 8 horas.

- *Dispositivos hemostáticos*: El usado en nuestro servicio es el *tapón de colágeno Angio Seal*. Consiste en la utilización de un dispositivo hemostático de cierre de la punción con un tapón de colágeno. Estos permiten retirar el inductor al finalizar el procedimiento sin precisar de compresión manual o mecánica. Colocado el tapón se tapa con un apósito oclusivo sin someterlo a presión para no desplazar el tapón de colágeno. Se revisa a las 4 horas por si sangra o si hay hematoma. En el caso en el que no exista complicación se destapa y el paciente puede empezar a moverse. Hay que tener la precaución que en arterias selladas con este método no pueden volver a punzarse hasta pasados 90 días, para garantizar la reabsorción del tapón. La mayor ventaja de este tipo de compresión es la precoz movilización del paciente y el mayor inconveniente, su alto coste. Por esta razón el método más utilizado en nuestro servicio es la compresión manual

2. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CTT Y LA ACTP

CAUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTES DEL PROCEDIMIENTO

a) Preparación física del paciente

- A su llegada a la planta, el paciente es recibido por el profesional de enfermería, que lo acompaña a la habitación y cama asignadas.
- Medidas de higiene:

- Higiene corporal: ducha (si es posible) o aseo.
- Rasurado de la zona de punción: desde la zona umbilical hacia las rodillas, rasurar unilateralmente la zona de las femorales derecha e izquierda y el antebrazo derecho e izquierdo. Esto se debe a que normalmente el abordaje del procedimiento se introduce de forma percutánea (punción vascular con anestesia local) dependiendo de la permeabilidad del vaso y de la anatomía del paciente pero normalmente se utiliza la arteria femoral común o la arteria radial. Si es hombre se llamará al barbero. Si es mujer lo hará el auxiliar de enfermería.
- Se canaliza una vía periférica, a ser posible del número 18, con llave de tres pasos con alargadera larga. En brazo izquierdo a ser posible, y de antebrazo hacia arriba, nunca en la mano o muñeca, para facilitar el acceso vascular para introducción del catéter. Se extrae una analítica de sangre.

En la mayoría de los casos, sobre todo en pacientes diabéticos y pacientes renales es necesario instaurar una preparación como medida de protección renal ante el contraste, llamada nefroprotección. Existen muchas variantes de dicha preparación, pero lo común en todas es la administración de bicarbonato en suero 250 CC en la hora previa al procedimiento, y de 500 CC en las 6 horas posteriores. La elección de una u otra preparación dependerá de las patologías de base del paciente y del médico que lo prescribe.

- Retirar prótesis (dentaduras, lentes de contacto,...etc.)
- Retirar joyas, maquillaje, laca de uñas etc....
- Toma de constantes vitales, TA y pulso. Anotar en gráfica.
- Peso y talla. Anotar en gráfica.
- EKG de superficie.
- Mantener al paciente en ayunas desde las 24h. del día anterior a la intervención, si ésta se realiza durante el turno de mañana. En el caso que la intervención se realizase en el turno de tarde, el paciente podrá tomar un desayuno ligero y a partir de entonces se quedará en ayunas.

b) Medicación.

- Tomará su tratamiento prescrito, incluso la misma mañana del procedimiento, con pequeños sorbos de agua.
- Pacientes *diabéticos*: No poner dosis de insulina de la mañana. Cuando regrese del estudio se le hará un control

de glucemia y se consultarán pautas a seguir. Los paciente que tomen antidiabéticos orales se suspenderán y se controlarán con pautas de insulina regular, según BM test. De esta forma se facilita su control glucémico y evita en el caso del diamben, aumentar la toxicidad por el contraste yodado, en especial la nefrotoxicidad.

- Pacientes *anticoagulados*:

i- a) Sintrom (o aldocumar): Suspender el sintrom 2 días antes del procedimiento. Extracción de sangre para determinar el INR el día previo a la técnica.

ii- b) Con heparina intravenosa (IV): avisar a la Unidad de Hemodinámica que el paciente está con este tratamiento, seguir instrucciones específicas del médico para cada caso.

iii- c) Con heparina subcutánea (SC): en pacientes estables, se suspende la dosis de Heparina subcutánea la misma mañana del cateterismo y se reanuda o no, según prescripción específica postcateterismo.

En pacientes inestables y previa consulta a hemodinámica por su médico, puede continuar el tratamiento sin interrupción previa al cateterismo de heparina subcutánea, siendo fundamental comunicar esta situación el día previo a hemodinámica, así como el registro en observaciones de enfermería de la dosis y hora de su administración, en especial la previa al cateterismo. Es necesario informar de esta situación al servicio de hemodinámica porque durante el procedimiento se administran importantes dosis de heparina para evitar la aparición de coágulos sobre la arteria o sobre el stent.

- Antiagregantes plaquetarios (aspirina, Iscover o Plavix, Reopro o Agastat): Estos tratamientos no se suspenden antes del cateterismo. En muchas ocasiones es necesario dar dosis extras (lo más común en nuestra planta, plavix 300 MG) el día previo al procedimiento, sobre todo si el paciente no lo tomaba anteriormente.

c) Preparación psíquica del paciente:

- Información de enfermería

- Tranquilizar al paciente

- Explicarle que la técnica no es dolorosa y se aplica anestesia local.

- Enseñar al paciente a respirar (inspiraciones profundas y retener el aire ya que durante el estudio lo hará repetidas veces) es muy importante su colaboración.

- Durante la ventriculografía el paciente notará un fuerte calor por el contraste que se extenderá incluso hacia los genitales, llegando a presentar sensación de orinar, pero esto pasa en pocos segundos. Es necesario dar esta información para que no se asuste en este momento.

- Generalmente el paciente la noche anterior recibe una dosis de tranquilizante, para evitar insomnio o nervios la noche previa al procedimiento. Si recibe algún tratamiento justo antes de ir al procedimiento en la Unidad de hospitalización, es necesario comunicarlo.

- Comprobación del paciente. Nombre, apellidos y habitación de la que procede. Conocer historia y diagnóstico médico para conocer enfermedades subyacentes, medicación administrada (sobre todo la dosis de antiagregante plaquetario, plavix), alergias, peso y talla. Comprobar la última analítica (creatinina, hemoglobina...)

- Comprobar permeabilidad de la vía de acceso venoso que porta el paciente.

- Valorar conocimientos del paciente acerca del procedimiento y su estado emocional para reducir la ansiedad producida por ambiente desconocido, procedimiento... Para ello la enfermera deberá aclarar todas las dudas acerca del procedimiento, proporcionándole seguridad y bienestar. Administrar ansiolítico previo al procedimiento.

- Verificar la correcta preparación física del paciente. (Ayunas, rasurado de zonas de acceso, retirada de prótesis...)

- Comprobar la puesta en marcha de sistemas y aparatos.

- Evitar radiación innecesaria del paciente. Adecuar dosis según peso. Colocar protectores gonadales en niños y mujeres en edad de procrear.

- Preparar al paciente en la mesa de exploraciones. Realizar EKG de 12 derivaciones. Toma de constantes vitales y saturación de O₂.

- Controlar EKG, TA, FC Y SAT. O₂ s/n. Vigilar color y temperatura de la piel. Nivel de conciencia. Vigilar ritmo de fluidoterapia. Vigilar reacción alérgica y administrar medicación prescrita.

- En caso de pacientes diabéticos seguir la prescripción médica para el control de glucemia digital y administración farmacológica. Valorar signos y síntomas de alteraciones de la glucemia (alteración del estado de conciencia, sudoración, etc.)

- Preparación del campo quirúrgico estéril e instrumentación siguiendo las normas universales.

- Comprobación y determinación del acceso arterial. Comenzar con arteria radial derecha determinando el pulso en la misma con el TEST DE ALLEN (verificación del relleno capilar comprobando el tiempo que tarda en revascularizar la palma de la mano al comprimir y descomprimir la arteria radial). Si en la arteria radial derecha no se aprecia, se comprueba en la izquierda. Si por el contrario tampoco es posible, el acceso se hará por la arteria femoral derecha.

- Colaborar en las técnicas que conformen el desarrollo del procedimiento, como administración de contraste, medicación, introducción de guías etc., Obtención de muestras sanguíneas. Purgado y lavado continuo de catéteres y guías para evitar obstrucción de catéteres y trombo embolismos.

- Control hemostático de la zona de punción. Realización de la hemostasia por técnica manual, mecánica o con dispositivos hemostáticos. Colocación de apósitos compresivos según protocolo. Valoración de la zona de punción (sangrado, hematoma, dolor, calor...) y de la extremidad afecta mediante pulsos, color, temperatura y llenado capilar.

- Realizar registros de enfermería. Cumplimentar registros planificados de constantes vitales y todo cuidado admi-

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DURANTE EL PROCEDIMIENTO

La enfermera llevará a cabo lo que denominamos CHECKLIST:

nistrado durante el procedimiento. Elaborar informe de cuidados post para las enfermeras de hospitalización.

- Educación sanitaria. Proporcionando información oral y escrita acerca de los cuidados a seguir, para evitar complicaciones posprocedimiento. Informar sobre hábitos saludables.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

Al llegar a la unidad:

- Revisión del tratamiento clínico, que vendrá con el paciente e información del transcurso de la técnica. Para ello el servicio de hemodinámica nos envía una hoja protocolizada donde nos indican todos los datos de la técnica realizada. Si la técnica ha sido diagnóstica o se ha colocado stent, la analgesia prescrita, lugar de punción, hora concreta para retirar la compresión, etc. (Figura 6.)

Hoja de enfermería con los siguientes datos:

- HUEU: Virgen del Rocío**
- Hospital General**
- Unidad de Hemodinámica**
- Fecha: 21-1-14**
- HOJA DE ENFERMERÍA**
- TÉCNICAS REALIZADAS:**
 - CATETERISMO DIAGNÓSTICO: ☐
 - ACTP: ☒ ADA: ☒ STENT: 2
 - ACX: ☐ STENT: ☐
 - ACD: ☐ STENT: ☐
- OTRAS:** ☐
- ABORDAJE:**
 - FEMORAL: ☐ DERECHO: ☐ IZQUIERDA: ☐
 - RADIAL: ☒ DERECHO: ☒ IZQUIERDA: ☐
- MEDICACIÓN ADMINISTRADA:** Morfina 2.5mg i.v., COXAR 100mg (500mg/kg), 2.5g Aspirina, 300mg Nitroglicerina
- EVOLUCIÓN DEL PACIENTE:** SatO2 = 97%, Fc = 69b/m, TA = 119/69 mmHg
- SISTEMA DE HEMOSTASIA UTILIZADO:**
 - COMPRESIÓN MECÁNICA: ☒ Retirar a las 14:00 horas.
 - PARCHES HEMOSTÁTICOS: ☐ Retirar a las horas.
 - OTROS SISTEMAS DE CIERRE: ☐ Retirar a las horas.
- OBSERVACIONES:**

Por nuestra parte, el paciente se puede movilizar a partir de las horas.

VIGILAR ZONA DE PUNCIÓN POR RIESGO DE SANGRADO Y/O HEMATOMA

▲ Figura 6. Hoja de enfermería usada por el servicio de hemodinámica.

- Revisar el lugar de punción (habitualmente radial o femoral) para vigilar un posible sangrado y/o hematoma se comprueba que la compresión es correcta, si durante el traslado ésta se altera proceder a realizar nueva compresión.
- Si hubiese hematoma, además de comprimir a mano, se pintará el borde del mismo para poder comprobar si éste aumenta de tamaño. (Avisar a su médico y a la unidad de hemodinámica).
- Palpar pulsos pedios o radiales y observar coloración de la extremidad afectada. En caso de abordaje femoral, la cama no de incorporarse más de 20°, sólo para comer. No moverá la pierna hasta retirar la compresión.

- Control de constantes (pulso, TA, punto de punción, pulso pedio o radial en su caso) al llegar a la unidad y a título orientativo, c/15 minutos la 1ª hora c/30 minutos la 2ª hora, después los controles del paciente serán a criterio de enfermería. Anotar en registros de enfermería hora de llegada del cateterismo.
- Hacer EKG, necesario sobre todo en el caso de angioplastia coronaria.
- Indicar al paciente y familia la conveniencia de avisar a enfermería si se nota alguna molestia.
- Cuando aparece dolor en la zona de punción, valorar intensidad del mismo, revisar compresión y en caso necesario utilizar analgesia.
- No flexionar nunca la rodilla de la pierna afectada por la compresión, generalmente la derecha ya que se aflojarían los vendajes y la arteria sangraría (en caso de que el abordaje se halla realizado por la arteria o vena femoral)
- En caso de que la compresión la presente en la muñeca, se le indicará al paciente que no haga esfuerzos con la misma, manteniéndola en reposo sobre el tórax. Es importante que el paciente mueva los dedos, alternando los mismos, sin llegar a mover la muñeca facilitando la posterior movilidad de la misma.
- Para poner la cuña solo elevar la pelvis apoyando su pierna izquierda (siempre que el cateterismo se halla realizado en la pierna derecha).
- Aconsejar mantenerse 2 horas en ayunas tras la llegada de la prueba. Posteriormente aconsejar beber pequeños cantidades de agua repetidamente. Tras la tolerancia hídrica, iniciar dieta blanda en el caso de que no aparezca náuseas o vómitos. Aconsejar al paciente que ingiera abundantes líquidos como medida de protección renal ante el contraste usado.
- Vigilar diuresis si no orina o si existiese globo vesical, valorar sondaje vesical. Es normal la poliuria.
- Es común presentar náuseas o malestar intestinal horas después del procedimiento, debidos en mayor medida por el contraste yodado utilizado.
- En caso de dolor precordial anginoso: Valorar el dolor y su repercusión general (sudoración, frialdad,...). Hacer EKG y tomar constantes. Si la TA sistólica es mayor a 110 administrar nitroglicerina sublingual. Avisar a su médico y en caso necesario al servicio de hemodinámica.

La retirada del vendaje compresivo

- El vendaje compresivo femoral manual se retira aproximadamente a las 8 horas del cateterismo, si el acceso ha sido arterial y 6 horas si por el contrario el acceso ha sido venoso. Si se utiliza el tapón de colágeno Angio Seal el apósito oclusivo se retirará a las 4 horas.
- La compresión radial se mantendrá 4 horas. Estos pacientes pueden estar incorporados en la cama
- En ambos casos, la compresión puede prolongarse en caso de problema. Si existe duda, es necesario consultar con médico o hemodinamista.
- Nunca prolongar el tiempo de compresión por coincidir la retirada de la misma con las horas de sueño del paciente, pues una compresión excesiva puede provocar decúbitos e incluso lesiones vasculares importantes.
- Es aconsejable para retirar el apósito mojándolo con alco-

- hol, se despegará más fácilmente sin erosionar la piel.
- Cuando se retira la compresión es necesario comenzar la vigilancia, al principio c/15 minutos e ir prolongando los tiempos según valoración de enfermería. Colocar apósito en el punto de punción.
 - A las 6 horas como mínimo de haber realizado la técnica, es necesario realizar una analítica de control. En angioplastias, añadir determinaciones de hemograma, CPK y troponina T.
 - Si previamente estaba con anticoagulante IV instaurar estos según prescripción facultativa.
 - Si hubiese hematoma consultar con su médico antes de instaurar anticoagulantes.

3. PLAN DE CUIDADOS SEGÚN LA TAXONOMÍA NANDA, NIC Y NOC EN LOS PACIENTES QUE VAN A SOMETERSE A CTT Y ACTP

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

1.00146 ANSIEDAD

R/c cambio en el estado de salud y en el entorno.
M/p inseguridad, preocupación, nerviosismo, miedo a consecuencias inespecíficas y dificultad para conciliar el sueño.

Noc (resultados): 1402 Control de la ansiedad
Nic (intervenciones): 5820 Disminuir la ansiedad.
7310 Cuidados de enfermería al ingreso.
1850 Fomentar el sueño
5618 Enseñanza de procedimientos

2.00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA

R/c malestar o dolor, miedo a iniciar el movimiento
M/p dificultad para realizar las actividades de auto cuidado

Noc: 0202 Nivel de movilidad
Nic: 1801 Ayuda con los autocuidados, baño/higiene
1804 Ayuda con los autocuidados: aseo (eliminación)
400 Manejo del dolor

3.00004 RIESGO DE INFECCIÓN

R/c procedimientos invasivos

Noc: 0703 Estado infecciosos
Nic: 2440 Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV)
244008 Mantener vendaje oclusivo.
244014 Observar si hay signos y síntomas asociados a infección.
244014 Heparinizar vía periférica
6540 Control contra infecciones
6550 Protección contra las infecciones

4.00206 RIESGO DE SANGRADO

R/c procedimientos invasivos
Noc: 1902 Control del riesgo
Nic: 4160 Control de hemorragias
4010 Precauciones de hemorragias

5.00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (sobre su régimen terapéutico)

R/c limitación cognitiva
M/p seguimiento inexacto de las instrucciones
Noc: 1813 Conocimientos del régimen terapéutico
Nic: 5602 Enseñanza del proceso de la enfermedad
5616 Enseñanza: medicamentos prescritos
6650 Vigilancia
7370 Planificación al alta.

4. CONCLUSIONES

La calidad integral de la atención sanitaria supone un proceso de planificación que garantice la eficacia de las intervenciones desde el mismo momento que se establece contacto con el paciente que va a ser sometido a procedimientos radiológicos intervencionistas hasta la finalización del mismo y posterior alta del paciente. Dicha planificación permite llevar a cabo unos cuidados de calidad permitiendo la mayor satisfacción del paciente y el menor número de días de ingreso hospitalario.

Bibliografía:

1. Smeltzer S.C. y Bare B.G.: "Enfermería médico-quirúrgica". 9ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana Madrid, 2002.
2. Popma J. Coronary arteriography and intravascular imaging. En: Libby P, editor. Braunwald's heart Disease. 8ª ed. Philadelphia: Elsevier; 2008. p. 465-500.
3. Galimany Masclans J, Díaz Rodríguez S, Pernas Canadell JC. Cuidados de enfermería al paciente sometido a cateterismo cardíaco y angioplastia. Enferm Cardiol. 2010; Año XVII(49):70-73
4. Yagüe Sánchez JM. Caso clínico: Cateterismo cardíaco y enfermera referente: Dos caras de una misma moneda. Enferm Cardiol. 2010; Año XVII(49):47-52.
5. Protocolos de enfermería de la unidad de hemodinámica del hospital Virgen del Rocío de Sevilla.
6. Navarro Pérez LA, Gil Ambrosio B, Aranda Nevado MC, Muñoz Castro C, Lozano Marote E, Gea Valero M, Bacaicoa Parrado P, Díaz Herrera V, Porcel Arrebola E, Rebollo Lozano C. Comparación de los métodos de compresión de la arteria radial tras cateterismo cardíaco/ACTP, realizado en nuestro hospital. Enfermería en Cardiología N° 47-48 / 2.º - 3er cuatrimestre 2009: 43-46.
7. Luis S Díaz de la Lleraª, J.A. Fournier Andray. Deambulacion precoz tras cateterismo cardíaco con 6 Fr Angio-Seal, un nuevo dispositivo hemostático de cierre de la punción percutánea. Rev Esp Cardiol. 2001;54:1406-10. - Vol. 54 Núm.12.
8. www.nlm.nih.gov/health-spanish/health-topics/temas/angio/during.html
9. www.cardioba.es/archivos/paciente/saber/que_es_una_angioplastia_coronaria.pdf

LA TÉCNICA V.A.C

- Julia Franco Navarro¹
- Manuel Alejandro Campos Gómez¹
- Raquel Gutiérrez Rivero²

1. Diplomado/a en Enfermería. Diplomado/a en Podología.

2. Diplomada en Enfermería

Resumen:

La cicatrización de las heridas requiere una serie de procedimientos, que en algunos casos son muy costosos, bien por los medios necesarios para llevarla a cabo como porque se prolongue en el tiempo la cicatrización. En estos casos en que la cicatrización es dificultosa se ha puesto en práctica la terapia VAC o terapia de presión negativa, demostrando reducir el tiempo de cicatrización y favoreciendo el cierre de las heridas. Además de explicar en qué consiste la terapia VAC, se presenta un plan de cuidados estandarizados para un paciente que precise de este tipo de terapias con diagnósticos de enfermería.

Abstract:

Wound healing requires a series of procedures, which in some cases are very expensive, good for the means to carry it out as it will take a long time healing. In these cases it is difficult healing was implemented VAC therapy or negative pressure therapy, demonstrating reduce healing time and promoting the healing of wounds.

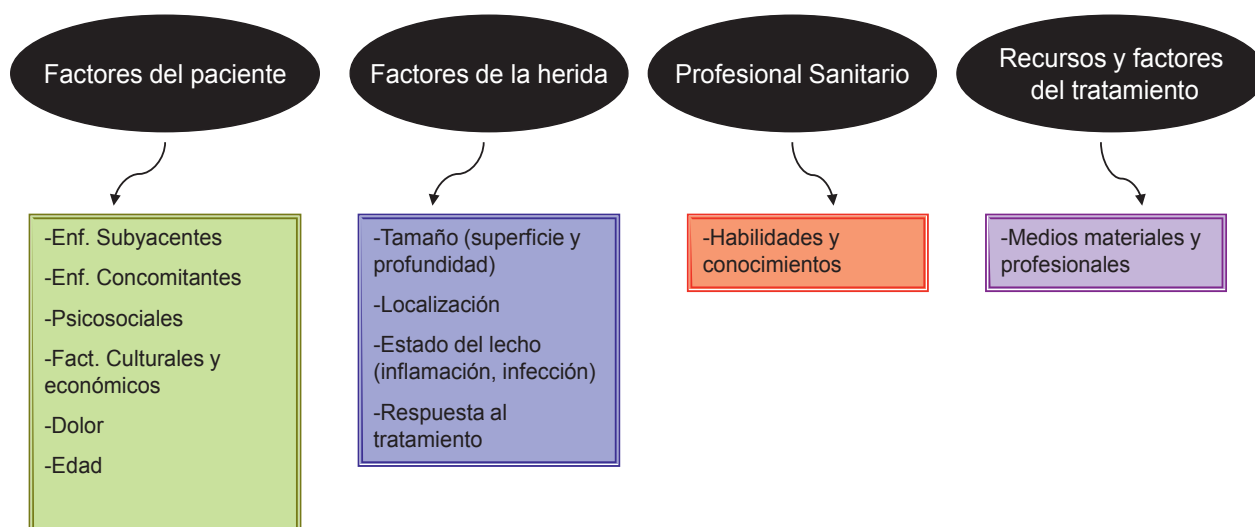
In addition to explaining what VAC therapy, presents a standardized care plan for a patient in need of such therapy nursing diagnoses.

INTRODUCCIÓN

Cuando un agente exterior provoca una interrupción de la continuidad de la piel, se lleva a cabo un proceso que se conoce como cicatrización. La cicatrización de las heridas sigue habitualmente una secuencia previsible, pero en algunos casos se prolonga el proceso de cicatrización o no llega a conseguirse nunca.

El proceso de la cicatrización es el resultado de una interacción compleja entre los factores del paciente y de la herida, el tratamiento empleado y las habilidades y conocimientos de los profesionales sanitarios.

Factores que influyen en la complejidad y dificultad de cicatrización de una herida



▲ Gráfico 1

La tarea de los profesionales sanitarios es instaurar las estrategias terapéuticas eficaces en el momento oportuno y de la manera más efectiva al menor coste, para reducir la complejidad de la herida, tratar los síntomas y conseguir la cicatrización. Hay que realizar una valoración inicial meticulosa y una evaluación repetida del tratamiento para identificar los factores que contribuyen a la complejidad de una herida y evaluar el estado potencial en que se encuentran.

En el inicio de la cicatrización, las diversas células que componen la piel producen inicialmente citoquinas, que les permiten comunicarse entre ellas, con el fin de eliminar los elementos externos y reconstruir el tejido alterado. La eliminación del agente responsable, de los residuos necróticos y de los elementos infecciosos secundarios eventualmente presentes es indispensable antes de que el proceso de cicatrización pueda llevarse a cabo de forma normal. Durante el proceso de cicatrización, se producen una serie de etapas en las que no existe una separación clara entre fases, que son:

- Fase hemorrágica, hemostática y de coagulación: se produce una pérdida de sustancia en el interior de la dermis con hemorragia y seguida de vasoconstricción.
- Durante esta fase se lleva a cabo una hemostasia y coagulación interviniendo durante el proceso eritrocitos y plaquetas.
- Fase inflamatoria precoz: durante el que se produce un edema intersticial con eliminación de agentes infecciosos, provocándose desbridamiento de la zona y desdiferenciación.
- Fase inflamatoria tardía: se produce migración celular.
- Fase proliferativa: en la que se lleva a cabo una proliferación-queratinización de la zona, provocándose síntesis de matriz, fibrinogénesis y angiogénesis y formación de tejido de granulación.
- Maduración y remodelamiento: se produce un equilibrio entre síntesis y degradación, prolongándose durante más de un año.
- Epitelización.

Todo este proceso se desarrolla en un intervalo de tiempo determinado. Toda herida cuya cicatrización se retrasa o que no cicatriza correctamente o en absoluto, o incluso aumenta de tamaño, se considera una herida crónica. Para el tratamiento de heridas en este estado de cronicidad se han desarrollado muchas técnicas y tratamientos entre las que se encuentra la terapia VAC o terapia de presión negativa.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

Para el tratamiento de las heridas crónicas o dehiscencias quirúrgicas se ha demostrado que la terapia con presión negativa reduce el tiempo de hospitalización, los costosos procedimientos en quirófano para implantar colgajos e injertos, los desbridamientos repetitivos y los reingresos. La terapia VAC o terapia de presión negativa es un sistema de vacío cuyas propiedades son: estimular la proliferación celular y aparición de tejido de granulación (para poder

cerrar uniformemente la herida), aproximar de forma mecánica los bordes de la herida, disminuyendo el volumen de la misma, controlar el edema perilesional y el exudado de la herida, aumenta el flujo sanguíneo local y disminuye los índices de colonización bacteriana.

La terapia con presión negativa consiste en la aplicación de presión subatmosférica local a una herida. Es un sistema que promueve la cicatrización y que se ha agregado a otras opciones terapéuticas, en el cuidado de heridas. Se basa en la colocación de una espuma hidrófoba de poliuretano en la herida, que se sella en todos sus bordes; posteriormente se inserta un tubo que se conecta a un contenedor, conectado a su vez a la bomba de vacío con un receptáculo de 250 a 500ml. Esta bomba puede programarse a diferentes presiones, incluso puede cambiar a terapia continua a intermitente para estimular el tejido de granulación.

MATERIALES

En la terapia VAC se utilizan una serie de desechables exentos de látex, envasados estériles y de un solo uso.

- Apósitos de esponja especializados
 - VAC® GranuFoam: esponja de poliuretano de color negro con poros abiertos, hidrófobo, que se utilizan para estimular el tejido de granulación y contracción de la herida.



- VAC GranuFoam Silver®: igual que el anterior pero con plata metálica para conseguir un efecto antibacteriano potencial.



- Apósito VAC® WhiteFoam: esponja blanca de alcohol polivinílico, densa de poro abierto con una resistencia a la tracción elevada para utilizar en túneles y áreas con pérdida de sustancia. Es hidrófilo, prehumedecido con agua estéril y evita la adherencia a la base de la herida. Se recomienda para controlar el crecimiento del tejido de granulación dentro de la esponja o cuando el paciente no tolera el VAC GranuFoam. Con este apósito se debe usar mínimo 125mmHg de presión.



- Almohadilla Sensa TRAC®: conecta la esponja con el contenedor.



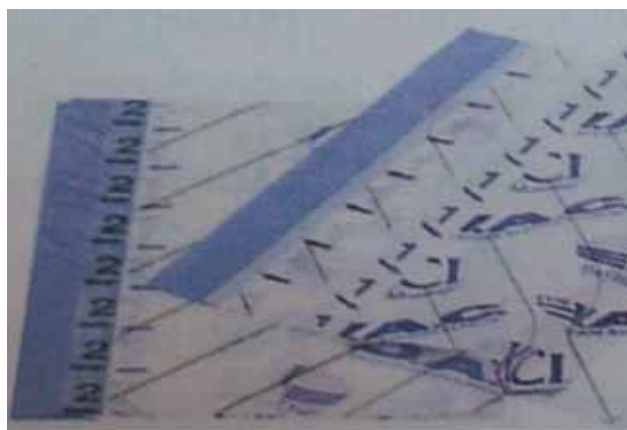
- Contenedores VAC: 250-500ml (receptáculo para el contenido aspirado).



- Unidad VAC® Therapy.



- VAC® Drape: para cubrir el apósito de esponja.



METODOLOGÍA

Para la aplicación de la terapia VAC hay que preparar previamente el lecho de la herida que incluye desbridamiento – si es necesario-, el tratamiento de la infección o, en su caso, de la inflamación, y el uso de apósitos adecuados para controlar el exudado. (Imagen 1).

1. Preparar la herida: desbridando las escaras o esfacelos, limpiando la herida con Suero Fisiológico y consiguiendo hemostasia.
2. Preparar la zona: limpiando y secando el tejido circundante y protegiéndolo si es frágil o excoriado.
3. Aplicación del apósito VAC®: cortando el apósito según las dimensiones de la herida y colocándolo en la cavidad, cubriendo la base y los laterales, túneles y zonas con pérdida de sustancia.
Se pueden unir varias esponjas si la herida es de mayor

tamaño siempre que los bordes adyacentes estén en contacto entre sí.

4. Preparación del VAC® Drape: este apósito debe cubrir la esponja, dejando un borde de 3-5cm de piel intacta circundante. Realizar un agujero de 1-2cm que permita el paso de líquido a través del apósito.

5. Aplicación de la almohadilla Sensa TRAC®: se coloca directamente sobre el orificio de la lámina selladora y verificar adhesión.

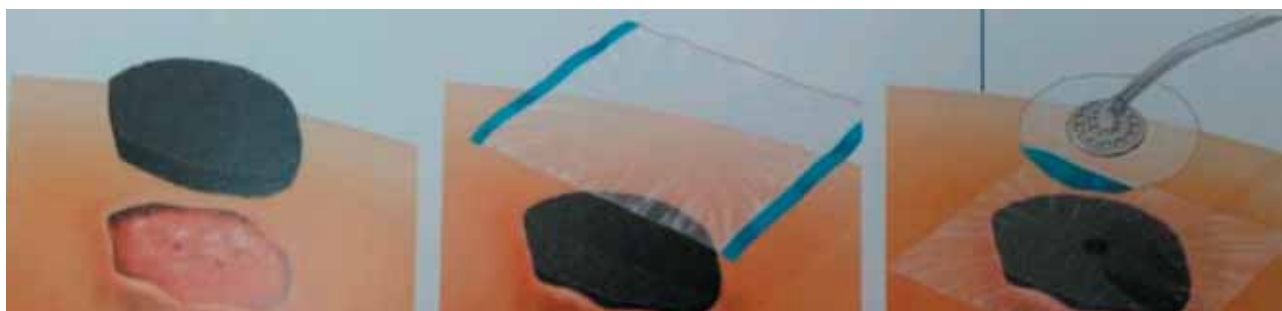
Cambio de apósitos cada 48/72 h.

Advertencias: se deben tomar precauciones en

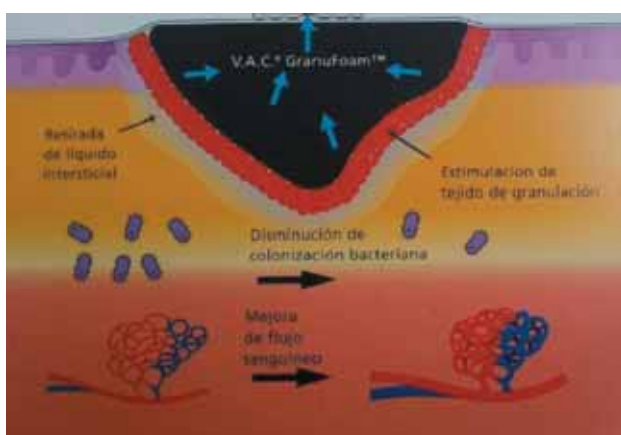
- Hemorragia activa
- Hemostasia difícil de la herida
- Paciente sometido a tratamiento anticoagulante
- En presencia de fragmentos óseos o bordes afilados.

MECANISMOS DE ACCIÓN

Los fundamentos científicos de VAC® Therapy se basan en la Macrotensión y la Microtensión. (Imagen 2).



▲ Imagen 1



▲ Imagen 2

- Indicaciones:
- Heridas crónicas abiertas
- Úlceras diabéticas
- Úlceras por presión
- Heridas agudas y traumáticas
- Colgajos e injertos
- Heridas dehiscentes
- Quemaduras de grosor parcial

Contraindicaciones:

- Malignidad en la herida
- Osteomielitis no tratada
- Fístulas no entéricas o inexploradas
- Tejido necrótico con presencia de escaras
- Vasos visibles o comunicación a órganos
- Estructuras vitales expuestas (tendones, ligamentos, sitios anastomóticos, órganos o nervios).

- Macrotensión: es la alteración visible que se produce cuando la presión negativa contrae el apósito de espuma de poros abiertos VAC, aproxima los bordes, elimina el exudado, reduce el edema y favorece la perfusión.
- Microtensión: se produce a nivel de las células y provoca su estiramiento debido al contacto de la espuma de poros abiertos VAC con el lecho de la herida, provocando la migración de los fibroblastos a la zona de la herida, el aumento de la proliferación con la formación rápida de tejido de granulación y formación de nuevos vasos sanguíneos.

PLAN DE CUIDADOS

A la hora de realizar un plan de cuidados estandarizados en pacientes en tratamiento con terapia VAC, debemos diferenciar tres tipos de problemas: (Gráficos 2 y 3).

- Problemas de Colaboración (PC): son problemas de salud reales o potenciales en los que el usuario requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y de control prescritas por otro profesional, generalmente el médico. Son situaciones relacionadas con la patología. La enfermera es responsable de su actuación, pero la responsabilidad del resultado final y el control de la situación y la autoridad para determinar las intervenciones que deben llevarse a cabo recaen sobre el profesional con el que colabora.
- Problemas de Autonomía (PA): la autonomía es la capacidad física e intelectual de la persona que le permite satisfacer sus necesidades básicas, mediante acciones realizadas por ella misma. Cuando el usuario carece de la capacidad física o intelectual necesaria, el agente de autonomía realiza por él ciertas acciones encaminadas a satisfacer las necesidades susceptibles de cierto grado de suplencia.
- Problemas de Independencia: la independencia es el nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para

<i>Indicación</i>	<i>Definición del tratamiento</i>	<i>Tipo de esponja</i>	<i>Apósito interpuesto no adherente</i>	<i>Consideraciones especiales</i>
Heridas agudas o traumáticas	Continuo primeras 48h; intermitente el resto del periodo terapéutico	GranuFoam®, a menos que se indique lo contrario	Precaución con apósitos V.A.C.® con tendones, nervios, órganos y vasos sanguíneos expuestos. No utilizar V.A.C.® Therapy™ con órganos y vasos expuestos	Tratamiento por especialista
Heridas abdominales	Continuo todo el tratamiento	GranuFoam® en heridas superficiales y apósitos específicos en heridas profundas	Con intestino expuesto, usar un apósito específico o un apósito interpuesto no adherente de malla fina para cubrirlo	Tratamiento por especialista
Heridas esternales	Continuo todo el tratamiento	GranuFoam®, a menos que se indique lo contrario	Usar apósito interpuesto no adherente de malla fina sobre el corazón u órgano expuesto	Tratamiento por especialista
Úlceras por decúbito (de espesor completo)	Continuo primeras 48h; intermitente el resto del periodo terapéutico	GranuFoam®, a menos que se indique lo contrario	No suele ser necesario	Valorar etiología y factores subyacentes.
Úlceras de las extremidades inferiores	Continuo primeras 48h; intermitente el resto del periodo terapéutico	GranuFoam®, a menos que se indique lo contrario	No suele ser necesario	Valorar etiología y factores subyacentes.
Úlceras en el pie diabético	Continuo primeras 48h; intermitente el resto del periodo terapéutico	GranuFoam®, a menos que se indique lo contrario	No suele ser necesario	Valorar etiología y factores subyacentes.
Heridas infectadas	Continuo todo el tratamiento	GranuFoam®, a menos que se indique lo contrario	Cubrir órganos y vasos sanguíneos expuestos con apósito interpuesto no adherente de malla fina	Cambiar los apósitos cada 12-24h.
Otras Heridas en el postoperatorio	Intermitente, una vez estabilizados los niveles de exudado	GranuFoam®, a menos que se indique lo contrario	Cubrir órganos y vasos sanguíneos expuestos con apósito interpuesto no adherente de malla fina	No apósitos de esponja sobre órganos y vasos sanguíneos
Injertos mallados y sustitutos de la piel	Continuo todo el tratamiento 75-125mmHg para GranuFoam®, 125mmHg para V.A.C.® WhiteFoam	GranuFoam®, a menos que se indique lo contrario	Apósito interpuesto no adherente mallado sencillo, sólo con GranuFoam®. Con V.A.C.® WhiteFoam, no necesario	Quitar el apósito después de 4-5 días y valorar si hay infección
Colgajos	Continuo todo el tratamiento	GranuFoam®, a menos que se indique lo contrario. Mecha V.A.C.® WhiteFoam si necesario	Apósito interpuesto no adherente mallado sencillo sobre línea de sutura con GranuFoam®. Con V.A.C.® WhiteFoam, no necesario	Cambiar el apósito a las 72h del postoperatorio, cada 48h con complicaciones y 12-24h con infección
Fístulas entéricas				Tratamiento por especialista

▲ Gráfico 2

Problemas de Autonomía	
SP: Suplencia Parcial - Higiene - Alimentación - Vestirse Adecuadamente ST: Suplencia Total - Evitar peligros - Eliminación A: Autónomo - Movimiento	
Problemas de Colaboración	
☐ PC: Complicación Potencial: dolor 2º a tratamiento con terapia VAC. ☐ PC: Complicación Potencial: Infección. ☐ PC: Complicación Potencial: desalojo, obstrucción de drenaje 2º a tratamiento con terapia VAC. ☐ PC: Deterioro de la Integridad Tisular 2º a herida.	
Problemas de Independencia	
00146 <i>Ansiedad/Temor r/c cambios en estado de salud m/p preocupación</i> NOC 1402 Autocontrol de la ansiedad Indicador: 140246 Indica ausencia de manifestaciones	Intervenciones: • 4920 Escucha activa • 5820 Disminución de la ansiedad • 5340 Presencia
00070 <i>Deterioro de la adaptación r/c cambios en estado de salud m/p verbaliza no aceptar el cambio</i> NOC 1300 Aceptación: estado de salud Indicador: 130008 Reconoce la realidad 130017 Se adapta al cambio	Intervenciones: • 5230 Aumentar el afrontamiento • 4410 Establecimiento de objetivos comunes
00126 <i>Conocimientos deficientes r/c falta de exposición m/p verbaliza el problema</i> NOC 3012 Satisfacción del paciente/usuario: enseñanza Indicador: 301202 Explica los cuidados	Intervenciones: • 5510 Educación sanitaria • 5240 Asesoramiento • 5606 Enseñanza individual
00114 <i>Síndrome del estrés del traslado (Riesgo) r/c falta de soporte adecuado o experiencia imprevista m/p ansiedad, disminución del sueño.</i> NOC 1302 Afronta el problema Indicador: 130203 Verbaliza control	Intervenciones: • 5350 Disminución del estrés por traslado • 7370 Planificación al alta

satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y su situación de vida y de salud. Los problemas de Independencia pueden ser diagnósticos reales, de riesgo o de salud.

En función de esta clasificación se establece el siguiente plan de cuidados

CONCLUSIONES

La terapia VAC nos permite resolver heridas y úlceras que con el tratamiento convencional se prolongarían en el tiempo, con el consiguiente riesgo de infección, o de convertirse en una úlcera tórpida. Por tanto:

- Hay que tener en cuenta que la terapia VAC tiene sus indicaciones y que no debemos aplicarla en todos los casos, puesto que existen úlceras con determinadas condiciones que contraindican su uso.
- La terapia VAC produce efectos tanto a nivel microcelular como a nivel macrocelular.

- Es una terapia con un manejo que requiere una destreza para poder aplicarla y en el que hay que tener los conocimientos necesarios para el abordaje de dichas úlceras.
- El paciente es un ser bio-psico-social en el que el uso de esta terapia puede influir en sus actividades de la vida diaria y provocar afectación en el campo psicológico además del físico y social.
- Debemos establecer un plan de cuidados del paciente en el que atendamos los aspectos alterados por la terapia VAC y ayudarlo así a solucionar dichos problemas.

Como conclusión final es necesario tener en cuenta que, en función de las características de la terapia VAC, tenemos que seleccionar de forma correcta la úlcera a tratar con dicha terapia y al paciente al que le vamos a aplicar este tratamiento.

Bibliografía:

- Paul Banwell. V.A.C.® Therapy™. Directrices Clínicas. Referencia para facultativos. Madrid: KCI Clinic Spain, S.L.; 2006.
- Paul Banwell. V.A.C.® Therapy. Guía clínica. Referencia para facultativos. Madrid: KCI Clinic Spain, S.L.; 2007.
- Lázaro Martínez, JL, March García, JR, Torres de Castro, OG, Segovia Gómez, T, Guadalix Hidalgo, G. Guía de tratamiento del Pie Diabético con Terapia de Presión Negativa. Ediciones Corporativas, S.L. 2007.
- World Union of Wound Healing Societies (WUWHS). Principios de las mejores prácticas: Sistema de cierre al vacío: recomendaciones de uso. Documento de consenso. Londres: MEP Ltd, 2008.
- European Wound Management Association (EWMA). Documento de Posicionamiento: Heridas de difícil cicatrización: un enfoque integral. Londres: MEP Ltd, 2008.
- European Wound Management Association (EWMA). Documento de posicionamiento: La presión negativa tópica en el tratamiento de heridas. Londres: MEP Ltd, 2007.
- García García, JA, Pérez Baena, M, Álvarez Gómez, S, Pulido Iturbide, P, Rodríguez Lera, S, Sabido Serra, MC. Un pie en el futuro. Revista ROL de Enfermería 2007; 30 (11): 769-776.
- Armstrong, DG, Boulton AJM, Banwell, PE. Topical Negative Pressure: Management of Complex Diabetic Foot Wounds. The Oxford Wound Healing Society. 2004.
- Armstrong, DG, Lavery, LA. Negative pressure wound therapy after partial diabetic foot amputation: a multicentre, randomised controlled trial. Lancet 2005; 366: 1704-10.
- Flanagan M. La filosofía de la preparación del lecho de la herida en la práctica clínica. Smith & Nephew Medical 2003. Ltd: 1-34.
- Tratamiento de heridas con Presión Negativa. Explicación de los fundamentos científicos de V.A.C.® Therapy. KCI Clinic Spain, S.L. 2008.
- Pruebas de la validez de V.A.C.® Therapy. Tratamiento de heridas con presión negativa. Estudio de Casos. KCI Clinic Spain, S.L. 2009.
- Pruebas de la validez de V.A.C.® Therapy. Tratamiento de heridas con presión negativa. Resumen de pruebas clínicas. KCI Clinic Spain, S.L. 2009.
- V.A.C. ATS®. Un sistema avanzado de terapia para la curación de heridas. KCI Clinic Spain, S.L. 2006.
- V.A.C. Freedom®. El sistema portátil para la curación eficaz de heridas. KCI Clinic Spain, S.L. 2006.
- V.A.C.® GranuFoam™. Apósito para el talón. KCI Clinic Spain, S.L. 2005.
- Capillas R, Martínez Cuervo F, Portas J, Rueda J, Segovia Gómez T, García Vázquez, J. Guía práctica de desbridamiento en el cuidado de las heridas. Laboratorios Salvat, SA; 2008. 1ª Edición.
- Lachapelle J-M, de la Brassinne M, Piérard GE, De Mol P, del Mármol V, Beele H, et al. Guía para el cuidado de las heridas. Madrid: Editor CREA Roeselare; 2002.

DECLARACIÓN VITAL ANTICIPADA. ¿UN DERECHO POCO CONOCIDO? LIVING WILLS. IS A RIGHT LITTLE KNOWN?

■ Lidia Rodríguez Pulido¹

■ Manuel J. Torres Garrido²

1. Enfermera. Centro de salud La Candelaria. Sevilla

2. Médico de familia. Centro de salud San Pablo. Sevilla

Centro donde se ha realizado el trabajo: Centro de salud La Candelaria. Sevilla

Resumen:

Objetivo. Conocer el grado de conocimientos de los pacientes de una consulta de enfermería acerca del documento de voluntades anticipadas (dva).

Método. Estudio descriptivo transversal realizado del 10 febrero al 10 de marzo de 2014

Los criterios de inclusión, no tener enfermedad mental y la aceptación a participar. Se realizó entrevista-encuesta.

Resultados. Participaron 65 personas, 58% mujeres y 43% hombres, edad media 69,66 años (desviación estándar = 9,6). El 80% no conocía el dva. A la pregunta de si lo rellenarían, 24 pacientes responden que sí, 25 sólo si tuviesen una enfermedad grave, mientras que 16 no lo rellenarían. Lo consideran necesario 49 (75%).

El 90,7% (n59) considera que la información debería darla el personal sanitario.

Conclusiones. Podemos concluir que la opinión de los pacientes sobre el documento es positiva, pero su uso sigue siendo marginal, es probable que un conocimiento tan escaso además de ideas erróneas y miedos sean los condicionantes principales de su pobre puesta en práctica.

Palabras clave:

Documento de voluntades anticipadas. Conocimientos. Atención primaria. Bioética.

Abstract:

Objective: To find out the degree of patients knowledge in a nurse's consulting room about the living wills.

Method: Descriptive crosswise study made from 10th February to 10th March 2014.

The selection criteria were:

-They haven't got mental illness.

-They want to participate.

We made a survey.

Results: In the survey took part sixty-five people, fifty-eight per cent women and forty-three per cent men. Their middle age was 69.66 years. The eighty per cent didn't know advance directive documents. The results were that twenty-four people will fill out the document; twenty-five people only will fill out the document if they had a serious illness, and sixteen people won't fill out the document. The forty-nine people thought that the document isn't necessary.

The ninety point seven per cent thought that the information should give the sanitary personal.

Conclusion: The opinion of the patients is positive, but the use it is still marginal. It could be that the little knowledge, the wrong ideas and the fear, would be the factors not to make this document.

Key words:

Living wills, knowledge, primary care, bioethics.

INTRODUCCIÓN

La declaración de voluntad vital anticipada (dva) es el derecho que una persona tiene a decidir sobre las actuaciones sanitarias de las que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento carezca de capacidad para decidir por sí misma. Puede ejercerlo toda persona mayor de edad, menor emancipado o menor cuya madurez le permitiera realizar dicha declaración y que esté en disposición de decidir con arreglo a sus convencimientos y preferencias. La Ley 5/2003 de Declaración de Voluntad Vital Anticipada regula en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía este derecho y para la puesta en marcha, la Consejería de Salud ha implantado el "Registro

de Voluntades Vitales Anticipadas", donde se inscriben y registran la totalidad de las declaraciones realizadas por los ciudadanos⁽¹⁾.

Dadas las características de proximidad y confianza que se establecen con los pacientes y familiares en las consultas programadas de enfermería, creemos que éste es el espacio adecuado para dar a conocer el documento e informar sobre el derecho a morir con dignidad⁽²⁾.

De los artículos revisados se deduce que tanto la población como el personal sanitario tienen una actitud muy favorable al dva, pero la frecuencia con que se ejerce este derecho por parte del paciente es muy baja.⁽²⁻⁷⁾

OBJETIVOS

Realizamos el presente estudio con el objetivo de averiguar el conocimiento que tiene la población que atendemos regularmente en nuestra consulta de enfermería sobre dva y su actitud frente a él, para establecer, si fuese necesario, intervenciones para mejorar su conocimiento y favorecer la resolución de las dudas que se puedan plantear, facilitando para ello, la información y acceso a este derecho.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio descriptivo transversal, mediante entrevista personal, a los pacientes de una consulta de enfermería en atención primaria ubicada en un barrio de transformación social de la ciudad de Sevilla, durante el periodo del 10 de febrero al 10 de marzo de 2014. La consulta de enfermería presenta un censo de 118 pacientes que acuden de forma regular para seguimiento y control de patologías crónicas (hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y dislipemia).

Durante el periodo de estudio pasaron por la consulta un total de 65 pacientes, a cada uno de ellos se les informaba verbalmente y de forma breve, sobre el dva, solicitando su consentimiento a participar, asegurándoles, además, el anonimato. Una vez informados, si aceptaban, se les realizaba las preguntas recogidas en el anexo1.

Los criterios de exclusión fueron:

- la presencia de enfermedades que llevase una disminución psíquica.
- la negativa a participar en el estudio

De cada paciente se registró, además, el nivel de estudios y las enfermedades crónicas que padecían.

Para el análisis estadístico se utilizó la distribución de frecuencias.

RESULTADOS

Acudieron un total de 65 pacientes que representa un 55% del total de pacientes adscritos a esta consulta (n118).

Se les informó del estudio previa solicitud verbal de su consentimiento. El 100% de ellos aceptaron participar.

Las respuestas dadas en la entrevista se recogen en el anexo 1, expresadas como número de casos (n) y porcentaje (%)

La edad media fue de 69,66 años (de=9,6). El 57% (n37) fueron mujeres y el 43%(n28) hombres. El 86% tenían estudios básicos, un 14% (n9) bachillerato. Todos presentaban algún tipo de enfermedad crónica (hipertensión, dislipemia, obesidad y diabetes)

De todos ellos, tan sólo uno había realizado el dva.

No conocían el documento un 80% (n 52) frente a un 20% (n13) que sí, de ellos el 77% (n10) se habían informado a través de los medios audiovisuales y tan sólo un paciente conocía el documento gracias al personal sanitario.

El 90,7% (n59) considera que la información sobre la existencia de este derecho debería darla el personal sanitario. A la pregunta “¿quién consideran que debería decidir la conducta a seguir en ese momento final?”, tan sólo un

7.5% (n5) creen que debería ser el personal sanitario, la familia (51%) y él mismo rellenando el dva (41.5%) La mayoría, 87.5%, no han tratado este tema con nadie.

Cuando se pregunta si lo rellenarían, 24 pacientes responden que sí, 25 sólo si tuviesen una enfermedad grave, mientras que 16 no lo rellenarían.

Lo consideran necesario 49 (75%). Se prefiere como representante a un familiar (95%)⁽⁶⁾ y el rellenar el dva tranquiliza a un 46%, mientras que al 49% no, dejando a un 5% (n3) indiferente.

DISCUSIÓN

Tratándose de personas de edad avanzada que mantienen un contacto habitual con el equipo de atención primaria, dadas sus patologías crónicas, destacamos como en los trabajos revisados⁽²⁻⁷⁾, que una gran mayoría (80%) desconocen la existencia de este derecho y aunque consideran que la información debería dársele el personal sanitario, suele llegarles a través de los medios audiovisuales.

A pesar del desconocimiento, el 75% lo consideran necesario y un 93% manifiestan que la persona a decidir las conductas a seguir en ese momento, debería de ser él mismo rellenando el dva (41.5%) o la familia (51%), relegando de esta responsabilidad al personal sanitario.

Los motivos que alegaban las personas que manifestaron que no rellenarían el dva eran básicamente la incomodidad para hablar de estos temas. Por tratarse de personas mayores consideran la muerte más cercana por lo que prefieren no hablar ni anticipar esta idea, además del miedo de que su opinión pudiera influir en la actitud del médico. Podemos concluir que la opinión de los pacientes sobre el documento es positiva, pero su uso sigue siendo marginal, es probable que un conocimiento tan escaso además de ideas erróneas y miedos sean los condicionantes principales de su pobre puesta en práctica.

Todo ello nos lleva a crear en nuestra consultas un espacio donde se informe de este derecho y se exploren los miedos o conceptos erróneos que pudieran existir y propiciar un dialogo sereno sobre la muerte y el enfoque de los últimos días, ya que nuestro habitual contacto con el paciente y su familia facilita el inicio del diálogo de éste y otros derechos, tal como entiende *Perelló C.*⁽⁷⁾ “ Mi objetivo como profesional es que el paciente y la familia sepan que puedo ayudarles y aconsejarles y que les ofreceré las diferentes alternativas posibles. A partir de aquí es cuando el paciente, junto con la familia, debe tomar una decisión al respecto. Si omitimos esta premisa, estamos privando de libertad y felicidad al paciente y los que le rodean.”

La colocación de pósters informativos en la consulta y en el propio centro de salud pueden ayudar a su difusión.

Con los años que lleva en vigor el presente derecho, creemos que a nivel institucional se debería potenciar los mensajes en los medios audiovisuales por el impacto que tienen en la población.

Se necesitan también nuevos estudios para determinar cuáles son las decisiones que más preocupan a los pacientes y cuál es la mejor forma de facilitarles el acceso a sus derechos al final de la vida.

ANEXO 1

Respuestas a las preguntas que valoran el nivel de información de las personas que acuden a consulta de enfermería sobre el documento de voluntades anticipadas, expresadas como número de casos (n) y porcentaje (%).

Total de participantes n65, 55% de la consulta.

¿Conoces este derecho?

Si 13 (20%)

No 52 (80%)

¿Cómo lo conoció?

Medios Audiovisuales 10(15%)

P.Sanitario 1 (1,5%)

Familiares-Amigos 2 (3%)

¿Quién cree que debe informar de la existencia de este derecho?

Medios Audiovisuales 6 (9,3%)

P.Sanitario 59 (90,7%)

Familiares-Amigos 0

¿Quién considera que debe decidir, cuando usted no pueda decidir sobre las actuaciones sanitarias en el caso de padecer una enfermedad incurable?

Usted rellenando el documento 27 (41,5%)

Su familia 33 (51%)

El personal sanitario 5 (7,5%)

¿Ha hablado en alguna ocasión con sus familiares, esposa, hijos, sobre como le gustaría ser tratado en el caso de tener una enfermedad incurable ?

Si 8 (12,5%)

No 57 (87%)

¿Considera necesario este documento?

Si 49 (75%)

No 16 (25%)

¿Cree que en algún momento podría rellenar este documento?

Si 24 (37%)

Solo si tuviese una enfermedad grave 25 (38,5%)

No 16 (24,5%)

¿Quién le gustaría que fuese su representante?

Nadie 3 (5%)

Un familiar 62 (95%)

Un amigo 0

¿Le tranquiliza rellenar este documento ?

Si 30 (46%)

No 32 (49%)

Indiferente 3 (5%)

Bibliografía:

1. Registro de voluntades vitales anticipadas. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/salud/rv2/inicioCiudadania.action>
2. Antolín A, Ambrós A, Mangirón P, Álves D, Sánchez M, Miró O. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. Rev Clin Esp. 2010;210:379-88.
3. Andrés F, Navarro B, Párraga I, Torre MA, Jiménez MD, López-Torres J. Conocimientos y actitudes de los mayores hacia el documento de voluntades anticipadas. Gac Sanit. 2012;26(6):570-573
4. Molina J, Pérez M, Herreros B, Martín MD, Velasco M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. Rev Clin Esp. 2011;211:450-4
5. Arauzo V, Trenado J, Busqueta G, Quintana S. Grado de conocimiento sobre la ley de voluntades anticipadas entre los familiares de los pacientes ingresados en un servicio de medicina intensiva. Med Clin(Barc). 2010;134(10):448-451
6. Ángel E, Romero M, Tébar JP, Mora C, Fernández O. Conocimientos y actitudes de la población ante el documento de voluntades anticipadas. Enferm Clin. 2008;18(3):115-9.
7. Perelló C, Molina J, Miró R. Conflictos éticos ante la manifestación verbal de las últimas voluntades. Enferm Clin. 2011;21(1):47-51

Sabadell
Professional



PROactivo:

Ponemos a tu disposición una tarjeta de crédito gratuita.

Ser proactivo es, por ejemplo, ofrecerte una tarjeta Visa con un seguro de accidentes de hasta 120.000 euros y que, además, sea gratuita. Y si quieres, también puedes personalizarla con la imagen de tu colegio.

Si eres miembro del **Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla** y buscas promover tu trabajo, proteger tus intereses o tus valores profesionales, con **Banco Sabadell** puedes. Te beneficiarás de las soluciones financieras de un banco que trabaja en PRO de los profesionales.

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, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

sabadellprofessional.com



XXXI

Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla



José María Iborra Barredo

PREMIOS

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

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

BASES

1. **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".

2. **OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos 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€. Se otorgará al estudio monográfico o trabajo de investigación inédito de los presentados al Certamen por profesionales de enfermería colegiados que hubiesen terminado los estudios universitarios hasta cuatro años anteriores a la presente convocatoria, debiendo presentar documento que acredite el año de finalización de los estudios de enfermería. Un mismo trabajo no se podrá presentar, conjuntamente, a los Premios y al accésit. Cualquier colegiado que cumpla los requisitos indicados en el párrafo anterior, podrá optar por alguna de las dos modalidades. En el caso de presentarse para el "Accésit Enfermería Joven", habrá de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven".

3. **DOTACIÓN:** La dotación económica será de **3.600€** para el trabajo premiado en primer lugar; **1.800€** para el premiado en segundo lugar y **1.200€** para el premiado en tercer lugar y Accésit Enfermería Joven **1.000€**.

4. **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado, en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara y encuadrados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.

5. **CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de Graduado o Diplomado en Enfermería que se encuentren colegiados.

6. **JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y cuatro Vocales del profesorado de la Facultad de Enfermería o sus unidades docentes y centros adscritos. Todos los miembros del Jurado serán Graduados o Diplomados en Enfermería.

Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.

7. **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las Bases.

8. **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.

9. **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería, al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, Avda. Ramón y Cajal, nº 20-Acc. (41005 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXXI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación.

En su interior incluirá: El trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombres, y dirección completa de autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo si lo hubiere.

Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.

10. **PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Los trabajos que se presentan en el certamen quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Sevilla, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno. En caso de publicación de algún trabajo, habrá de hacerse mención a 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 "XXXI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".

11. **TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.

Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2015. 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 2015.



150 años
avanzando con
la profesión

PREMIOS 2014

1º Carmen Lupión Mendoza (Sevilla)

2º Juan Miguel Martínez Galiano (Jaén)

3º Mª del Rosario Martínez Jiménez (Sevilla)

Accésit Enfermería Joven: Cristina de Andrés San Cristóbal (Madrid)

Patrocina

 **Sabadell**