

HYGIA de ENFERMERIA

Nº 90, Año XXII- 2015

Colegio de Enfermería de Sevilla

TERAPÉUTICA ANALGÉSICA
INHALATORIA RÁPIDA:
ÓXIDO NITROSO ¿ESTAMOS
ANTE UN CAMBIO RADICAL?

LA SEXUALIDAD EN EL
PACIENTE CON ENFERMEDAD
MENTAL: UNA PERSPECTIVA
ENFERMERA

VALORACIÓN NUTRICIONAL
EN EL ANCIANO
DEPENDIENTE, HÁBITOS
ALIMENTICIOS Y
CONOCIMIENTOS DEL
CUIDADOR

EVALUACIÓN DE
CONOCIMIENTOS DE LA
POBLACIÓN FEMENINA DEL
DISTRITO SANITARIO
OSUNA SOBRE LA UTILIDAD
DE LA CITOLOGÍA Y LA
INFECCIÓN POR VIRUS DE
PAPILOMA HUMANO

NACIMIENTO DE UN BEBÉ
CON AFECTACIÓN DEL TUBO
NEURAL: ATENCIÓN DE LA
MATRONA

GUÍA DE ACTUACIÓN
ENFERMERA EN LAS
UNIDADES DE
HOSPITALIZACIÓN DE SALUD
MENTAL





DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑIA ZURICH
SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

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.

La dolorosa del palio del Buen Fin ya tiene en su pecho la medalla de nuestro colectivo

Desde el Colegio Oficial de Enfermería Sevilla se toma el pulso a la vida de la Ciudad, con ello sin perder el sello por nuestras antiguas tradiciones. Hecho que compostura una pieza de pureza por parte de la organización. Magnífico tándem entre Sevilla y nuestro colectivo, ya que no sabrían vivir el uno sin el otro. Y por especificar uno de los apartados, destacaremos el cofrade, tan presente en la capital Andaluza.

Son ya más de XXIV años en esta institución pronunciando pregones en pro de la Semana Santa, con ello cada cuaresma se organiza una elección de cartel religioso que será quien anuncie lo que ha de venir cuando pasen los cuarenta días. Se conoce como **Cuaresma** al período del tiempo litúrgico, los **cuarenta días anteriores a la celebración principal del cristianismo**: la Resurrección de Jesucristo, que se celebra el Domingo de Pascua. La Cuaresma es una palabra de origen latín "*quadragésima*", que significa "*cuadragésimo día*" (antes de la Pascua)

La Cuaresma es practicada desde el siglo IV y comienza el Miércoles de Ceniza y termina el Jueves Santo, cuando los católicos, los católicos ortodoxos, los anglicanos y algunas iglesias evangélicas se preparan para la Pascua. Es un período que está reservado para la reflexión, la conversión espiritual y donde los cristianos se reúnen en oración y penitencia para preparar su espíritu. Durante la Cuaresma, los ministros de la Iglesia Católica se visten con ropas de color púrpura, que simboliza la tristeza, el dolor, la penitencia, el duelo y el sacrificio, a excepción del cuarto domingo que se usa el color rosa y el Domingo de Ramos (sexto y último domingo) en el que se usa el color rojo referido a la Pasión del Señor.

Sabemos que el encuentro no fue un golpe de la casualidad, ni el juego del azar que viene a premiarte y conceder una gracia especial. No lo creo y lo digo donde se me ha permitido pregonarlo, en la casualidad. Presiento que la mano providencial tiene algo que ver con nuestro destino, con nuestro futuro y con el fomento de la amistad. No hay motivos para pensar algo distinto, al menos en nuestras vidas. Siempre que se nos ha cerrado una ventana, una mano poderosa nos ha abierto una puerta. En los últimos tiempos hemos sido testigo de este litigio que mantenemos con la suerte, con la hado de las coincidencias. La muestra la tenemos muy cerca.

Cuando la desdicha comienza a asediarte, a recomponer el cerco de la fatalidad y luz es una estrella en el universo; cuando el infortunio ennegrece cualquier atisbo de resurgimiento, aparece un espíritu celeste que modifica las expectativas y el pesimismo viene a desfondarse en la cima de una sonrisa. Somos testigos de esta obra de la Providencia y protagonistas de una historia que recalca y magnifica el sentimiento de la bondad, que todavía pervive en el corazón de los hombres. Siempre recuerden aparece un Enfermero/a que no abandona a sus semejantes a la mejor suerte de la eventualidad; no todos huyeron de la desgracia que zarandó nuestras existencias. Y no pudo suceder en un lugar más determinante ni con más asemejo al cielo, al menos para los que confiamos en la sobrenatural intercepción de la Madre de Dios.

También los enfermeros buscan consuelo con la Divina Enfermera cada mes de octubre, perteneciente a la Hermandad Sevillana de la Lanzada en San Martín donde El Excelentísimo Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla entregó a la Hermandad de la Sagrada Lanzada una **réplica de la Medalla de Oro de la Ciudad** concedida el pasado año por el Ayuntamiento de Sevilla a la institución colegial por sus 150 años. La entrega de la medalla se realizó el pasado Miércoles Santo, en el transcurso de la eucaristía preparatoria de la estación de penitencia que se celebró en la iglesia de San Martín a las diez de la mañana. El Ayuntamiento de Sevilla concedió el pasado año esta distinción honorífica en reconocimiento a la labor del **Colegio Oficial de Enfermería** de Sevilla en beneficio de la colectividad durante sus 150 años de historia al servicio de sus profesionales y de los pacientes. El hermano mayor y la junta de gobierno de la Hermandad de la Sagrada Lanzada han agradecido la entrega de esta distinción que viene a reforzar, más si cabe, la relación entre la hermandad y el Colegio de Enfermería de Sevilla, del que es patrona Nuestra Señora de la **Esperanza Divina Enfermera**.

María Santísima del Buen Fin desde esta pasada semana santa ya tiene en su pecho la medalla de Oro del Colegio. Es una dolorosa que va en paso de palio. Tiene la cabeza inclinada hacia su derecha y mirada baja, con gran expresión penetrante. Fue realizada en 1810 por Juan de Astorga. Es la única Virgen dolorosa en Sevilla cuyo rostro está realizado en papelón, con un gran valor artístico. Procesa en el único paso de palio de

estilo neogótico en Sevilla, diseñado por Luis Jiménez Espinosa en 1967. Los respiraderos son de madera dorada, a excepción de unos medallones grandes de plata en el centro de cada repiradero y otros medallones pintados con momentos de la vida de la Virgen. El palio es de cajón de terciopelo granate bordado con hilo de oro. La Virgen lleva manto liso color granate (con proyecto de bordado). El palio tiene también el faldón delantero bordado con el escudo de Sevilla en el centro. La "gloria" que lleva en el techo es un lienzo pintado de la "Divina Enfermera", mientras que la Virgen que va en la calle de la candelaría es la Virgen de los Reyes. Sus dimensiones son de 2,25x3,39x1,50 metros. Cada año la junta directiva del Colegio acompaña presidiendo este palio doloroso en su estación de penitencia. Igualmente cada martes santo, cuando pasa por delante del colegio la Hermandad del Cerro, se hace una ofrenda desde la corporación e incluso hay una levanta dedicada a nuestro colectivo. Mas de mil detalles que hace que el mundo enfermero esté presente en cada semana santa sevillana. De hecho en cada Hermandad de Sevilla, que pone su cruz de guía en la calle, hay un grupo de enfermeros para velar por la buena estación de penitencia y que todo ocurra con normalidad y así con un largo etc.

Oír a Sevilla como lo hace el colectivo enfermero o viceversa, que te habla con la voz de bronce de las campanas que la despiertan. Con la voz de metal de las cornetas. ¿Y esa ran, cataplán de los tambores, que es como el latido del corazón de Sevilla? ¿No lo oyes? Haz como cualquier compañero de profesión y ponle el fonendo al corazón de Sevilla, que oirás sus latidos con la suave melodía que desprende la noche, sabiendo que tiene más de un ángel en guardia velando por ella de nombre enfermero/a. Óyelos desde una azotea del centro. Verás cómo retumban en el cielo de la tarde, en la luna de la noche, sin que sepas por dónde suenan. Oye el martillo de los llamadores, que Sevilla se levanta, una vez más, a pulso, tras sus tres mil millones de tres caídas. Al cielo con ella misma, con Sevilla seguro que algún enfermero/a te ayuda. No oyes el cimbronazo del paso que cae sobre los costales en la madera de las trabajaderas. Oyes a Sevilla misma, siempre caída, siempre levantándose, a la voz o a los tres golpes del martillo junto a este Excelentísimo colegio de Enfermería

Francisco Pérez Estepa.

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

1576/305/6

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad y Consumo con referencia S.V. 88032 R.

REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 20

Tel.: 954 93 38 00

Fax: 954 93 38 03

Página Web:

www.colegioenfermeriasevilla.es

Correo Electrónico: colegio@ecoe.es

MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

Tel. 95 435 00 03

Fax 95 443 46 24



Autor: Joaquín Sánchez Torreño

Nº Colegiado: 10.414

Cámara: CANON EOS 1100D

Sumario

- 5 TERAPÉUTICA ANALGÉSICA INHALATORIA RÁPIDA: ÓXIDO NITROSO ¿ESTAMOS ANTE UN CAMBIO RADICAL?
Yáñez Castizo, A.; Herrera Vaca, C.; Pérez Peñaranda R.
- 11 PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON REACCIONES DE ADAPTACIÓN AGUDA Y TRASTORNOS DE DISFUNCIÓN PSICOSOCIAL
Pérez Jiménez, J.M.; Fimat Molina, S.; González Toscano
- 26 LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD MENTAL: UNA PERSPECTIVA ENFERMERA
Luque-Romero Sánchez, M.; López Sánchez, O.; Caballero Guerrero, M.J.
- 32 VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL ANCIANO DEPENDIENTE, HÁBITOS ALIMENTICIOS Y CONOCIMIENTOS DEL CUIDADOR
Vázquez García, M.; Mena Camacho, S.; Contreras García, A.M^a.
- 40 PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO
Cano Vara, S.
- 44 EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN FEMENINA DEL DISTRITO SANITARIO OSUNA SOBRE LA UTILIDAD DE LA CITOLOGÍA Y LA INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO
Mejías Paneque, C.; Cuendes Romero, L.
- 50 PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN REVISTAS DE ENFERMERÍA IBEROAMERICANAS (2000-2012)
Trabadela Almagro, A.; Romeo López Alonso, S.
- 55 NACIMIENTO DE UN BEBÉ CON AFECTACIÓN DEL TUBO NEURAL: ATENCIÓN DE LA MATRONA
Navarro Bernal, F.J.; Barroso Casamitjan, A.; Peralta Domínguez, A.M^a.
- 63 ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: NOCIONES BÁSICAS SOBRE EL PROGRAMA PIOBIN
Gómez Rodríguez, A.; Montero Rodríguez, M^a de G.; Ríos Sánchez, J.L.
- 70 GUÍA DE ACTUACIÓN ENFERMERA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL
López Sánchez O.; Caballero Guerrero, 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.

TERAPÉUTICA ANALGÉSICA INHALATORIA RÁPIDA: ÓXIDO NITROSO ¿ESTAMOS ANTE UN CAMBIO RADICAL? RAPID INHALATION ANALGESIC THERAPY: NITROUS OXIDE. ARE WE FACING A RADICAL CHANGE?

■ Alfonso Yáñez Castizo¹

■ Carmen Herrera Vaca²

■ Ramón Pérez Peñaranda³

■ Jesús María Bueno Alonso⁴

1. Diplomado en Enfermería. Especialista en Cuidados Médico-Quirúrgicos. Empresa Pública Emergencias Sanitarias (EPES-061). Sevilla.
2. Diplomada en Enfermería. Especialista en Cuidados Médico-Quirúrgicos y Especialista en Enfermería del Trabajo. Hospital Universitario "Virgen del Rocío". Sevilla.
3. Graduado en Enfermería. Servicio de Extinción de Incendios y Salvamento (Bomberos). Sevilla.
4. Graduado en Enfermería. Especialista en Gestión de Riesgos Nucleares, Biológicos y Químicos (NBO). Máster en Prevención de Riesgos Laborales. Máster Oficial en Actividad Física y Salud. Enfermería Mando Aéreo General en Sevilla.

Resumen:

Objetivos: Valorar eficacia óxido nitroso + Oxígeno (NO+O₂) como analgesia rápida y eficaz y recomendar su uso por protocolos de manera autónoma para personal sanitario

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional periodo 1/1/2014 - 2/5/2014 de asistencias realizadas por los ECA's (Equipos de Coordinación Avanzada) de EPES-061 (Empresa Pública Emergencias Sanitarias) de Sevilla. Se estudian 187 casos clínicos de asistencias a pacientes con traumatismos leves en periodo descrito. Se descartan 114 al no precisar analgesia según Escala Visual Numérica (EVN) < 2. De los 73 casos que sí la precisaron según protocolo de analgesia con EVN > 2 (Protocolo Interno ECA-EPES 061_2013), se seleccionan 25 registros válidos a los que se administra NO+O₂.

Resultados: Distribución: 14 hombres y 11 mujeres con edad entre 13 y 92 años. Mecanismo lesional: 10 accidentes motor, 10 caídas casuales y 5 accidentes deportivos. De los 25 registros válidos, refieren disminución dolor >70% en los primeros 5 minutos.

Conclusiones: Se recomienda primera opción analgésica el NO+O₂ por rapidez, pocos efectos secundarios, y buena relación calidad-precio, en intervenciones urgentes corta duración de servicios emergencias extra e intrahospitalaris (adultas y pediátricas), bomberos y enfermerías militares.

Palabras clave:

Óxido nitroso, analgesia, traumatismos.

Abstract:

Objectives: Value the efficiency of the nitrous oxide + Oxygen (NO+O₂) as effective and fast analgesia and recommend its use for protocols of autonomous way for health personnel.

Materials and methods: Retrospective observational study period 1/1/2014 – 5/2/1014 of assistances made by the ACTs (Advanced Coordination Team) of CPHE-061 (Company Public of Health Emergencies) of Sevilla. 187 clinical cases of patients with mild traumas were studied in the described period. 114 of them were discarded due to they did not specify analgesia as shows the NVS (Numerical Visual Scale) < 2. Between the 73 cases that specified it following the analgesia protocol with NVS > 2 (Internal Protocol ACT-CPHE 061_2013), 25 valid records are selected and they get administered with NO+O₂.

Results: Distribution: 14 men and 11 women with ages in a range between 13 and 92 years old. Injury mechanism: 10 motor accidents, 10 accidental falls and 5 sports accidents. From the 25 valid records, they present pain decreasing > 70% in the first 5 minutes.

Conclusion: It is recommended the first analgesic option, the NO+O₂, due to its speed, low secondary effects, and great price-quality relationship. As well as its usefulness in short-term emergency interventions of extra and intra-hospital emergencies (adults and pediatrics), firefighters and military nurses.

Key words:

Nitrous oxide, analgesia, trauma.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y fundamentos teóricos

Actualmente los traumatismos son la causa más frecuente de atención en los servicios de emergencia. Producen diferentes grados de dolor por las propias características de la fractura, que generalmente puede aumentarse cuando se utilizan técnicas para la correcta inmovilización durante el transporte.

El manejo terapéutico inadecuado del dolor no solo incrementa la morbilidad del paciente sino que proyecta una imagen negativa de los servicios de emergencia extra e intrahospitalarios sobre la población atendida. En la práctica clínica ha aumentado la importancia que se ha prestado al uso adecuado de la terapéutica para la disminución del dolor, concediendo a los procedimientos de analgesia la importancia que les corresponde, no obstante en la actualidad, se puede encontrar revisando la literatura científica sobre el uso de la analgesia una amplia variabilidad referidas a los procedimientos y fármacos utilizados en los diferentes escenarios sanitarios para un mismo procedimiento doloroso.¹

Es necesario y deseable disponer de una unificación de criterios capaz de integrar el manejo del dolor como un objetivo terapéutico en las atenciones emergentes, sobre todo en los casos donde se necesita administrar una analgesia previa a la realización de técnicas de inmovilización².

Aunque habitualmente se evalúa y trata adecuadamente el dolor relacionado con la propia enfermedad o, en menor grado, con sus secuelas, no siempre se toma en consideración el dolor provocado por los propios procedimientos médicos invasivos (dolor inducido o iatrogénico). Incluso en ocasiones, determinados procedimientos que son inicialmente bien tolerados por el paciente adulto o el niño, se vuelven dolorosos o estresantes³. Así, el dolor iatrogénico suele ser infratratado y los daños que éste produce, infravalorados.

Para el manejo adecuado del dolor existen diferentes fármacos que logran producir una analgesia y/o sedación adecuadas, permitiendo así la realización de procedimientos dolorosos y reduciendo las molestias que éstos producen. Uno de ellos es el óxido nitroso. La inhalación de la mezcla equimolar de óxido nitroso (NO) y oxígeno (O₂) lleva utilizándose en la práctica médica desde hace más de dos siglos, y se cita en la literatura médica por primera vez en 1971⁴. Varias publicaciones posteriores han demostrado la eficacia de la mezcla de NO+ O₂ al 50% en distintos escenarios. Los primeros estudios hicieron referencia a su uso en los servicios de Estomatología^{5,6}, comprobándose posteriormente su eficacia en procedimientos realizados en otras áreas sanitarias como unidades de oncología⁷ y urgencias.

Este fármaco presenta importantes ventajas frente a otros sedantes: su administración al utilizar la inhalación es sencilla e indolora, de acción es rápida, como también lo es el cese de su efecto una vez que se suspende la inhalación y los efectos adversos descritos son escasos y leves². Estas características lo convierten en uno de los agentes analgésicos de primera elección para la realización de procedimientos cortos que produzcan dolor de intensidad leve-moderada, habiéndose demostrado que puede ser administrado con seguridad incluso por personal de enfermería adecuadamente entrenado⁸.

Para la administración de la mezcla NO+O₂ se deben seguir las siguientes indicaciones:

- Administración por personal sanitario entrenado.
- Tener disponible un resucitador manual conectado a una fuente de oxígeno.
- Monitorización periódica de constantes.
- Monitorización de la EVN del dolor (0-10)
- Uso correcto de la posología.

En las figuras 1 y 2 se puede apreciar la disposición y ubicación de la botella de Kalinox® en el interior de la ambulancia.

Se considera a la mezcla equimolar de NO+O₂ una terapia novedosa para el tratamiento del dolor en procedimientos dolorosos leves-moderados y proporciona una sedoanalgesia autorregulada, consciente y no invasiva.

OBJETIVOS

• OBJETIVOS PRINCIPAL

Determinar si la administración por vía inhalatoria de la mezcla al 50% de óxido nitroso y oxígeno es un analgésico efectivo en emergencias extrahospitalarias.

• OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Valorar la capacidad de disminución y/o eliminación inicial del dolor en el empleo del óxido nitroso.
- Conocer su efectividad analgésica en la realización de procedimientos dolorosos y/o invasivos en la fase de reducción del problema clínico.
- Evaluar la conducta del paciente durante la realización de estos procedimientos y el uso de este analgésico.
- Determinar el tiempo de actuación desde su aplicación a hasta lograr la analgesia.
- Valorar la facilidad de uso y su tolerabilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo observacional entre enero y mayo de 2014. Para la recolección de la información participaron los Equipos de Coordinación Avanzada (ECA) de la Empresa Pública de Emergencia Sanitaria 061 (EPES) de la localidad de Sevilla. Estos ECA son vehículos tipo UVI móvil dotados de recursos para técnicas de SVA y conformados por personal de enfermería y técnico de emergencia. El estudio fue realizado por los autores y el promotor del estudio fue la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias, en colaboración con Air Liquide Medicinal.

La población ha sido reclutada desde los casos que se han atendidos por los Equipos de Coordinación Avanzada (ECA) de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES-061). Se han elegido 187 casos y se han recogido los datos registrados en el libro de novedades. Como criterios de inclusión se ha considerado: hablar y comprender el idioma castellano, haber sufrido algún traumatismo con necesidad de analgesia, no padecer otras patologías susceptible de un aumento de analgesia y un valor en la escala visual numérica (EVN) del dolor de ≥ 2 .

La administración del Óxido Nitroso se realizó en ambulancias de la EPES-061 de la provincia de Sevilla, por personal sanitario con titulación de Licenciado en Medicina y Cirugía y/o Graduados/Diplomados en Enfermería, específicamente formados y cuyos conocimientos se evalúan de forma periódica.

Para no sesgar los resultados, previo al estudio se ha realizado una labor de mantenimiento para la comprobación del perfecto estado de funcionamiento de los equipos que han intervenido, mediante: Montaje y revisión del equipo necesario:

- Mascarilla facial de administración.
- Reservorio con alargadera.
- Filtro interfase.
- Botella con mezcla de Óxido Nitroso + O₂ al 50%.

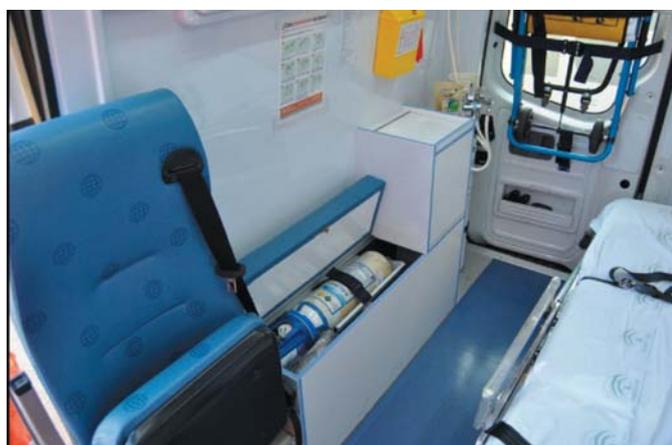
Se ha solicitado el consentimiento informado de carácter verbal.

Se han monitorizado a todos los pacientes: Electrocardiograma (EKG), Tensión Arterial (TA) y pulsioximetría (SatO₂).

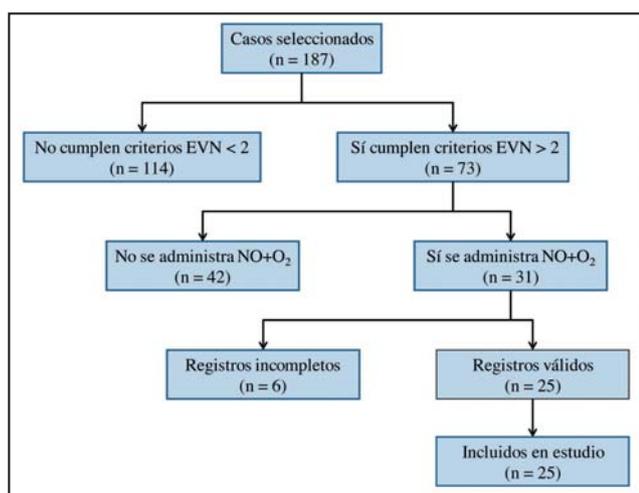
La eficacia analgésica máxima de Kalinox® se obtiene tras tres minutos de inhalación, por lo que la inhalación del gas se comenzó al menos 3 min antes de iniciar el procedimiento (periodo de inducción), continuándose la inhalación durante el procedimiento.



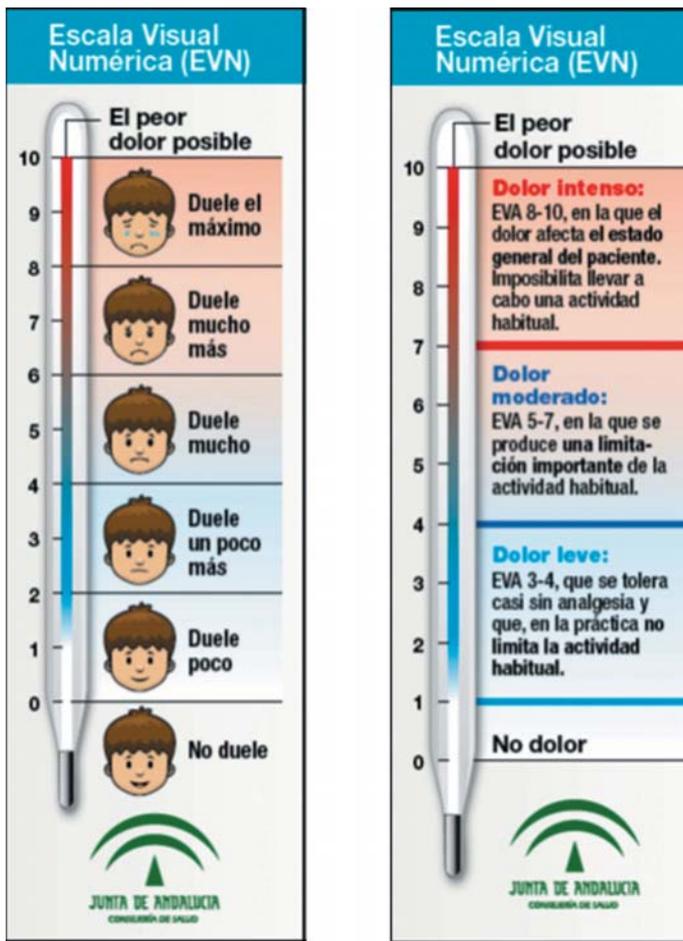
▲ Figura 1. Disposición de la botella de Kalinox®



▲ Figura 2. Ubicación de la botella Kalinox® en la ambulancia



▲ Figura 3. Diagrama de inclusión de los pacientes



▲ Figura 4.

Escala Visual Numérica infantil

Escala Visual Numérica adultos

El flujo al que se debe administrar la mezcla de gas depende de la ventilación espontánea del paciente y, por tanto, varió en función de la edad y del peso, sobretodo en el caso de los niños. Según las indicaciones, la pauta es:

- Adultos: 9 litros/minuto.
- Niños mayores de 4 años: 6 litros/minuto.

Durante la administración del Kalinox®, se realizó un control clínico del paciente, mediante conversación con el paciente y verificando la administración en todo momento. Si el paciente perdía el contacto verbal la inhalación se interrumpía, ya que podía ser signo de sedación excesiva.

También debía estar presente, al menos, el facultativo (médico/a o enfermera/o) que realizaba el procedimiento doloroso, controlando clínicamente al paciente mediante la monitorización y registro de SatO₂.

Todos los datos debían quedar reflejados en el libro de novedades. La duración de la inhalación de la mezcla

dependió de la duración del procedimiento, sin poderse superar los 60 min en uso continuo o por día, en caso de administraciones repetidas¹¹.

RESULTADOS

De los 187 casos inicialmente elegidos para el estudio se descartaron 114 tras la aplicación de la Escala Visual Numérica (EVN)⁹ del dolor por ser menor de 2 y se seleccionan 73 casos que sí la precisaron según protocolo de analgesia con EVN mayor a 2 y siguiendo el *Protocolo Interno ECA-EPES 061_2013* (observaciones no publicadas), comprobándose que se les administró por vía intravenosa fentanilo (19 pacientes), desketoprofeno (20), metamizol (3) y por vía inhalatoria Óxido Nitroso NO+O₂ (31), de estos 31 se tienen registros válidos escritos un total de 25 pacientes descartándose los otros 6 por registros incompletos. De los 25 registros válidos, a 7 se les asocia un analgésico IV (fentanilo, desketoprofeno o metamizol) tras la administración previa del NO+O₂ (nombre comercial, Kalinox® 170 bar)¹⁰ razón por la cual no se hizo comparativa por efecto asociado del analgésico. La edad de los pacientes a los que se les administró analgesia por vía inhalatoria con Kalinox® 170, osciló entre los 13 y los 92 años de edad, a los que se le había realizado previamente procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos dolorosos. La asignación del paciente al Kalinox® estuvo determinada por la práctica diaria del servicio. La EVN se visualiza en Figura 4 presentada en formato infantil y adulto.

En la Figura 3 se visualiza el diagrama de inclusión de los pacientes que reunían los requisitos para este estudio.

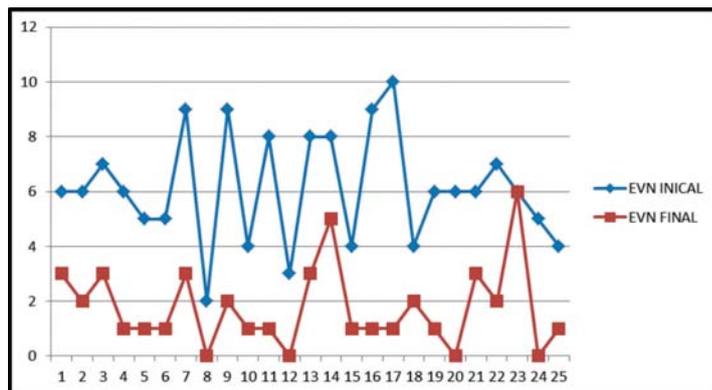
La distribución por sexo y edad fueron de: 14 hombres y 11 mujeres con rango de edad entre 13 y 92 años, con una media de edad de 44,28 años (DE = 21,41). De los 25 pacientes, 15 tenían más de 50 años y 10 menos de 50 años).

Mecanismo lesional: 10 accidentes de motor, 10 caídas casuales y 5 accidentes deportivos. En la Figura 5 se representan los porcentajes de los mecanismos lesionales.

Para la valoración del grado del sedación alcanzado no se realizó mediante ninguna escala objetiva validada (valoración mediante el uso de EVN), de los 25 pacientes seleccionados para el estudio, a los que se administra el Kalinox® 170, refieren disminución del dolor en más del 70% en los primeros 5 minutos, media que se obtiene del porcentaje de disminución del dolor medido en la EVN antes y después de la administración del NO+O₂, siendo el 100% el máximo dolor



▲ Figura 5. Mecanismo lesional en porcentaje



▲ Figura 6. Mecanismo lesional en porcentaje

expresado antes de la administración de la mezcla de gases y el número final con su correspondencia en porcentaje. El nivel inicial del dolor basándose en la muestra de la EVN, y según manifestación de los pacientes, osciló entre 2 y 10, con una media de 6,12 (DE = 2,05). Tras la administración del Kalinox®, y una vez finalizado el proceso diagnóstico y/o terapéutico, el nivel de dolor que manifestaban los pacientes oscilaba entre 0 y 6, con una media de 1,76 (DE = 1,51). En tan solo 1 caso de los 25, se mantuvo antes y después la misma escala de dolor, con un nivel de 6. No presentaron efectos secundarios y/o adversos en ninguno de los casos. Se observa con significación estadística que la analgesia es más efectiva en relación a la menor edad del paciente. En la Figura 6 se pueden visualizar de forma gráfica la secuencia de la percepción de dolor al inicio y al final del proceso asistencial en los 25 pacientes estudiados.

La administración del óxido nitroso fue considerada fácil y

la técnica aceptada positivamente por parte del equipo sanitario (Médicos o Enfermeros) y un alto grado de tolerabilidad por parte de los enfermos (no hubo ningún caso de efectos adversos).

DISCUSIÓN

Coincidiendo con otros autores: Es muy frecuente que durante la valoración o el tratamiento de un paciente por los Servicios de Emergencia sea necesario realizar procedimientos dolorosos, tan diferentes entre sí como reducción de una luxación o fractura, suturas, canalización de una vía periférica o contusiones múltiples. Sería idóneo o, más bien, necesario, que los servicios dispusieran de protocolos de analgesia y sedación específicos para cada procedimiento, en el que el fármaco a utilizar sea el más adecuado en función de distintas características, como la intensidad de dolor esperable y la edad del paciente¹².



▲ Figura 7. Administración mezcla N₂O+O₂ a una paciente



▲ Figura 8. Administración mezcla N₂O+O₂ a una paciente

En nuestra experiencia, la mezcla equimolar de óxido nitroso y oxígeno, de acuerdo con otros estudios científicos publicados¹³, presenta una eficacia y seguridad comprobadas para la analgesia y sedación que vayan a precisar procedimientos que produzcan dolor leve/moderado.

Como se observa en otros estudios consultados, en relación al grado de satisfacción del personal sanitario con la utilización del Kalinox[®] 170 (NO+O₂ mezcla al 50%), se considera excelente o adecuada, fue considerada fácil su administración y la técnica aceptada positivamente, no destacándose diferencias entre los grupos de edad, todo ello de acuerdo con otras series publicadas^{13,14}. En Figuras 4.1 y 4.2 se visualiza la administración del Kalinox[®] 170 (NO+O₂ mezcla al 50%) a dos pacientes.

Entre las limitaciones de nuestro estudio, hay que destacar la inexistencia de un grupo control compuesto por pacientes que no recibieran sedación durante el procedimiento doloroso, pero se considera que esto sería inviable por aspectos éticos. La inclusión de un mayor número de pacientes quizás hubiese permitido la comparación en cuanto a eficacia entre distintos subgrupos de procedimientos (no era uno de los objetivos de nuestro estudio).

CONCLUSIONES

Los resultados muestran un buen grado de analgesia de manera global, observando los mejores resultados en los pacientes más jóvenes.

Se ha observado una muy buena aceptación de este método de sedación, tanto entre el personal sanitario encargado de realizarlo como en los pacientes a los que se le ha administrado.

Tras nuestra experiencia en la utilización de la mezcla NO+O₂ al 50% (Kalinox[®] 170) por vía inhalatoria, que proporciona una sedo-analgesia consciente, segura, no invasiva y autorregulada, se recomienda por su rapidez, efectos secundarios y/o adversos escasos y leves, y una buena relación calidad-precio.

Se aconseja el uso de este producto por situarse como uno de los agentes de primera elección para la realización de procedimientos cortos que produzcan dolor de intensidad leve-moderada, habiéndose demostrado que puede ser administrado con seguridad por personal de enfermería adecuadamente entrenado, ya sea en servicios de emergencias móviles, servicios de extinción de incendios, urgencias hospitalarias (adultas y pediátricas) y enfermerías militares

Bibliografía:

- Everitt I, Younge P, Barnett P. Paediatric sedation in emergency departments: What is our practice? *Emerg Med.* 2002;14: 62-6.
- Faddy S, Garlick S. A systematic review of the safety of analgesia with 50% nitrous oxide: can lay responders use analgesic gases in the prehospital setting? *Emerg Med J.* 2005; 22 (12): 901-8.
- Cruz-Hernández M, Cruz-Martínez O. Dolor: diagnóstico, prevención y tratamiento. En: Cruz M, editor. *Tratado de Pediatría.* 9ª ed. Madrid: Ergon; 2006. p. 2171-81.
- Baskett PJ. The use of entonox in the ambulance service. *Proc R Soc Med.* 1972; 65:7-8.
- Hallonsten AL, Koch G, Schroder U. Nitrous oxide-oxygen sedation in dental care, *Community Dent. Oral Epidemiol.* 1983;11: 347-55.
- Hammon NI, Full CA. Nitrous oxide analgesia and children's perception of pain. *Pediatr Dent.* 1984;6: 238-42.
- Dollfuss C, Annequin D, Adam M, Nicolas C, Ouin A, Murat I, et al. Analgésie par le protoxyde d'azote pour la pratique des gestes douloureux en onco-hématologie pédiatrique. *Ann Pédiatr.* 1995; 42: 115-21.
- Frampton A, Browne GJ, Lam LT, Cooper MG, Lane LG. Nurse administered relative analgesia using high concentration nitrous oxide to facilitate minor procedures in children in an emergency department. *Emerg Med J.* 2003; 20: 410-3
- Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, salud y Políticas Sociales. Escala Visual Numérica (EVN). Disponible el día 02-09-2014 en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/formacionsalud/export/sites/default/galerias/descargas/IX_encuentro_pai/ESCALA_VISUAL_NxMERICA-DOLOR.pdf
- Air Liquide Healthcare. Kalinox. Ficha técnica. Disponible el día 02-09-2014 en: http://www.airliquidemedicinal.es/file/otherelement/pj/ficha_kalinox56411.pdf
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica Kalinox. Disponible el día 01-09-2014 en: http://www.aemps.gob.es/cima/pdfs/es/p/67701/P_67701.pdf
- Aldecoa V, Baraibar R, Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Óxido nitroso. In: *Manual de Analgesia y Sedación en Urgencias de Pediatría.* 11ª Ed Madrid: Ergon; 2006. p. 140-5.
- Gómez B, Capapé S, Benitoa FJ, Landab J, Fernández Y, et al. Efectividad y seguridad del uso de óxido nitroso para sedo-analgesia en urgencias. *An Pediatr (Barc)*, 2011; 75 (2): 96-102.
- Chamarro S, Buenache R, García N, Bravo T, Mediavilla M. Analgesia en urgencias pediátricas con mezcla equimolar de óxido nitroso y oxígeno. *Emergencias.* 2014; 26 (4): 332-3.

PLAN DE CUIDADOS EN PACIENTES CON REACCIONES DE ADAPTACIÓN AGUDA Y TRASTORNOS DE DISFUNCIÓN PSICOSOCIAL

PLAN OF TAKEN CARE OF IN PATIENTS WITH REACTIONS OF ACUTE ADAPTATION AND UPHEAVALS OF PSYCHO-SOCIAL DYSFUNCTION

- José Miguel Pérez Jiménez¹
 - Sonia Fimat Molina¹
 - Olga González Toscano¹
- ¹Centro de Salud El Alamillo (Sevilla).

Resumen:

Es para mí, como enfermero de atención primaria, una enorme satisfacción el poner en sus manos un Plan de Cuidados de enfermos con patología mental, que tiene el único objetivo de seguir avanzando en la mejora de la atención de nuestros enfermos. Nos centraremos en un grupo de pacientes relacionados con reacciones de adaptación aguda y trastornos de disfunción psicosocial (delirio, ansiedad, trastornos de conversión y trastornos disociativos). El personal de enfermería se encuentra a menudo en situaciones de consulta, atención hospitalaria y/o domiciliaria con pacientes con estas patologías, y necesita guiar su labor asistencial con un plan de cuidados que garantice asistencia de máxima calidad profesional, integral y humanitaria al paciente. La enfermera ejerce su profesión de una forma científica al utilizar el proceso de atención de enfermería y el plan de cuidados como instrumento indispensable para organizar sus actividades teniendo en cuenta las necesidades y los recursos existentes. El trabajo del profesional de enfermería requiere conocer y manejar los instrumentos que faciliten y mejoren la calidad de su quehacer. Entre estos instrumentos destaca un exhaustivo plan de cuidados, sin olvidar el trabajo en equipo y los programas de salud.

Palabras clave:

Enfermo mental, Metodología enfermera, Plan de cuidados, Trastorno disfunción psicosocial, Valoración de enfermería, Proceso de enfermería

Abstract:

It is for my, like nurse of primary attention, an enormous satisfaction putting in its Taken care of hands a Plan of patients with pathology mental, that has the only objective to continue advancing in the improvement of the attention of our patients. We will be centered in a group of patients related to reactions of acute adaptation and upheavals of psycho-social dysfunction (delirium, anxiety, dissociative upheavals of conversion and upheavals). The infirmery personnel often is in situations, consultation and/or address with patients with these pathologies, and needs to guide its welfare work by a plan of taken care of that guarantees attendance of maximal professional quality, integral and humanitarian of the patient. The nurse exerts his profession of a scientific form when using the process of attention of taken care of infirmery and the plan of as indispensable instrument to organize his activities having in account the existing necessities and resources. The work of the infirmery professional requires to know and to handle the instruments that facilitate and improve the quality of their task. Between these instruments it emphasizes an exhaustive plan of cares, without forgetting the work in equipment and the programs health.

Key words:

Mental patient, Methodology nurse, Care Plan, Upheaval social psychological, Nursing assessment, Nursing Process

INTRODUCCIÓN

Dentro de las líneas de actuación en enfermos mentales, es de fundamental importancia la atención de enfermería, por ello es imprescindible contar con un plan de cuidados lo

más exhaustivo posible. Teniendo en cuenta, no solo la atención hospitalaria sino también la atención comunitaria, es de rigor ofrecer un material para todas aquellas personas que tengan interés en el tratamiento intensivo de pacientes con enfermedades mentales.

La atención al enfermo mental se basa en un modelo socio sanitario en el que las familias son el elemento rehabilitador por excelencia, pero es enfermería quien debe instruir a dichos familiares, para prestar al paciente una asistencia individualizada y especializada en el mejor lugar terapéutico posible.

Su desarrollo permitirá aumentar el conocimiento sobre salud mental en el contexto social próximo del paciente, mejorando la asistencia y minimizando la estigmatización del paciente psiquiátrico. Así mismo, este plan de cuidados pretende fomentar un mayor nivel de participación familiar en el proceso de tratamiento integral de los pacientes. No olvidemos que las enfermeras contemplan a las familias desde dos perspectivas: como una unidad de cuidados en sí misma y como una unidad cuidadora; ya que como unidad requiere cuidados para su desarrollo en salud y como una unidad que en colaboración con la enfermera aplica cuidados a sus miembros. El problema fundamental de las cuidadoras es que no se sienten escuchadas, comprendidas, y no pueden descargar sus emociones. Es mucha la carga que tiene la cuidadora de un enfermo mental y muchas las barreras con las que se encuentra.

El apoyo a los cuidadores habituales es uno de los puntos de inflexión de la enfermera, ya que a través de la valoración de necesidades, ponemos en marcha un plan de cuidados a medida, con la gestión de los recursos necesarios para la resolución de las necesidades detectadas.

JUSTIFICACIÓN

Los planes de cuidados son una herramienta de trabajo fundamental para nuestra profesión. Ya que en él se puede recoger una información muy valiosa de la persona que estamos asistiendo.

Permite trabajar con los conocimientos que parten de la enfermería basada en la evidencia.

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

OBJETIVOS

El Plan de Cuidados de Salud Mental tiene como único objetivo dar respuestas a las necesidades de los pacientes y de sus familiares y cuidadores. Este plan asume el modelo asistencial establecido en su predecesor y continúa su desarrollo, aplicando criterios de búsqueda de la excelencia y de calidad eficiente.

El Plan coincide con la Consejería de Sanidad en avanzar en la humanización de la asistencia y en el rechazo a la estigmatización y a la discriminación de personas con trastornos mentales, dando prioridad a la prevención del suicidio y la seguridad del paciente en todos sus aspectos, y en especial en lo que se refiere a los tratamientos psicofarmacológicos.

Asimismo, se pretende conjugar en una asistencia de calidad, la modernidad, profesionalidad y científicismo. Se

parte de una situación previa a la que se añade transparencia al enfermo, claro destinatario de una atención sanitaria en continua búsqueda de la excelencia.

En una red de atención a la Salud Mental existe la necesidad de preservar la continuidad de cuidados, la rehabilitación y la adherencia al tratamiento de los enfermos mentales graves, y por lo tanto, más vulnerables, para garantizarles la posibilidad de utilización de recursos de la comunidad próximos a su domicilio. Es importantísimo que exista una red adecuada de asistencia entre hospitalización y atención primaria, relación que detallamos más adelante.

ANTECEDENTES Y BASES CONCEPTUALES

Hasta ahora los principios y valores que han sustentado los cuidados de estos enfermos siguen teniendo plena vigencia. Durante el período 2003-2008 han aparecido nuevos e importantes referentes. Algunos son nacionales, como la Ley de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Otros son referentes internacionales para la organización de los servicios de atención a la Salud Mental como la Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005).

En este modelo organizativo, es fundamental también reconocer la importancia de Sistema de Servicios Sociales para la atención a las dificultades sociales que presentan las personas con problemas de salud mental y, muy en especial, los pacientes con trastornos mentales graves.

También cabe destacar el empeño de las asociaciones de pacientes y de familiares que son un pilar fundamental en el cuidado, tratamiento y rehabilitación de los pacientes. El éxito de la aplicación del presente Plan se cifrará también en función de la satisfacción de los pacientes y de sus familiares y de todos los profesionales sanitarios.

Los Trastornos Mentales y del Comportamiento constituyen la octava causa de muertes en España, siendo causantes de forma directa del 3,2% de las defunciones totales. En las mujeres este porcentaje es ligeramente superior, alcanzando el 4,4% del total de defunciones y situándose como la sexta causa de muerte.

Entre los varones constituyen la décima causa de muerte y suponen el 2,1% de las defunciones totales (INE 2007).

El estudio de la evolución del número de altas hospitalarias con diagnóstico principal Trastorno Mental indica que este tipo de enfermedades están generando una creciente demanda asistencial, habiendo experimentado un crecimiento del 8,81% en el período 1997-2007.

COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y ATENCIÓN PRIMARIA

Los datos epidemiológicos demuestran que el principal punto de contacto con la salud mental para la mayoría de los pacientes es Atención Primaria, y que el 80% de los pacientes psiquiátricos atendidos en salud mental proceden del ámbito de la atención

primaria. Este hecho se constata si se considera la elevada prevalencia de los problemas relacionados con la salud mental en este nivel asistencial, que oscilan entre un 18 y un 39% según diferentes estudios, y que sólo alrededor del 10% son derivados.

Estudios recientes señalan que, en la atención diaria, los médicos de familia atienden entre un 15 a un 18% de pacientes con algún tipo de trastorno mental o patología psiquiátrica.

La coordinación entre niveles asistenciales y la integración clínica es una condición indispensable para que la atención a la salud se organice de forma efectiva como un proceso integral con garantías de continuidad de la atención prestada a cada individuo.

Para desarrollar una atención global en salud mental, con un mejor abordaje del paciente, permitiendo un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible, un aumento de su calidad de vida y adaptación a su entorno, se requiere una actuación complementaria y coordinada entre los Servicios de Salud Mental, Atención Primaria y los servicios sociales y recursos comunitarios, aplicando modelos de atención compartida y desarrollando estrategias de enlace entre los profesionales de los distintos niveles.

PLAN ESTRATÉGICO DE SALUD MENTAL 2010 – 2014

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud establece dentro de las prestaciones de atención primaria **la atención a la salud mental, en coordinación con los servicios de atención especializada** e incluye la atención a la salud mental dentro de las prestaciones de atención especializada.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización incluye en la cartera de servicios de atención primaria un apartado específico y describe en él las siguientes prestaciones relativas a la atención a la salud mental *en coordinación con los servicios de atención especializada*:

1. Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.
2. Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
3. Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
4. Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación, en su caso, al servicio especializado correspondiente.
5. Seguimiento, de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales, de las personas con trastorno mental grave y prolongado.

El papel de atención primaria en la detección de patologías mentales también es desempeñado en muchas ocasiones por los Servicios de Pediatría. La Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud señala que:

la atención primaria de salud ha de adquirir una relevancia determinante en la atención a los pacientes con trastornos mentales, mediante el abordaje terapéutico integral de las patologías que puedan atenderse en el primer nivel asistencial, mediante la detección y la derivación precoz de las personas que precisen una atención especializada en los equipos de salud mental y mediante la continuidad en los cuidados de todas las personas afectadas y de sus familias.

También resalta que no existe una generalización de modelos de coordinación entre atención primaria y salud mental, ni un procedimiento reglado para establecer cuál es el grado de responsabilidad, y según qué criterios, de cada uno de los profesionales que pueden actuar sobre un mismo caso. Dicho documento establece como objetivos específicos el desarrollo de procedimientos de apoyo desde la atención especializada en salud mental a la atención primaria, para la detección y tratamiento precoz de trastornos mentales.

Un aspecto esencial es la formación de los profesionales de Atención Primaria para contribuir a la adherencia al tratamiento y a la continuidad de cuidados de los pacientes con Trastorno Mental Grave, así como al control de su salud general, a la monitorización de los efectos secundarios de los psicofármacos, a la identificación precoz de síntomas de descompensación, para proceder a una derivación urgente o preferente al Servicio de Salud Mental, a la vigilancia de posible comorbilidad con abuso de sustancias y a la detección de consecuencias de la enfermedad mental en otros miembros del entorno familiar.

El grado de estructuración de implantación de la coordinación en enfermería es muy variado, siendo en unos casos organizada y continua, en otros casos se trata de coordinaciones puntuales para situaciones que lo requieran, y en otros muchos casos es inexistente.

En aquellos distritos con gran dispersión geográfica es importante la coordinación con enfermería de Atención Primaria para hacer un seguimiento del tratamiento inyectable (en el caso que la administración se realice en su Centro de Salud), seguimiento de la patología física que pudiera presentar, desarrollo integral de los Planes de Cuidados de salud mental y físicos. El acceso al Servicio de Salud Mental en estos casos, sobre todo zonas rurales, está distante y la Atención Primaria cobra una especial relevancia.

Uno de los problemas detectados por los Servicios de comunidad es el incremento de las derivaciones desde Atención Primaria para atención psicoterapéutica de las denominadas «patologías menores» y también la medicalización de los problemas de la vida cotidiana, que desbordan los recursos especializados, situación esta que no debiera comprometer la prioritaria atención a los pacientes con Trastorno Mental Grave. Sin olvidar tampoco, desde la

perspectiva preventiva, el impacto que tiene dicha «patología menor» en el desarrollo de personalidades en crecimiento o vulnerables por diversos motivos.

ETIOLOGIA - EPIDEMIOLOGIA

Esta norma enfermera establece las intervenciones que son de aplicación al grupo de pacientes relacionados con reacciones de adaptación aguda y trastornos de disfunción psicosocial, cuyo código GRD es 425.

Es un GRD médico que agrupa a pacientes que presentan un síndrome psicoorgánico, o bien, con distintos tipos de reacción a estrés agudo. Nos centraremos en el delirio, la ansiedad, los trastornos de conversión y los trastornos disociativos. El flujo asistencial de dichos pacientes es mayoritariamente por urgencias.

El perfil epidemiológico de estas patologías varía; por ejemplo entre un 7-8% de la población presentan trastornos de ansiedad. El delirio (síndrome confusional agudo), es el síndrome psiquiátrico orgánico más frecuente en ancianos, se da aproximadamente en el 40% de los pacientes ingresados. Se puede presentar en cualquier edad aunque la incidencia es más elevada en mayores de 60 años.

El trastorno de conversión tiene una incidencia entre el 1 y el 3% de los pacientes vistos en Centros de Salud Mental, siendo mayor en poblaciones rurales y de menor status económico, generalmente se inicia en los últimos años de la adolescencia.

Respecto a la etiología, si consideramos los trastornos de ansiedad, están producidos por una compleja interacción de factores biológicos (genéticos, elevada respuesta al estrés, existencia de patología psiquiátrica y otras enfermedades), psicológicos y sociales (miedo al rechazo, baja autoestima, poca tolerancia a la frustración).

Las causas del delirio son muy variadas: enfermedades intracraneales (infecciones, traumatismos...), enfermedades extracraneales (intoxicaciones, enfermedades endocrinas, enfermedades sistémicas, procesos infecciosos agudos...). Existen además otros factores: intervenciones quirúrgicas, anestesia, aislamientos, estancias en UVIs, cambios frecuentes de domicilio, etc.

Los trastornos de conversión tienen como origen trastornos intrapsíquicos.

Los trastornos disociativos pueden originarse a partir de un acontecimiento profundamente estresante (abuso psíquico o sexual, catástrofes naturales, atentados...)

En datos absolutos suponen 5022 casos, que en porcentaje representan el 8,8% de los ingresos incluidos en la CDM 19. Según distribución por sexos, los ingresos masculinos ascienden a 2159, lo que supone el 43% de los casos, mientras que los ingresos femeninos son 2863, representando un 57% de los episodios de hospitalización (figura 1).

Existen diferencias por Comunidades Autónomas, como se puede apreciar en la tabla 1 y figura 2. Ceuta presenta la tasa de incidencia más alta frente a Canarias donde se da la tasa más baja. Por encima de la tasa de incidencia estatal hay 8 comunidades autónomas, de mayor a menor inciden-

cia: Ceuta, Aragón, Baleares, Galicia, Castilla la Mancha, Asturias, Castilla y León y País Vasco. El resto de las comunidades autónomas presentan tasas más bajas, destacando por tasa inferior Canarias. Por sexos, en todas las comunidades, excepto en Melilla y País Vasco, la incidencia en las mujeres es superior a la de los hombres. En Cantabria y Castilla La Mancha, la tasa de incidencia de las mujeres es casi el doble que la de los hombres. Sin embargo, en Melilla ocurre lo contrario. Fuente: CMBD Nacional.

PLAN DE CUIDADOS

Delirio

Es una afección de confusión seria y cambios rápidos en la función cerebral, que suele ser causada por una enfermedad física o mental tratable. Etimológicamente viene del término latino “de-lirare” que significa salir del surco al labrar la tierra. La palabra ha evolucionado para significar la creencia que “se sale” de la norma establecida por el grupo de pertenencia social. En el lenguaje diario, describe una creencia que es falsa, extravagante o derivada de un engaño. En psiquiatría, la definición es necesariamente más precisa e implica que la creencia es patológica (el resultado de una enfermedad o proceso de una enfermedad). Como patología, es distinta de una creencia basada en información falsa o incompleta o de ciertos efectos de la percepción que son llamados, más precisamente, apercepción o ilusión.

Los delirios suceden normalmente en un contexto neurológico, aunque no están vinculados a ninguna enfermedad en particular y se ha encontrado que ocurren en el contexto de muchos estados patológicos (físicos y mentales). Sin embargo, tienen importancia particular en el diagnóstico de las psicosis y, particularmente, en la esquizofrenia, la manía y los episodios del trastorno bipolar. También pertenece a la nosología psiquiátrica en forma de un síndrome delirante, definitorio junto a los síndromes alucinatorios y disociativo-autistas de todas las psicosis. El delirio, o idea delirante, debe cumplir varios requisitos:

ser una idea firmemente sostenida pero con fundamentos lógicos inadecuados.

- ser incorregible con la experiencia o con la demostración de su imposibilidad
- ser inadecuada para el contexto cultural del sujeto que la sostiene.

Estos requisitos son necesarios porque hay muchas ideas que pueden ser sostenidas con firmeza y convicción más o menos incorregibles por diversas personas (por ejemplo, ideas religiosas o políticas), y sin embargo no constituir delirios: se requiere que el proceso por el que se llega a la convicción sea inadecuado. Por ejemplo, un sujeto puede afirmar que es portador de una verdad que debe propagar por el mundo, dado que escuchó su nombre en la televisión. El delirio no se diagnostica por la convicción de “ser portador de una verdad que revelar” (muchas personas podrían decir algo parecido), sino por la forma extravan-

te por la que llega a esa convicción (haber escuchado su nombre por la televisión).

Típicamente, ante la argumentación de que eso no tiene lógica, el sujeto persiste en su convicción. Dado que no es una convicción habitual, habría que verificar si acaso pertenece a algún grupo religioso que sostenga convicciones similares, pero, aún en este caso, los propios miembros de su grupo podrían haber detectado una alteración de la lógica del pensamiento que considerarían anormal. En ese caso, la idea se considera delirante.

La alteración se presenta en un corto periodo de tiempo y tiende a fluctuar durante el día. Existe un escaso control de los impulsos, siendo causa de lesiones o caídas, incluso pueden lesionarse a sí mismos o a los demás de forma no intencionada, puede existir alteración de la percepción del esquema corporal. Esta conducta incontrolada puede ocasionar alarma en los cuidadores. Otras veces el paciente está adormilado y responde lentamente a los estímulos.

Manifestaciones psíquicas y conductuales:

- Deterioro de la conciencia y de la atención
- Trastorno cognoscitivo global (percepción distorsionada, alucinaciones e ilusiones, sobre todo visuales, deterioro del pensamiento comprensión y memoria)
- Trastornos psicomotores (hipoactividad o hiperactividad)
- Trastornos del ciclo sueño-vigilia
- Trastornos emocionales (depresión, ansiedad, miedo, euforia...)
- Alteración de la conciencia, con reducción de la capacidad para centrar, mantener o dirigir la atención
- Cambio en las funciones cognoscitivas (deterioro de la memoria, desorientación, alteración del lenguaje).

Ansiedad

La ansiedad (del latín *anxietas*, 'angustia, aflicción') es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. En la actualidad se estima que un 20.5% o más de la población mundial sufre de algún trastorno de ansiedad, generalmente sin saberlo.

Ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento y libera señales de alerta a todo el sistema nervioso central. Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, y se fuerza a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que se está invirtiendo para conseguirla y que normalizará los valores que han disparado esa "alerta amarilla". En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado

de "alerta roja".

El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina.

Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se presentan con asiduidad, entonces el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopaminas o por otras catecolaminas. Esas situaciones ayudan al organismo a resolver peligros o problemas puntuales de la vida cotidiana.

Manifestaciones periféricas:

- Cardiovasculares: taquicardia, palpaciones, dolor precordial
- Respiratorias: disnea, sensación de ahogo
- Digestivas: náuseas, vómitos, aerofagia, meteorismo, dispepsia, diarrea, estreñimiento
- Genitourinarias: micción frecuente, interferencia con esfera sexual
- Neuromusculares: tensión muscular, temblor, hormigueos, parestesias, cefaleas
- Neurovegetativas: sequedad de boca, sudación, escalofríos, mareo, inestabilidad

Manifestaciones psíquicas y conductuales:

- Aturdimiento, desasosiego, irritabilidad
- Miedo incoercible y miedo a perder el control, agobio psicológico, deseo de escapar
- Dificultad para la concentración
- Incapacidad para estar quieto, actos repetitivos
- Inhibición y bloqueo psicomotor
- Insomnio

Trastorno disociativo

La característica esencial de estos trastornos consiste en una alteración de las funciones integradoras de la conciencia, la identidad, la memoria y la percepción del entorno. Se produce un desprendimiento de la realidad sin ningún otro signo de despersonalización. Se distinguen:

- **Trastorno de despersonalización:** Supone la presencia de periodos persistentes de distanciamiento de uno mismo, o de sentirse como un observador ajeno, manteniéndose intacto el sentido de la realidad.
- **Amnesia disociativa:** También conocida como amnesia psicógena o amnesia funcional. Amnesia retrógrada de tipo autobiográfica relacionada con la experimentación de un fuerte trauma emocional.
- **Fuga disociativa:** Consiste en la realización de viajes inesperados lejos del hogar durante los cuales al paciente no

le resulta posible recordar los sucesos de su vida pasada. En ocasiones puede conllevar el abandono de la identidad previa y la asunción de una nueva identidad.

- **Trastorno de identidad disociativo:** También conocido como *trastorno de personalidad múltiple*. En este trastorno se observa que el paciente alterna dos o más personalidades distintas, existiendo una amnesia para una cantidad importante de información relativa a las otras identidades.
- **Trastorno disociativo no especificado:** Se utiliza para todas aquellas formas de disociación patológica que no cumple los criterios diagnósticos de ninguno de los trastornos disociativos descritos anteriormente.

Trastorno de conversión

El trastorno de conversión (término que describe lo que anteriormente se llamaba histeria) o también llamados trastornos disociativos, fue un diagnóstico especialmente popular a fines del siglo XIX. Se refiere a los síntomas que afectan al comportamiento y que se asemejan a una enfermedad neurológica pero que no proceden de ninguna enfermedad física conocida ni se pueden explicar por ella. El psicoanálisis define el trastorno de conversión, o histeria de conversión, como una "Forma de histeria que se caracteriza por el predominio de los síntomas de conversión". Es una conversión porque el paciente convierte el conflicto psicológico en un trastorno físico (incapacidad para mover ciertas partes del cuerpo o usar los sentidos de manera normal). Entre los que lo estudiaban, se destacaron Pierre Janet, Jean-Martin Charcot, Josef Breuer y Sigmund Freud.

Manifestaciones:

- Invalidez o limitación física (convencimiento del paciente de que la posee)
- Ausencia de patología orgánica
- Afectación emocional, disminución de la autoestima
- Existe ganancia secundaria

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Comprobación y seguimiento de los síntomas
- Analítica de sangre y orina
- E.E.G.
- TAC
- RNM

ACCIONES IMPLICADAS EN EL TRATAMIENTO

Delirio:

- Tratamiento etiológico

- Evitar autolesiones o lesiones a otros (contención mecánica)
- Farmacológico: neurolépticos, benzodiazepinas

Ansiedad:

- Farmacológico: benzodiazepinas, azapironas, antidepresivos, betabloqueantes y antipsicóticos con acción ansiolítica.
- Tratamiento psicoterápico: terapia cognitiva, relajación, entrenamiento respiratorio, desensibilización sistemática, terapia de exposición, entrenamiento habilidades sociales

Trastorno de conversión:

- Psicoterapia
- Hipnosis
- Terapia conductual
- Farmacológico: ansiolíticos; a veces se usan placebos

Trastorno disociativo:

- Farmacológico: las intervenciones psicofarmacológicas son primariamente coadyuvantes y de naturaleza empírica. No existen estudios doble-ciego controlados con placebo para estudiar ningún agente psicofarmacológico o régimen farmacológico para el TID. Los síntomas más destacables que pueden abordarse con medicaciones psicotropas
- Intervenciones psicoterapéuticas: Terapia Cognitivo-Conductual, Terapia Dialéctica-Conductual, Hipnoterapia, Terapia Psicodinámica

TÉCNICAS

- Punción IV
- Contención mecánica.

DIAGNÓSTICOS MÁS FRECUENTES/ENTES

CÓDIGO DESCRIPCIÓN

293.0 DELIRIO AGUDO

300.00 ESTADO DE ANSIEDAD NO ESPECIFICADO

300.09 OTROS ESTADOS DE ANSIEDAD

300.11 TRASTORNO DE CONVERSION

300.15 TRASTORNO O REACCION DISOCIATIVA, NO ESPECIFICADA

VALORACIÓN ENFERMERA

Patrón 1 **Patrón de percepción y control de la salud**

Su salud mental no es adecuada, en algunos casos con percepción de que siempre están enfermos.

Pueden faltar al trabajo o al colegio ocasionalmente.

Suelen acudir a los servicios sanitarios frecuentemente.

Tiene probabilidad de sufrir accidentes y riesgo de autolesionarse.

La enfermedad puede haber sido producida por: estrés, vivencias anteriores, contexto sociocultural, enfermedades orgánicas...

Generalmente es trasladado a Urgencias, siendo ingresado en una Unidad Psiquiátrica.

Durante su ingreso es importante para el enfermo aliviar su malestar psicológico.

Se le puede ayudar con apoyo psicológico.

Patrón 2 **Patrón nutricional y metabólico**

Pueden existir náuseas y vómitos.

En algunos casos pueden aparecer molestias digestivas: dispepsia, meteorismo, aerofagia.

Pueden presentar sequedad de boca.

Patrón 3 **Patrón de eliminación**

Puede existir diarrea o estreñimiento. También pueden tener micciones frecuentes.

Puede aparecer sudoración excesiva en algunos casos (Ansiedad).

Patrón 4 **Patrón de actividad y ejercicio**

A veces puede haber disnea y ahogo (Ansiedad)

Puede existir en algunos casos hipoactividad, y en otros hiperactividad

Limitación física (T. Conversión).

El ejercicio y la actividad de tiempo libre pueden estar disminuidos.

Generalmente son autónomos, aunque a veces hay que insistirles para que realicen alguna de las actividades.

Dependiendo del proceso y del estadio

Capacidad Percibida

Alimentarse 0-2

Bañarse 0-2

Movilidad general 0-2

Movilidad en cama 0-2

Arreglarse 0-2

Vestirse 0-2.

Patrón 5 **Patrón de reposo y sueño**

En numerosas ocasiones no se encuentran descansados, tienen alterado el patrón del sueño por su enfermedad y por la hospitalización. Puede presentar problemas para conciliar el sueño y tener insomnio en algunos casos.

Los periodos de descanso-relax están alterados, con trastornos del ciclo sueño-vigilia.

Patrón 6 **Patrón cognoscitivo y perceptual**

Pueden tener alucinaciones o ilusiones auditivas, visuales y cinestésicas (Delirio)

Alteraciones en la atención, concentración y memoria

Trastorno cognitivo global (Delirio)

Pueden tener dificultad para el aprendizaje por falta de atención y concentración.

En general tiene dificultad para la toma de decisiones.

Suelen tener Cefaleas y dolores muy variados (T. Conversión)

Pueden presentar temblores, hormigueos, parestesias.

Patrón 7 **Patrón de auto percepción y autoconcepto**

En general, no se sienten a gusto consigo mismo.

Se han producido cambios más o menos importantes en su cuerpo o en las cosas que puede hacer dependiendo de la patología y del estadio, que generalmente representan un problema. Pueden tener una débil imagen de sí mismos

Experimentan diversidad de sentimientos relacionados con las diferentes patologías. En general presentan trastornos emocionales, con respuestas inadecuadas: nerviosismo, inquietud, miedo, agobio psicológico.

Patrón 8 **Patrón de función y relación**

Existe generalmente deterioro en las relaciones familiares. La familia vive angustiada por los problemas que se ocasionan habitualmente y por la evolución de la enfermedad.

Se puede producir un deterioro laboral y /o escolar.

Patrón 9 **Patrón de sexualidad y reproducción**

Puede existir algún problema para las relaciones sexuales.

Patrón 10 **Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés**

Cambios derivados de las crisis producidas por los diferentes trastornos.; quien puede ofrecerles más ayuda es el psicoterapeuta.

En general toleran muy mal el estrés, En ocasiones (Delirio) pueden ser agresivos consigo mismo y con los demás.

Patrón 11 **Patrón de valores y creencias**

Tienen dificultades para conseguir las cosas que quieren en la vida.

IDENTIFICACIÓN, CRITERIOS DE RESULTADOS E INTERVENCIONES

Patrón 1 Patrón de percepción y control de la salud

Diagnóstico enfermero	Caract/Factores Relacionados o de Riesgo	Criterio de resultados	Intervención enfermera
* 00035 Riesgo de lesión		* 1911 Conductas de seguridad personal * 1902 Control del riesgo * 1913 Severidad de la lesión física	* 6490 Prevención de caídas * 6450 Manejo de ideas ilusorias * 6510 Manejo de las alucinaciones * 6580 Sujeción física * 6654 Vigilancia: seguridad * 4354 Manejo de la conducta: autolesión * 4352 Manejo de la conducta: hiperactividad\ falta de atención * 4356 Manejo de la conducta: sexual
* 00099 Mantenimiento ineficaz de la salud	F. Relacionado: Incapacidad para realizar juicios apropiados	* 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión	* 4350 Manejo de la conducta * 4360 Modificación de la conducta * 4480 Facilitar la autorresponsabilidad * 5440 Aumentar los sistemas de apoyo

Patrón 2 Patrón nutricional y metabólico

Diagnóstico enfermero	Caract/Factores Relacionados o de Riesgo	Criterio de resultados	Intervención enfermera
* 00045 Deterioro de la mucosa oral	F. Relacionado: Estrés	* 1100 Higiene bucal	* 1730 Restablecimiento de la salud bucal

Patrón 3 Patrón de eliminación

Diagnóstico enfermero	Caract/Factores Relacionados o de Riesgo	Criterio de resultados	Intervención enfermera
* 00011 Estreñimiento	F. Relacionado: Estrés emocional	* 0501 Eliminación intestinal	* 0450 Manejo del estreñimiento\impactación
* 00013 Diarrea	F. Relacionado: Alto grado de estrés F. Relacionado: Ansiedad	* 0501 Eliminación intestinal * 0460 Manejo de la diarrea	

Patrón 4 Patrón de actividad y ejercicio

Diagnóstico enfermero	Caract/Factores Relacionados o de Riesgo	Criterio de resultados	Intervención enfermera
* 00032 Patrón respiratorio ineficaz * 00085 Deterioro de la movilidad física	F. Relacionado: Ansiedad F. Relacionado: Ansiedad F. Relacionado: Estado de humor depresivo	* 0403 Estado respiratorio: ventilación * 0208 Movilidad * 0210 Realización de transferencia	* 5820 Disminución de la ansiedad * 0226 Terapia de ejercicios: control muscular * 4310 Terapia de actividad * 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
* 00092 Intolerancia a la actividad	F. Relacionado: Debilidad generalizada	* 0005 Tolerancia de la actividad	* 0180 Manejo de la energía * 4310 Terapia de actividad
* 00102 Déficit de autocuidado: alimentación	F. Relacionado: Debilidad F. Relacionado: Fatiga	* 0303 Autocuidados: comer	* 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación
* 00108 Déficit de autocuidado: baño	F. Relacionado: Debilidad y cansancio	* 0301 Autocuidados: baño * 0305 Autocuidados: higiene	* 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
* 00109 Déficit de autocuidado: vestido	F. Relacionado: Debilidad F. Relacionado: Fatiga	* 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) * 0302 Autocuidados: vestir	* 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal

Patrón 5 Patrón de reposo y sueño

Diagnóstico enfermero	Caract/Factores Relacionados o de Riesgo	Criterio de resultados	Intervención enfermera
* 00095 Insomnio	F. Relacionado: Higiene del sueño inadecuada (actual) F. Relacionado: Factores ambientales (p. ej., ruido, exposición a la luz del día\oscuridad, temperatura\humedad ambiental, entorno no familiar)	* 0004 Sueño	* 1850 Mejorar el sueño
* 00096 Deprivación de sueño	F. Relacionado: Malestar prolongado (físico, psicológico)	* 0004 Sueño	* 1850 Mejorar el sueño

Patrón 6 Patrón cognoscitivo y perceptual

Diagnóstico enfermero	Caract/Factores Relacionados o de Riesgo	Criterio de resultados	Intervención enfermera
* 00122 Trastorno de la percepción sensorial (especificar: visual, auditiva, cinestésica, gustativa, táctil, olfatoria)	F. Relacionado: Estrés psicológico	* 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado	* 5820 Disminución de la ansiedad * 6440 Manejo del delirio * 6450 Manejo de ideas ilusorias * 6510 Manejo de las alucinaciones
* 00128 Confusión aguda	F. Relacionado: Delirio	* 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado * 0912 Estado neurológico: consciencia	* 6450 Manejo de ideas ilusorias * 6510 Manejo de las alucinaciones
* 00130 Trastorno de los procesos de pensamiento	C. Definitoria: Interpretación inexacta del entorno C. Definitoria: Pensamiento inadecuado no basado en la realidad	* 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado * 0905 Concentración * 1202 Identidad	* 4700 Reestructuración cognitiva * 4720 Estimulación cognoscitiva * 4820 Orientación de la realidad * 5820 Disminución de la ansiedad * 6440 Manejo del delirio * 6450 Manejo de ideas ilusorias * 6510 Manejo de las alucinaciones
* 00131 Deterioro de la memoria	F. Relacionado: Excesivas alteraciones ambientales	* 0908 Memoria	* 4760 Entrenamiento de la memoria * 4820 Orientación de la realidad * 5820 Disminución de la ansiedad
* 00132 Dolor agudo	F. Relacionado: Agentes lesivos (biológicos, químicos, físicos, psicológicos)	* 2102 Nivel del dolor	* 1400 Manejo del dolor
* 00133 Dolor crónico	F. Relacionado: Incapacidad psicosocial crónica	* 2102 Nivel del dolor	* 1400 Manejo del dolor * 5920 Hipnosis * 2380 Manejo de la medicación

Patrón 7 Patrón de auto percepción y autoconcepto

Diagnóstico enfermero	Caract/Factores Relacionados o de Riesgo	Criterio de resultados	Intervención enfermera
* 00119 Baja autoestima crónica	C. Definitoria: Evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar los acontecimientos. C. Definitoria: Expresiones de culpa.	* 1205 Autoestima	* 5400 Potenciación de la autoestima
* 00121 Trastorno de la identidad personal		* 1403 Autocontrol del pensamiento distorsionado * 1202 Identidad	* 4820 Orientación de la realidad * 5820 Disminución de la ansiedad * 6450 Manejo de ideas ilusorias
* 00146 Ansiedad	F. Relacionado: Conflicto inconsciente sobre los objetivos vitales esenciales F. Relacionado: Estrés	* 1402 Autocontrol de la ansiedad	* 5820 Disminución de la ansiedad
* 00148 Temor	F. Relacionado: Deterioro sensorial F. Relacionado: Estímulos fóbicos	* 1404 Autocontrol del miedo	* 5380 Potenciación de la seguridad * 5820 Disminución de la ansiedad

Patrón 8 Patrón de función y relación

Diagnóstico enfermero	Caract/Factores Relacionados o de Riesgo	Criterio de resultados	Intervención enfermera
* 00052 Deterioro de la interacción social	F. Relacionado: Alteración de los procesos de pensamiento	* 1503 Implicación social	* 5100 Potenciación de la socialización
* 00060 Interrupción de los procesos familiares	F. Relacionado: Cambio en el estado de salud de un miembro de la familia	* 2604 Normalización de la familia	* 7130 Mantenimiento en procesos familiares * 7140 Apoyo a la familia * 7200 Fomentar la normalización familiar
* 00138 Riesgo de violencia dirigida a otros	F. Riesgo: Lenguaje corporal (postura rígida, puños y mandíbulas contraídos, hiperactividad, caminar de un lado a otro, falta de aliento, posturas amenazadoras) F. Riesgo: Sintomatología psicótica (p. ej., auditiva, visual, alucinaciones en forma de órdenes; de ilusiones paranoides; procesos de pensamiento vagos, erráticos, ilógicos)	* 1401 Autocontrol de la agresión	* 4360 Modificación de la conducta * 6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia * 6580 Sujeción física * 6630 Aislamiento

Patrón 9 Patrón de sexualidad y reproducción

Diagnóstico enfermero	Caract/Factores Relacionados o de Riesgo	Criterio de resultados	Intervención enfermera
* 00059 Disfunción sexual	F. Relacionado: Alteración biopsicosocial de la sexualidad	* 0119 Funcionamiento sexual	* 5248 Asesoramiento sexual

Patrón 10 Patrón de afrontamiento y tolerancia al estrés

Diagnóstico enfermero	Caract/Factores Relacionados o de Riesgo	Criterio de resultados	Intervención enfermera

Patrón 11 Patrón de valores y creencias

Diagnóstico enfermero	Caract/Factores Relacionados o de Riesgo	Criterio de resultados	Intervención enfermera
* 00067 Riesgo de sufrimiento espiritual	F. Riesgo: Ansiedad F. Riesgo: Baja autoestima	* 2001 Salud espiritual	* 5270 Apoyo emocional * 5330 Control del humor

INTERVENCIONES DERIVADAS DE LOS DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

PRESCRIPCIÓN

INTERVENCIONES

Técnicas

- * PUNCIÓN VENOSA
- * SUJECIÓN FÍSICA

Pruebas Diagnósticas

- * TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTERIZADA
- * ANÁLISIS DE ORINA (SISTEMÁTICO)
- * PRUEBAS PSICOMÉTRICAS
- * RADIOLOGÍA SIN CONTRASTE
- * ELECTROCARDIOGRAMA
- * ANALITICA DE SANGRE VENOSA
- * ELECTROENCEFALOGRAMA

Medicamentos, Otros

- * MEDICACIÓN INTRAVENOSA
- * TERAPIAS PSICOSOCIALES
- * MEDICACIÓN ORAL

INTERVENCIONES INCLUIDAS EN LOS PLANES DE CUIDADOS

- 7310 Cuidados de enfermería al ingreso
- 7920 Documentación
- 8140 Informe de tumos
- 6680 Monitorización de los signos vitales
- 7370 Planificación del alta
- 7460 Protección de los derechos del paciente
- 8060 Transcripción de órdenes

RELACIÓN DE INTERVENCIONES DEL PLAN DE CUIDADO 425

- 6630 Aislamiento
- 1801 Ayuda con los autocuidados: baño/higiene
- 5380 Potenciación de la seguridad
- 1803 Ayuda con los autocuidados: alimentación
- 0450 Manejo del estreñimiento/impactación
- 5820 Disminución de la ansiedad
- 7130 Mantenimiento en procesos familiares

- 6440 Manejo del delirio
- 5270 Apoyo emocional
- 5400 Potenciación de la autoestima
- 4350 Manejo de la conducta
- 7200 Fomentar la normalización familiar
- 1400 Manejo del dolor
- 4360 Modificación de la conducta
- 4354 Manejo de la conducta: autolesión
- 1850 Mejorar el sueño
- 4480 Facilitar la autorresponsabilidad
- 0180 Manejo de la energía
- 4700 Reestructuración cognitiva
- 4356 Manejo de la conducta: sexual
- 1730 Restablecimiento de la salud bucal
- 0226 Terapia de ejercicios: control muscular
- 5330 Control del humor
- 5920 Hipnosis
- 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito
- 4352 Manejo de la conducta: hiperactividad/falta de atención
- 4760 Entrenamiento de la memoria
- 2380 Manejo de la medicación
- 6487 Manejo ambiental: prevención de la violencia
- 5100 Potenciación de la socialización
- 4820 Orientación de la realidad
- 6654 Vigilancia: seguridad
- 6490 Prevención de caídas
- 5440 Aumentar los sistemas de apoyo
- 4310 Terapia de actividad
- 7140 Apoyo a la familia
- 6510 Manejo de las alucinaciones
- 0460 Manejo de la diarrea
- 6580 Sujeción física
- 6450 Manejo de ideas ilusorias
- 4720 Estimulación cognoscitiva
- 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal
- 5248 Asesoramiento sexual

BARRERAS DETECTADAS EN EL DESARROLLO DEL TRABAJO

Información dispersa. La disponibilidad de datos de salud mental está muy dispersa y a menudo requiere un gran trabajo de recopilación. Ello se debe a que existe una gran variedad de fuentes de información, que aportan información parcial de salud mental: memorias sanitarias, memorias de salud mental, responsables de organismos de salud mental, profesionales de la salud, artículos, portales de Internet... Las memorias anuales sanitarias generales que se realizan desde las distintas administraciones autonómicas suponen, en ocasiones, la única fuente de información pública acerca de la gestión, los presupuestos, los recursos existentes y la actividad en los dispositivos.

Escasa actualización de la información. Ello obliga a utilizar datos referidos a periodos diferentes.

Procesos de transferencias de competencias sanitarias. Nos encontramos con CCAA en donde existen diversos organismos de gestión de la salud mental.

Procesos de Reforma Psiquiátrica. Los profundos cambios acaecidos en Salud Mental han hecho que, al contrario que en otras especialidades médicas, no se haya consensuado aún un modelo básico de atención. Los datos de salud mental están en continua transformación, así se cierran dispositivos asistenciales y se crean nuevos constantemente, desde que comenzara la Reforma Psiquiátrica.

Diferentes sistemas de información. Algunas CCAA utilizan sistemas de información propios por lo que la información no siempre puede ser comparada (p.ej. Sistema de Información de Salud Mental de Andalucía -SISMA-).

Heterogeneidad en denominaciones y tipos de atención de los dispositivos. Los recursos son de tipología muy diversa, en cuanto a su denominación, tipo de atención que prestan y a su estructura organizativa.

Dependiendo de la comunidad autónoma, encontramos dispositivos que, aún prestando el mismo servicio, poseen denominaciones distintas. Así pues, la desigual nomenclatura utilizada para definir los servicios supone una gran dificultad a la hora de recopilar información comparable acerca de dispositivos de salud mental.

Falta de coordinación entre las administraciones. En la mayoría de las ocasiones, las administraciones competentes de la gestión de la salud mental, normalmente dividida entre sanitarias y sociales, están poco o nada coordinadas. Falta de estudios sociodemográficos en salud mental en España. La evidencia científica de la utilidad de indicadores sociodemográficos en relación a la salud mental procede principalmente de estudios anglosajones, registrándose un escaso número de estudios sobre la validez y fiabilidad en el entorno socioeconómico y cultural español.

Zonificación sanitaria. Existen pocas CCAA que posean datos sociodemográficos referidos a las áreas de salud mental.

CONCLUSIONES

Ha quedado constancia de la importancia de este plan de cuidados elaborado para la atención de enfermos con reacciones de adaptación aguda y trastornos de disfunción psicosocial, en el cual se hace evidente la humanización de la asistencia y el rechazo a la estigmatización y a la discriminación de estos pacientes.

Por todo ello, se hace imprescindible a la hora de organizar una adecuada atención sociosanitaria e integral a esta población, abordar no sólo su problemática clínico-psiquiátrica sino también sus diferentes necesidades psicosociales con el fin de evitar situaciones de deterioro o marginación, y procurar oportunidades efectivas de rehabilitación e integración social en la comunidad.

Este trabajo ha significado para mí el afianzamiento del modelo de atención a la salud mental en salud comunitaria, siendo sus elementos básicos la rehabilitación y la recuperación personal de los pacientes que padecen una enfermedad mental grave.

Este Plan ha sido posible gracias a las aportaciones personales y colectivas y al entusiasmo de todos los profesionales de la Salud Mental, miembros de Asociaciones de pacientes y de familiares, desde estas líneas deseo expresarles mi más sincero agradecimiento por la gran tarea

realizada. La atención a la Salud Mental constituye en nuestra sociedad una prioridad cada vez más importante y el presente Plan debe ser la continuación de un camino exitoso realizado por todos y para todos.

PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN

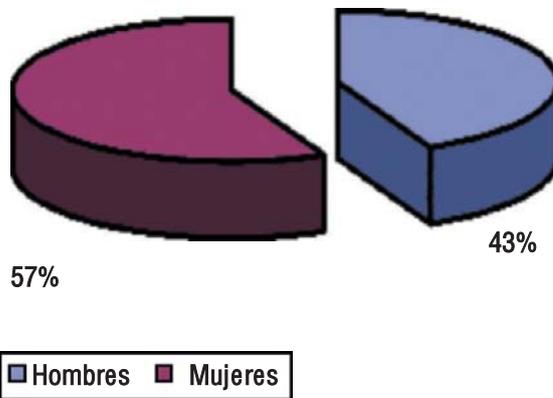
Es muy aconsejable la investigación profunda de la sobrecarga del cuidador principal de enfermos con trastornos mentales.

Otra línea de investigación aconsejable es la de examinar y actualizar de forma periódica el plan de cuidados en pacientes con reacciones de adaptación aguda y trastornos de disfunción psicosocial. Consideramos de gran importancia la revisión de los planes de cuidados, ya que algunos problemas de enfermería se habrán resuelto y/o en algunos casos habrán surgido otros diferentes. De esta forma se pueden obtener datos relevantes para la práctica clínica.

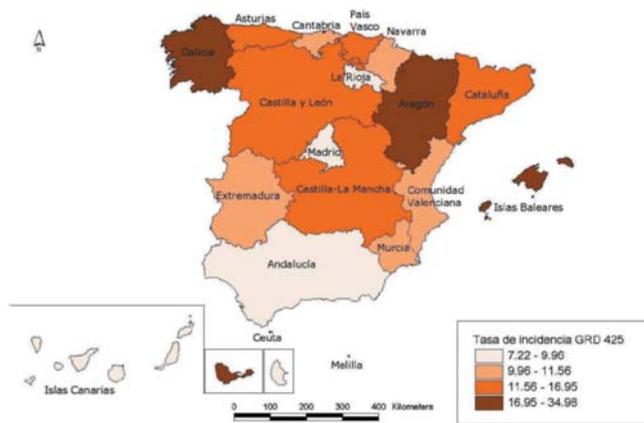
ANEXOS

CCAA	TIGRD 425 Hombres	TIGRD 425 Mujeres	TIGRD 425 Total
Andalucía	8.91	10.99	9.96
Aragón	16.39	19.61	18.02
P. de Asturias	14.75	16.28	15.55
I. Baleares	17.16	18.81	17.99
Canarias	6.45	7.98	7.22
Cantabria	7.64	13.43	10.61
Castilla y León	11.73	16.53	14.17
Castilla La Mancha	13.11	20.77	16.95
Cataluña	9.47	14.73	12.15
C. Valenciana	10.48	12.60	11.56
Extremadura	9.32	11.04	10.19
Galicia	15.20	20.34	17.87
C. de Madrid	8.56	9.97	9.29
Murcia	11.20	11.34	11.27
C. F. Navarra	9.68	12.09	10.89
País Vasco	13.74	13.42	13.57
La Rioja	6.46	10.71	8.59
Ceuta	33.35	39.08	34.98
Melilla	12.02	6.00	9.01
España	10.65	13.60	12.16

▲ Tabla 1-b. Tasa de incidencia por 100.000 habitantes para el GRD 425, según género. Fuente: CMBD Nacional. Elaboración propia



▲ Figura 1. Distribución porcentual, de los episodios de hospitalización del GRD 425 por sexos. Fuente: CMBD Nacional



▲ Figura 2. Mapa 19. Distribución Territorial de la Tasa de Incidencia GRD 425.

Bibliografía:

1. Nanda Internacional. *Diagnósticos enfermeros. Definición/ Clasificación 2009- 2011*. Editorial: Elsevier.
2. Editores: Gloria M. Bulechek, Howard K. Butcher, Joanne Maccloskey Doaherrman. (Elsevier Mosby).2009. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. 5ª Edición*.
3. Editores: Sue Moorhead, Marion Johnson, Meridean I. Mass, Elisabeth Swanson. (Elsevier Mosby). 2009 *Clasificación de los Resultados de Enfermería NOC. 4ª Edición*.
4. Joelle Charrier, Brigitte Ritter. Editorial Elsevier. 2009 *El Plan de Cuidados Estandarizado. Un soporte del diagnóstico enfermero. Elaboración y puesta en práctica*.
5. Plan de cuidados del paciente con trastorno de personalidad dependiente. Nure Investigación, nº 48, Septiembre - Octubre 10.
6. - Alfaro-Lefevre, R. *Aplicación del Proceso Enfermero 4ª ed.* Barcelona: Masson, 2002.
7. - Fornés J. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Planes de cuidados*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005.
8. Fornés J., Carballal M. C. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica. Guía práctica de valoración y estrategias de intervención*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2001.
9. McCloskey J., Bulechek G. M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Madrid:Elsevier, 2007.
10. Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Madrid:- NANDA. *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008*. Madrid: Elsevier, 2008.
11. Novel G., Lluh M. T., Miguel, M. D. *Enfermería Psicosocial y salud mental*. Barcelona: Elsevier Masson, 2000.
12. Rigol A., Ugalde M. *Enfermería de salud mental y psiquiátrica 2ª ed.* Barcelona: Elsevier Masson, 2006.
13. Servicio Vasco de Salud. *Manual de descripción de los Grupos Relacionados por el Diagnóstico*. (AP-GRD v. 14.1), Noviembre 2000.
14. Johnston I, Taylor PJ. *Mental disorder and serious violence: the victims*. J Clin Psychiatry 2003; 64:819-824.
15. Munro E. *Improving safety in medicine: a systems approach*. Br J Psychiatry 2004; 185: 3-4.
16. *Comité de Consenso de Catalunya en Terapéutica de los Trastornos Mentales*. RTM-II.
17. *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales*, 2ª edición. Barcelona: Masson, 1999.
18. *Tratamientos Psicofarmacológicos para el Trastorno de Identidad Disociativo*. Richard J. Loewenstein, M.D. *Psychiatric Annals 35:8*. Agosto 2005.
19. «Categoría de trastornos disociativos en el DSM-IV, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición». *Psicomed.net*. Consultado el 8 de julio de 2011.
20. «El trastorno de despersonalización en el DSM-IV-TR» (en inglés). *PsychiatryOnline*. Consultado el 8 de julio de 2011.
21. «La amnesia disociativa en el DSM-IV-TR» (en inglés). *PsychiatryOnline*. Consultado el 8 de julio de 2011.
22. «La fuga disociativa en el DSM-IV-TR» (en inglés). *PsychiatryOnline*. Consultado el 8 de julio de 2011.
23. «El trastorno de identidad disociativo en el DSM-IV-TR» (en inglés). *PsychiatryOnline*. Consultado el 8 de julio de 2011.

Referentes nacionales y europeos:

- Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud (2006).
- Declaración Europea de Salud Mental (Conferencia Ministerial de la OMS, Helsinki, 2005).
- Libro Verde sobre Salud Mental (Unión Europea, 2005).
- Pacto Europeo sobre Salud Mental y Bienestar (Unión Europea, 2008).
- Informe sobre la salud mental del Parlamento Europeo (18 de Enero de 2009; 2008/2209 (INI)).
- Plan Estratégico de Salud Mental 2010 – 2014.
- Orden de 24 de junio de 1998 por la que se desarrolla el Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, sobre la obtención del Título de Enfermero Especialista.
- Orden SCO/2616/2008, de 1 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psiquiatría.
- Orden SAS/1620/2009, de 2 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Psicología Clínica.
- DECRETO 22/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad.
- Decreto 122/1997, de 2 de Octubre (publicado en el B.O.C.M. el 9 de Octubre de 1997), en el que se estableció el Régimen jurídico básico del Servicio Público de Atención Social, Rehabilitación Psicosocial y Soporte Comunitario de Personas afectadas de enfermedades mentales graves y crónicas con problemas de integración social, en diferentes centros de servicios sociales especializados.
- Constitución Española (1978).
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- R.D.1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- R.D.183/2008, de 8 de febrero, por el que se determinan y clasifican las especialidades en Ciencias de la Salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema de formación sanitaria especializada.

LA SEXUALIDAD EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD MENTAL: UNA PERSPECTIVA ENFERMERA

THE SEXUALITY IN THE PSYCHIATRIC PATIENT: A PERSPECTIVE NURSE

- Luque-Romero Sánchez, Manuel*
- López Sánchez, Olga*
- Caballero Guerrero, Manuel Jesús*

* DUEs de la UGC-UHSM del Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba)

Resumen:

El siguiente trabajo pretende analizar la labor del profesional de enfermería en general y del especialista en salud mental en particular de cara a un tema de salud, de vital importancia para el desarrollo personal del paciente; la sexualidad. La metodología empleada es la revisión bibliográfica, a través de la cuál se intentará dar a conocer la necesidad de tratar adecuadamente esta realidad del paciente, así como la repercusión de la misma en posibles complicaciones como la problemática de la falta de adherencia al tratamiento, entre otros.

Palabras clave:

Sexualidad, Salud Mental, Adherencia al tratamiento

Abstract:

The following work tries to analyze the work of the professional of infirmary in general and of the specialist in mental health in individual facing a health subject, of vital importance for the personal development of the patient; The sexuality. The used methodology is the bibliographical revision, through which it will be tried to present the necessity to suitably deal with this reality the patient, as well as the repercussion of the same one in possible complications like the problematic one of the lack of adhesion to the treatment, among others.

Key words:

Sexuality, Mental Health, Adhesion to the treatment.

1. INTRODUCCIÓN

Cuando la mayoría de las personas pensamos en el concepto sexualidad junto con el concepto paciente y/o enfermo, automáticamente pensamos en alteraciones de carácter somático, que precisan de estudio por especialistas ginecólogos, urólogos para solucionarlos. Si a los conceptos anteriores se les suma el concepto enfermedad mental, nuestra percepción cambia, posiblemente por su carga estigmatizante. Automáticamente se nos viene a la cabeza otro tipo de alteraciones, adicciones al sexo o sexo compulsivo. (Que si bien el DSM-IV no lo considera categoría diagnóstica, si admite que pueda existir cierto malestar en este sentido que engloba con el F52.9: "trastorno sexual no especificado").

Pero cuando los profesionales de enfermería trabajamos con este tema debemos tener presente que nuestra labor es mayor. No debemos tratar la sexualidad sólo cuando existe un problema, sino que es imprescindible conocer esta realidad del individuo desde que realizamos una valoración inicial de cualquier paciente que ingresa a nuestro cargo.

Más aún cuando hablamos de pacientes con una enfermedad mental, en los que la integración laboral y la salud sexual se muestran como las dos grandes asignaturas pendientes en el camino hacia su integración social.

La propuesta de M. Gordon con sus Patrones Funcionales (1982) para la valoración inicial, nos lo indica con el patrón Nº 9: Sexualidad y reproducción.

La importancia de esta valoración se potencia en el paciente psiquiátrico, ya que si no se tiene en cuenta, podemos encontrarnos con problemas de adherencia al tratamiento y estigmatización. Todo esto nos lleva irremediamente a las reagudizaciones, pérdida de calidad de vida y deterioro de nuestros pacientes.

2. FISIOLÓGÍA, NEUROQUÍMICA Y ACTIVIDAD SEXUAL

A continuación vamos a realizar un breve recordatorio de fisiología sexual desde el punto de vista neuroquímico,

estos conocimientos han ayudado a comprender los mecanismos subyacentes a los afectos secundarios de tipo sexual inducidos por algunos psicofármacos. Así como la carga vivencial de los pacientes en torno a este tema.

Por otro lado, este conocimiento ha favorecido también la síntesis de nuevos psicofármacos para el tratamiento de las disfunciones sexuales.

• Dopamina:

La dopamina es el principal neurotransmisor relacionado con la activación de la respuesta sexual. El aumento de dopamina en el centro del placer del sistema mesolímbico determina un aumento de la respuesta sexual y de la activación. Por el contrario, el descenso de dopamina supone un bloqueo de la respuesta sexual.

• Serotonina:

La serotonina está implicada directamente en la inhibición de la conducta sexual. El aumento de serotonina se relaciona con un descenso de dopamina en el centro del placer, y con un bloqueo del coito en el hipotálamo lateral, la región cerebral que controla el coito en el sexo masculino. En esta localización aumenta la serotonina en la fase post-coital y desciende justo antes de una nueva relación sexual.

La administración de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina aumenta el tiempo de latencia entre coitos.

La influencia de los diferentes receptores serotoninérgicos sobre la actividad sexual se puede resumir como sigue:

- 5-HT₂: bloqueo de las respuestas eyaculatoria y orgásmica a nivel de los centros reflejos medulares que inervan el pene con nervios simpáticos y parasimpáticos.
- 5-HT_{1B}: erección del pene.
- 5-HT_{1A}: relacionado con conducta sexual.

• Noradrenalina:

El antagonismo de los receptores alfa-1 se relaciona con un retraso en la eyaculación. El antagonismo del receptor alfa-2c se relaciona con la impotencia masculina.

• Óxido nítrico (ON):

Desde el descubrimiento del papel del óxido nítrico (ON) como neurotransmisor a nivel central y periférico se ha evidenciado la importancia de este gas en una gran cantidad de actividades del organismo, entre las que cabe destacar su importancia en los mecanismos relacionados con la erección. El ON es un neurotransmisor metabólico que determina la síntesis del segundo mensajero GMPc a nivel intracelular. Este produce la relajación del músculo liso que inicia los mecanismos relacionados con la erección en el pene. Posteriormente la fosfodiesterasa metaboliza el GMPc, determinando el fin de la erección.

Las hormonas sexuales juegan un papel importante en la respuesta sexual. Los andrógenos determinan un aumento de libido, mientras los antiandrógenos producen un descenso o un bloqueo completo de la misma.

3. PSICOFÁRMACOS Y ACTIVIDAD SEXUAL

Desde que a mediados del siglo pasado se descubriera en Francia, por casualidad, el primer antipsicótico (CLORPROMACINA), que originalmente fue sintetizado como antihistamínico. Siendo el cirujano Henri Laborit quien advirtiera un efecto sedante en pacientes psicóticos. Delay y Deniker lo probaron en el Hospital Sainte Anne de París y confirmaron su utilidad sobre los síntomas psicóticos positivos. Finalmente en 1955, proponen que la clorpromazina junto con la reserpina, ensayada por Kline en Nueva York, se agrupan dentro de la categoría de fármacos neurolépticos.

Hasta nuestros días, se ha conseguido una gran cantidad de avances en farmacología. Intentando siempre un mejor resultado terapéutico y el menor efecto no deseado posible.

Aunque la elección más apropiada del fármaco para cada caso, siempre es responsabilidad del facultativo. Es nuestro deber como profesionales conocer el funcionamiento de los mismos, para orientarnos en la detección precoz de alteraciones en el paciente y así poderlo ayudar en su problemática.

A continuación se describen unas nociones básicas de los principales grupos de medicamentos psiquiátricos en relación a su interacción sexual:

- Fármacos de uso psiquiátrico que producen una inhibición de respuesta sexual:
- ISRS: (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina) son una clase de antidepresivos utilizados en el tratamiento de la depresión, trastornos de ansiedad y algunos trastornos de la personalidad. Provoca aumento de 5-HT en hipotálamo y bloqueo de la eyaculación. Venlafaxina, Duloxetina, Citalopram, Escitalopram, Paroxetina, Sertralina, entre otros son un ejemplo de este tipo de fármacos.
- Antipsicóticos: Utilizado principalmente, aunque no exclusivamente para el tratamiento de las psicosis. En este grupo encontramos dos tipos principales que se distinguen entre otros por su patrón de actividad y por la mayor o menor cantidad de efectos no deseados. Entre otros los extrapiramidales.
 - ➔ Antipsicóticos clásicos o típicos: Son los que primero se descubrieron, actúan fundamentalmente realizando bloqueos sobre receptores dopaminérgicos, pero también son los que más efectos indeseables provocan. Entre estos tenemos: Clorpromacina, Levomepromazina, Flufenazina Haloperidol, Molidona, Pimozida, Tioridazina, Tiotixeno, Zuclopentixol, Trifluoperazina.
 - ➔ Antipsicóticos atípicos: La separación entre eficacia clínica y producción de sintomatología extrapiramidal define a este grupo de antipsicóticos. Aquí tenemos: Risperidona, Olanzapina, Quetiapina, Zotepina, Clozapina, Ziprasidona, Sertindol, Raciopride, Amisulprida, Loxapina, Amperocida, Melperona, Savoxepina, Aripiprazol,...

- Fármacos de uso psiquiátrico que favorecen un aumento de respuesta sexual:
- Estimuladores dopaminérgicos: bupropion, metilfenidato, amfetamina, apomorfin.
- Bloqueadores serotoninérgicos : mirtazapina (antidepresivo tetracíclicos "TECA")

4. PROBLEMÁTICA Y VISIÓN ENFERMERA

Durante mucho tiempo la comunidad científica no se ha interesado en profundidad por este tema, quizá con el convencimiento de que se trataba de una complicación poco relevante comparada con la importancia de los síntomas psicóticos o de otros secundarismos asociados a una gran capacidad deteriorante.

Cuando planteamos este problema en grupos de trabajo con pacientes y profesionales podemos llegar al origen del mismo. Casi con toda seguridad existe baja comunicación de esta incidencia por parte del paciente, que puede explicarse por distintas causas: vergüenza, falta de confianza con su enfermero referente o medico, dificultades de estos últimos para entrevistar a los pacientes sobre su vida sexual. Como prueba podemos fijarnos en que raramente se reciben comunicaciones de efectos adversos sexuales enviados por los médicos en los servicios de farmacovigilancia.

La mayoría de los autores afirman, que todas estas razones contribuyen a que la incidencia de la disfunción sexual esté subestimada e infracomunicada y que es un motivo importante de baja adhesión al tratamiento que puede ser interpretado erróneamente como «resistencia» al mismo.

En esto, como ocurre en otros campos, tendemos a generalizar. Sin embargo, es conveniente para nosotros, como profesionales de enfermería, conocer las distintas situaciones con las que nos encontraremos en nuestra práctica clínica diaria y su sintomatología. Tengamos en cuenta que aún en nuestros días, la función sexual del paciente psicótico presenta muchas incógnitas. Durante años se ha creído que su actividad sexual es diferente a la de la población sana. Actualmente se acepta que presentan muchos rasgos en común, gracias al creciente número de pacientes que recuperan en mayor o menor porcentaje su estado de salud premórbido.

Al tratarse de un grupo muy heterogéneo con distintas evoluciones clínicas y actividad sexual muy dispar debemos separar y aprender a distinguir varios subgrupos:

- Los pacientes con sintomatología aguda y que precisan internamiento para el control psicopatológico: no suelen presentar quejas a sus médicos o enfermeros sobre la función sexual. El corto periodo de estancia hospitalaria y el predominio de objetivos terapéuticos dirigidos hacia el control de los síntomas de primer rango superan inicialmente la preocupación por niveles de funcionalidad

posteriores. Sin embargo aunque la decisión de un determinado antipsicótico debe basarse obviamente en su eficacia, no debemos olvidar que la tolerabilidad y aceptación del paciente de sus efectos adversos se convierte en esencial a medio y largo plazo. No puede existir el concepto de efectividad sin tener muy en cuenta la posibilidad de abandonos a causa de efectos adversos mal tolerados a largo plazo.

- Los pacientes cronicados: suelen presentar un deterioro importante en su capacidad sexual acompañando al resto de las alteraciones mentales y síntomas deficitarios. Sin embargo diversos autores afirman que muchos pacientes crónicos con buena evolución están interesados en la vida sexual, aunque tienen dificultades emocionales en la expresión de sus necesidades sexuales. Suele ser más frecuente que tengan problemas sociales, familiares y con la comunidad derivados del mayor riesgo de embarazo o por puntuales comportamientos sexuales anormales. Las dificultades emocionales que, por lo general, presentan los pacientes dificulta su habilidad para conseguir interrelaciones sociales, incluyendo las de pareja. Posiblemente por este motivo los psicóticos tienen un predominio de la actividad masturbatoria comparados con otros pacientes.
- En pacientes crónicos con síntomas residuales, lo bastante deteriorados como para permanecer en instituciones psiquiátricas, no podemos tampoco mantener el prejuicio de que carecen de interés o actividad sexual. Recientemente se ha descrito que al menos 2/3 de las mujeres con esquizofrenia y hospitalizadas en unidades psiquiátricas tienen actividad sexual de pareja. La actividad masturbatoria es muy habitual en los varones, si bien en las mujeres presenta una incidencia mucho menor y apenas supera el 20%. Si se utilizan escalas específicas para medir función sexual en estos pacientes, el 40% padecían descenso del interés sexual comparado con el nivel basal, el 36% problemas de la eyaculación y 1/3 de ellos se mostraron insatisfechos con su funcionamiento sexual por este motivo. Por tanto, aunque la enfermedad y sus repercusiones sociales comprometan per sé la funcionalidad sexual, no podemos despreciar el papel de los fármacos en el inicio o mantenimiento de estas dificultades.
- Cada vez es más frecuente encontrar pacientes que sufrieron un episodio psicótico, fueron tratados con fármacos, remitiendo el cuadro totalmente, y que se mantienen en seguimiento ambulatorio con la ayuda de psicofármacos y apoyo socio-sanitario, llevando en muchos casos una vida

social y laboral adecuada. Pero su actividad sexual puede verse gravemente resentida si aparece disfunción sexual a largo plazo provocada por el fármaco. En este grupo, cada vez más numeroso, es imprescindible valorar este aspecto conjuntamente con el paciente tanto como puede serlo la presencia o no de síntomas extrapiramidales, resultando

determinante la elección de un antipsicótico que respete la función sexual a largo plazo. Cuando aparece DS resulta imprescindible analizar cómo acepta el paciente este efecto adverso y cómo influye en su funcionalidad en general.

Por tanto el mayor problema derivado de estos efectos adversos es la posibilidad de inducir abandono del tratamiento, con las consiguientes complicaciones clínicas y socio-familiares posteriores.

Llegados a este punto, conociendo estas realidades. Nuestra labor de enfermería tiene un gran terreno para trabajar y que en muy pocas ocasiones llevamos a cabo. A continuación describimos un plan de trabajo tipo, para este tipo de situaciones, aclarando especialmente el tema que nos ocupa.

Aplicaremos el método científico, esta es una de nuestras mejores herramientas para trabajar. Proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). (Anexos 1)

5. CONCLUSIONES

Las disfunciones sexuales son frecuentes y constituyen actualmente uno de los principales problemas en el tratamiento a largo plazo de los pacientes afectados de trastornos

mentales crónicos. Estas son un factor relevante en la pérdida de calidad de vida de estas personas. En muchas ocasiones las disfunciones sexuales se deben o se agravan por la administración de psicofármacos que alteran el funcionamiento sexual.

Esto es la causa por la cual un porcentaje elevado de pacientes con una vida sexual activa sufren complicaciones como la falta de adherencia al tratamiento.

Teniendo en cuenta la importancia actual de la calidad de vida y la funcionalidad del paciente como variable de gran interés en la elección de un tratamiento u otro para el manejo de las diferentes patologías, la alteración de la función sexual en pacientes bajo la perspectiva a largo plazo debe suponer un factor decisivo en la elección terapéutica. Sería pues razonable con vistas a la evaluación adecuada de estas variables, que enfermería conozca la función sexual de los pacientes antes y después del inicio de cualquier tratamiento para reconocer la posible aparición posterior de nuevas disfunciones.

El mejor conocimiento de estos problemas y de sus sustratos biológicos ha contribuido a detección precoz de estas complicaciones por parte del profesional de enfermería, lo que determina un cambio cualitativo en el abordaje de estos trastornos.

ANEXOS

Objetivos (N.O.C.):

00119	Funcionamiento Sexual El paciente expresará sus preocupaciones por la actividad sexual con su pareja y pedirá asesoramiento profesional, si es necesario.
1609	Conducta terapéutica: enfermedad o lesión
5606	Enseñanza individual
5616	Enseñanza: medicamentos prescritos
5602	Enseñanza: proceso de enfermedad

ANEXOS

Diagnósticos:

<p>00059 Disfunción sexual</p> <p>r/c: Alteración de la estructura o función corporal, como embarazo, fármacos , cirugía, radiación , procesos patológicos.</p> <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verbalización del problema. - Alteraciones en la consecución del papel sexual percibido. - Limitación real o percibida impuesta por una enfermedad y/o terapia. - Conflictos en la relación de valores. - Alteraciones en la con - Incapacidad para conseguir la satisfacción deseada. - Necesidad de confirmar las características deseables de su persona. - Alteración en la relación de pareja. - Cambio de interés por sí mismo y en los demás. 	<p>Cambio en la función sexual que se ve como insatisfactorio, inadecuado o no gratificante</p>
<p>00065 Patrones sexuales inefectivos</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Déficit de conocimiento sobre las respuestas alternativas. - Falta de intimidad. - Modelos de función ineficaces o ausentes. - Conflictos sobre la orientación sexual. - Miedo de embarazo. <p>m/p:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dificultades , limitaciones, o cambios comunicados en el comportamiento o las actividades sexuales. 	<p>Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad</p>
<p>00079 Incumplimiento del tratamiento</p> <p>r/c:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fuerzas motivacionales - Ideas sobre la salud <p>m/p: Conducta indicativa de incumplimiento (por observación directa o por afirmaciones del paciente u otra persona significativa)</p>	<p>Conducta de una persona o un cuidador que no coincide con un plan terapeutico o de promoción de salud acordado entre la persona y un profesional del cuidado de salud. Cuando se ha acordado un plan, lo que puede conducir a resultados clínicos imprevisibles</p>

Intervenciones (N.I.C.)

5248	<p>ASESORAMIENTO SEXUAL</p> <p>Actividades:</p> <p>Animar al paciente a manifestar verbalmente sus miedos y a ahacer preguntas.</p> <p>Proporcionar intimidad y asegurar confidencialidad.</p> <p>Incluir a la pareja en el asesoramiento.</p> <p>Discutir sobre formas alternativas de expresion sexual que sean aceptables para el paciente.</p>
5400	<p>Potenciar Autoestima</p>
5220	<p>Potenciar Imagen Corporal</p>

Bibliografía:

- Romi, Juan C., La sexualidad y las enfermedades psiquiátricas, influencia de la medicación. 1999 Publicado en la Revista de Psiquiatría Forense, Sexología y Praxis de la AAP Año 6 Vol. 3 N° 2 (10.)
- Salvador-Carulla, L y cols. *Sexualidad y enfermedad mental crónica*.
- Vieta, E. Colom, F. *Convivir con el Trastorno Bipolar*. Editorial Médica Panamericana. 2003.
- Pacheco G, El diagnóstico psiquiátrico desde una perspectiva enfermera. (Psychiatric diagnosis from a nurse perspective.) FUENTE: PSIQUIATRIA.COM. 2009; 13.
- Bravo Martín, Rafael. La enfermedad del Silencio. Relato de la madre de un paciente esquizofrénico .Index Enferm (Gran). 2005 invierno. XIV(51):59-62.
- http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/electivas/psicofarmacologia/material/antipsicoticos.pdf.
- <http://www.sexualidadysaludmental.com/imagenes/recursos/antipsicot04.pdf>.
- <http://www.terra.es/personal/duenas/pae.htm>.
- <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/bc661fc5dce06209ba57453b8a23c619.pdf>.
- http://www.aniorte-nic.net/apunt_diagn_enfermer_6.htm#NOC.

Fe de erratas

En el artículo de la revista Hygia nº 88, titulado “Multiculturalidad y atención al parto: A propósito de un caso”, por error la cuarta coautora aparece con el nombre de Cori Arnedillo Sánchez, cuando es María Socorro Arnedillo Sánchez y mediante esta fe de erratas se notifica su corrección.

VALORACIÓN NUTRICIONAL EN EL ANCIANO DEPENDIENTE, HÁBITOS ALIMENTICIOS Y CONOCIMIENTOS DEL CUIDADOR

NUTRITIONAL ASSESSMENT IN THE ELDERLY DEPENDENT, EATING HABIT AND CARER'S KNOWLEDGE

- Mercedes Vázquez García¹
- Salud Mena Camacho²
- Antonia M^a Contreras García³

1. Enfermera Hospital de San Lázaro (Sevilla).
 2. Enfermera Hospital Virgen Macarena (Sevilla).
 3. Enfermera Hospital Infanta Elena (Huelva).

Resumen:

Se pretende estudiar los hábitos alimenticios que tienen los ancianos dependientes en el domicilio para valorar si hay seguimiento de una dieta equilibrada. También se evalúa los conocimientos del cuidador sobre una alimentación adecuada y sobre las medidas de adaptación básicas de la alimentación al estado del paciente.

Este estudio se realiza dentro de las cuarenta y ocho horas del ingreso del anciano dependiente en el hospital de San Lázaro, evaluando también la situación nutricional de estos pacientes hospitalizados para conocer la prevalencia y distribución de la mal nutrición entre ellos.

Concluimos en que hay presencia de desnutrición en el anciano dependiente hospitalizado. Observamos que los hábitos dietéticos no son correctos en nuestros ancianos estudiados, en general comen y beben poco. Hay un gran desconocimiento en cuanto a la alimentación de estos pacientes por parte del cuidador principal, éste no está siendo bien atendido ya que no está recibiendo conocimientos ni teóricos ni prácticos sobre alimentación por parte de los sistemas sanitarios.

Palabras clave:

Valoración nutricional, anciano dependiente, hábitos alimentarios, conocimientos, dieta equilibrada, cuidador.

Abstract:

It pretends to study the eating regular practice of elderly dependent people at home in order to analyze if they follow an balanced diet. It also reviews the carer's knowledge about an adequate eating and the basic adaptation measures of eating practice with patient's status.

This study will be performed into the first 48 hours of the elderly dependent's entrance at San Lázaro's Hospital, where we review the nutritional assessment of these hospitalized patients in order to know the prevalence and distribution of the wrong nutrition between them.

We conclude that malnutrition exists in hospitalized elderly dependent.

We observe the diet habit of our studied elderly are incorrect, they usually drink and eat less than necessary.

There is an important unknown in the eating of these patients by their principal carer.

They are not well attended by them because the carer don't receive practice and theoretic eating knowledge for their health systems.

Key words:

Nutritional assessment, elderly dependent, eating habit, knowledge, balanced diet, carer.

INTRODUCCIÓN

La malnutrición proteica energética es un problema frecuente en la población anciana, ampliamente tratada en la literatura y considerada por algunos autores como un gran problema de salud pública en los países industrializados. En una revisión de estudios epidemiológicos sobre el estado nutricional de ancianos realizados en las últimas décadas en Europa y Estados Unidos, Alix y Constans¹ (1998) llaman la atención sobre las grandes variaciones en las cifras de prevalencia de desnutrición observada en los distintos estudios. Asimismo, ponen de manifiesto las diferencias en las cifras de prevalencia según el nivel asisten-

cial en que estos se encuentren (domicilio, residencia u hospital), la edad y el grado de salud de los sujetos (sanos, frágiles, o enfermos).

En este sentido, la prevalencia de malnutrición evaluada en poblaciones de adultos mayores de 65 años ingresados en unidades de hospitalización se encuentra en un rango entre el 32% - 48% Potter¹(1995), Sullivan¹(1997) aumentando estas cifras en grupos de edad muy avanzada (entre el 40% - 60%). Ramos Martínez y Asensio²(2004) concluyen también que el 57% de los pacientes mayores de 70 años, presentaban malnutrición en el momento de ser ingresados en el hospital. Sin embargo, llama la atención

que la prevalencia de malnutrición en domicilio esté situada en un rango entre el 3% y un 5% euronut-S2¹ (1996), Jensen, ¹ (1997).

Si la prevalencia de la malnutrición proteico energética en el anciano pasa del 4% en el domicilio a aproximadamente el 50% en el hospital, probablemente, esto sea debido a que los individuos que luego serán ingresados, se encuentren ya debilitados a causa de un subdéficit inadvertido que provoca depresión inmunitaria, disminución de reserva funcional y de capacidad de respuesta frente a agresiones externas, Iraizoz ³(1999).

Según Ulibarri⁴ (2003) a pesar de las altas cifras de prevalencia e incidencia de casos de desnutrición hospitalaria, este problema sigue manteniéndose estable a lo largo del tiempo. En estos últimos años, prácticamente no se han actualizado las técnicas para la prevención, detección y control de la desnutrición en nuestros hospitales, por falta de organización, personal experto y métodos adecuados.

Por otra parte, la inexistencia de un método reconocido internacionalmente para la valoración nutricional ha estimulado la investigación europea en este campo, siendo uno de sus frutos el desarrollo de un instrumento de valoración nutricional, el Mini Nutritional Assessment (MNA) propuesto, desarrollado y validado por Vellas y Guigoz⁵ (1999) del equipo geriátrico de Toulouse. Su empleo se recomienda especialmente en el caso de ancianos frágiles, enfermos o discapacitados.

Un caso digno de mencionar en la población anciana, por los problemas de desnutrición que presenta, lo constituye la población dependiente.

El Consejo de Europa definió en 1998 la dependencia como "la necesidad de ayuda o asistencia importante para la actividad de la vida cotidiana" o de una manera más concreta, según el Art. 2 de la Ley de Dependencia, como "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y ligados a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual, o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal". En España, según los datos de Libro Blanco de la Dependencia, se calcula que hay más 1.250.000 personas dependientes.

La vida de la mayoría de los ancianos dependientes, se realiza en un alto porcentaje en el ámbito familiar, por lo que la familia es la responsable de la alimentación de estos ancianos, la que tiene que decidir la cantidad o calidad de la comida que se pone en la mesa, además de enfrentarse a factores intrínsecos al proceso de envejecimiento (pérdida del gusto, deterioro de la función masticadora y tragadora, pérdida de apetito, deterioro de la absorción, estreñimiento, hiperglucemia), a las circunstancias que le rodean y a las patologías habituales que influyen en la nutrición. Estas circunstancias ocasionan problemas de nutrición,

para los que no están preparadas la mayoría de las veces los familiares.

Así pues, en el anciano dependiente, las familias juegan un papel fundamental para garantizar los cuidados básicos, por lo que la información nutricional y el apoyo a la familia son probablemente las mejores estrategias para prevenir efectos indeseables (Riviere, Gillete-Guyonet ⁶,2002). Algunos estudios, han puesto de manifiesto que los familiares de ancianos dependientes tienen un escaso conocimiento sobre aspectos nutricionales y sobre medidas básicas de adaptación de los alimentos. Además, también evidencian la inquietud de los cuidadores por la alimentación del enfermo, siendo su preocupación más frecuente, después del tratamiento farmacológico (Botella, Ferrero⁷, 2003).

Por otra parte, numerosos estudios señalan que los hábitos dietéticos de ancianos dependientes no son correctos, no alcanzan los mínimos necesarios en más de dos grupos de alimentos y en general, comen y beben poco (Iraizoz,³ 1999). En este sentido, el estudio SENECA (Survey in Europe in Nutrition in the Elderly, ⁸ llevado a cabo entre los años 1988 a 1999, señala que la dieta debe comprender una mezcla de alimentos de los 5 grandes grupos (leche y derivados; carnes, pescados y huevos; cereales, legumbres y tubérculos; frutas, hortalizas y verduras; grasas y aceites).

Además, existe evidencia de cómo, los hábitos alimenticios inadecuados, se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento, lo que disminuye la calidad de vida de este colectivo humano (Rubio⁹, 2002). Por ello, dado que el anciano dependiente desarrolla su vida prácticamente en su totalidad en el ámbito familiar, es importante estudiar los hábitos alimenticios de estos en su propio entorno, ya que aportaría una visión objetiva sobre el riesgo nutricional inherente.

En base a lo descrito anteriormente, este estudio se plantea evaluar el estado nutricional del anciano dependiente al ingreso hospitalario y explorar sus hábitos alimenticios en su domicilio, así como el nivel de conocimientos que tiene el familiar respecto a la alimentación del anciano y las medidas básicas de adaptación de los alimentos a la evolución del estado del anciano.

METODOLOGÍA

Diseño: estudio Observacional Transversal.

Población: ancianos dependientes ingresados en el hospital de San Lázaro, en una unidad de medicina interna.

Muestra: muestreo no probabilístico consecutivo. Se seleccionarán aquellos sujetos que cumplan los siguientes criterios de inclusión:

- Tener una edad igual o mayor de 65 años cumplidos.
- Ser dependiente total para las actividades básicas de la vida diaria (según escala de Barthel puntuación menor a 20).

- No proceder de una institución (Residencia de Ancianos).
- Presencia de cuidador principal durante el ingreso.

El tamaño muestral se estima en 30 sujetos en base al número de pacientes atendidos en un periodo similar al de nuestro estudio en los seis meses previos.

Variables: se registrarán las siguientes

- *Variables sociodemográficas del paciente:*

Edad

Sexo.

Días de ingreso

- *Variables Clínicas:*

Capacidad funcional: se medirá a través de la escala de Barthel, usada para cuantificar el nivel de dependencia del paciente. En el índice de Barthel, se recoge la puntuación alcanzada en diez actividades (comer, lavarse o bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al wc, traslado cama sillón y subir y bajar escaleras), asignando diferentes valores a cada actividad. Estas puntuaciones se sumaran para dar un resultado global que va desde 0 (totalmente dependiente) a 100 (totalmente independiente).

Estado nutricional: se evaluará con el test Mini Nutritional Assesment (MNA). El objetivo de esta escala es determinar si hay riesgo de malnutrición y así permitir una precoz intervención nutricional y determinar la presencia de franca desnutrición, tratando de acercarse a sus causas, permitiendo el establecimiento de intervenciones multidimensionales para corregir factores de riesgo y mejorar el estado nutricional y de salud de los ancianos evaluados. Integra datos antropométricos de valoración general de estado de salud, de evaluación dietética y de valoración subjetiva, que en total suponen 18 ítems. El tiempo de realización suele ser inferior a 15 minutos. La puntuación máxima del MNA es de 30 puntos, una puntuación mayor de 24 indica un buen estado de nutrición, entre 17 y 23,5 puntos indican riesgo de malnutrición y menor de 17 puntos se considera malnutrición.

Hábitos alimenticios y seguimiento de dieta equilibrada: se elaborará una encuesta para evaluar estas variables, en base a la bibliografía consultada. Se clasificarán los alimentos en seis grupos, incluyendo los líquidos en el siete (leche y derivados; carnes, pescados y huevos; cereales, legumbres y tubérculos; frutas hortalizas y verduras; grasas y aceites; dulces y azúcar, líquidos). En cada grupo de alimentos deben consumirse unas raciones mínimas para considerar que se alcanzan las exigencias requeridas. Se tomarán como valores de referencia las recomendaciones para una dieta saludable en una persona de 70 años que da la SENC (Sociedad Española de Nutrición Comunitaria)

- *Variables sociodemográficas del cuidador:*

Parentesco.

Sexo.

Edad

Nivel de estudios

Estatus laboral

Nivel de conocimientos del cuidador, en relación con la alimentación equilibrada: se le preguntará al cuidador principal la frecuencia de consumo que considera conveniente en relación con los diferentes grupos de alimentos: leche y derivados; carnes, pescados y huevos; cereales, legumbres y tubérculos; frutas, verduras y hortalizas; grasas y aceites; dulces y azúcar; líquidos. Podrán dar la respuesta en raciones/día, raciones/semana, raciones/mes. Previamente, se les muestra las cantidades de alimentos a las que corresponde cada ración. Como frecuencia de consumo de alimentos aconsejada, se ha establecido la marcada en el Rombo de la alimentación del ministerio de Sanidad y Consumo.

Conocimientos del cuidador sobre medidas de adaptación de los alimentos al estado del paciente: se evaluarán los siguientes aspectos:

- Consumo de dieta triturada: siempre u ocasionalmente
- Consumo de complementos dietéticos.
- Uso de jeringas para alimentación.
- Uso de espesantes para líquidos

Fuentes de información sobre nutrición: se recogerá si ha recibido información sobre la alimentación y medidas de adaptación al estado del paciente, así como la fuente de la información (centro de salud, hospital, asociaciones, etc.)

Recogida de datos:

La realizarán miembros del equipo investigador, entre los meses de marzo y abril de 2012. La información se recogerá en las primeras 48 horas del ingreso hospitalario.

Análisis de datos:

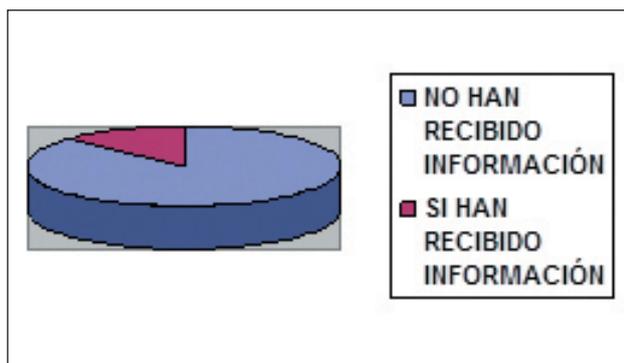
Se realizará un análisis descriptivo de las variables en estudio.

RESULTADOS

De los treinta pacientes incluidos en el estudio, 13 de ellos eran mujeres y 17 hombres; todo ellos totalmente dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (según escala de Barthel, puntuación menor a 20 puntos), con una edad media de 82´3 años. Ingresados en el hospital de San Lázaro se les realiza la valoración dentro de las primeras 48 horas desde el ingreso.

Hay presencia de un cuidador principal. De los 30 valorados, 25 eran mujeres y 5 hombres, 26 de ellos (el 86´66%) con estudios básicos y sin trabajo remunerado. Tienen una edad media de 56´3 años.

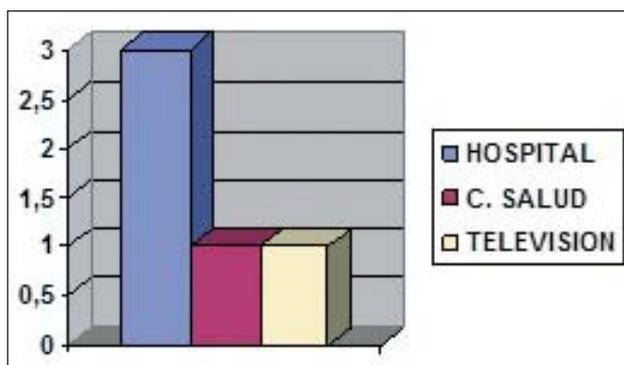
En general, el cuidador esta desinformado sobre la alimentación y sobre las medidas de adaptación básicas de los alimentos al estado del paciente, así, un 86´66% niega haber recibido ningún tipo de información ni sobre la alimentación ni sobre las medidas de adaptación. (fig.1).



▲ FIGURA 1. Información recibida por el cuidador

Por otro lado, el cuidador valora como muy importante esta información (96´66% de ellos) y le hubiera gustado recibirla en el mismo porcentaje.

Las fuentes de información sobre la alimentación adecuada han sido: Durante su estancia en el hospital por personal sanitario en un 10%, por el personal de atención primaria en 3´33% y por programas divulgativos de la televisión 3´33%. (fig.2).



▲ FIGURA 2. Fuentes de información del cuidador

A la hora de valorar los conocimientos del cuidador sobre la alimentación equilibrada, se le pregunta por las cantidades que ellos creen conveniente en relación a 6 grupos de alimentos, incluyendo los líquidos en el 7º grupo. Se toman como valores de referencia las cantidades recomendadas en el rombo de la alimentación del ministerio de sanidad y consumo (fig.3).

En general hay un gran desconocimiento, ya que solo un 3´33% conoce la frecuencia de consumo recomendada de todos los grupos de alimentos. Un 10% de los encuestados fallan en un grupo de alimentos, un 43´33% fallan en la frecuencia de consumo de dos grupos de alimentos, un 27´33% fallan en tres grupos de alimentos y 20% del total fallan en 4 o más grupos.

El alejamiento entre el consumo que consideran correcto y el marcado como aconsejable es más acentuado en relación la consumo de cereales y legumbres, así, la media cree que hay que tomar 1´09 raciones al día, siendo lo aconsejable de 6-10 raciones/día.



▲ FIGURA 3. Rombo de los alimentos del ministerio de sanidad y consumo

En cuanto al consumo de carne, pescado y huevos, la media cree que hay que tomar 1,28 raciones al día, siendo lo correcto 2-3 raciones al día.

En relación a la leche y productos lácteos, la gran mayoría (93´33%) está en lo correcto en relación al consumo aconsejable, esto es 2-3 raciones al día.

En cuanto a la fruta hortalizas y verduras, los cuidadores están muy cerca de lo correcto, ya que la media piensa que deberían consumirse 2´56 raciones al día, siendo 3 las raciones mínimas recomendadas en el día.

En lo referente a grasas y aceites, el 96´66% está de acuerdo en que deberían tomarse con moderación, también ocurre lo mismo con los dulces y azúcar.

En el grupo 7º se incluyen los líquidos (aguas, infusiones y zumos), esta establecido en las recomendaciones para una alimentación saludable de la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria (SENC), la ingesta mínima de unos 8 vasos al día, aquí un 66´66% de los cuidadores están en lo cierto. El resto cree que la ingesta recomendable es menor de unos 5 vasos al día. (Tabla.1).

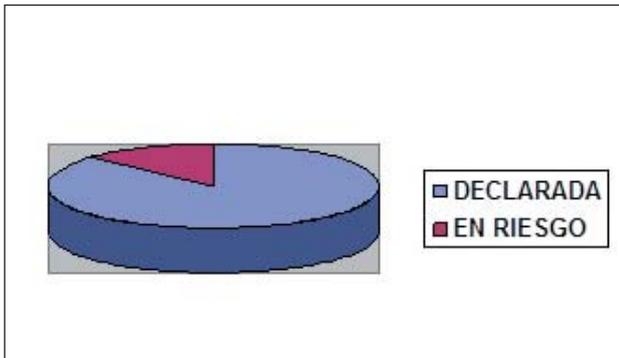
En cuanto a las medidas básicas de adaptación de la alimentación al estado del paciente, se ha valorado el uso de medidas como la dieta triturada, jeringas de alimentación, complementos dietéticos y uso de espesantes para los líquidos. Así, un 60% tritura los alimentos, un 23´33% utiliza jeringas para alimentación, un 13´33% utiliza espesantes para los líquidos, un 16´66% consumen complementos dietéticos.

Se realiza el test MNA en colaboración con el cuidador principal dadas las características de los pacientes (de ellos un 50% presentaba demencia grave y un 30% demencia moderada).

GRUPOS DE ALIMENTOS	CORRECTO	CONSIDERADO CONVENIENTE
CEREALES Y LEGUMBRES	6-10 Raciones/Día	1,09 Raciones
CARNE, PESCADOS Y HUEVOS	2-3 Raciones/Día	1,28 Raciones
LECHE Y PRODUCTOS LACTEOS	2-3 Raciones/Día	2 Raciones
FRUTAS VERDURAS Y HORTALIZAS	3 Raciones/Día	2,56 Raciones
GRASAS Y ACEITES	MODERACIÓN	MODERACIÓN
DULCES Y AZUCAR	MODERACIÓN	MODERACIÓN
LIQUIDOS	8 Vasos/Día	7 Vasos

▲ TABLA 1.

El resultado medio ha sido de 10´13 puntos. Según la escala de valoración del test, 26 pacientes (86´66%) presentaba malnutrición declarada y 4 pacientes (13´33%) estaban en riesgo de malnutrición. (fig. 4).



▲ FIGURA 4. Malnutrición en los pacientes

Por items, destaca que hay pérdida de apetito grave en el 70% de los casos, moderada en el 20% y sin anorexia se encontraban el 10% de los pacientes.

Ha habido pérdida de peso reciente (menos de tres meses) en el 76´66% de los casos.

En cuanto al índice de masa corporal (IMC), un 10% presentaba bajo peso (puntuación < 19), un 23´33% peso normal (puntuación entre 19 y 23) con sobre peso, se encontraban 12 pacientes (40%), y situación de obesidad un 10% de los pacientes estudiados.

En el test, se valora también el número de comidas completas que el paciente realiza en el día, así, encontramos un dato que llama mucho la atención ya que un 50% de los pacientes solo realizan una comida completa en el día; dos comidas completas, un proporción del 13´33% y las tres comidas completas un 36´66%.

Se valoran los hábitos alimenticios que el aciano dependiente tiene en domicilio, se pregunta al cuidador principal, mostrándole previamente la equivalencia entre cantidades de alimentos y raciones, se toma como valores de referencia las raciones mínimas recomendadas para una alimen-

tación saludable en una persona mayor de 70 años que da la sociedad española de nutrición comunitaria (SENC). (fig.5).



▲ FIGURA 5. Raciones mínimas recomendadas por la SENC para una alimentación saludable en personas mayores de 70 años

Tres de los 30 pacientes valorados son portadores de sonda naso gástrica y usuarios de nutrición enteral. El resto de pacientes tienen una alimentación por vía oral, de ellos un 60% consumen dieta triturada por dificultad en la masticación y un 13´33% utilizan espesantes por problemas de disfagia a líquidos.

Valorando el consumo por grupos de alimentos, se observa que ninguno de los pacientes estudiados llega al mínimo en todos los grupos de alimentos.

La distribución de pacientes según el número de grupos que están deficitarios en porcentaje es de: 2 grupos 0, 3 grupos el 13´33% y 4 grupos el 26´66% y 5 grupos o más el 50 %.

Concretando en raciones mínimas recomendadas por grupos de alimentos, el porcentaje de pacientes que no las cumplen es el siguiente: Leche y derivados el 93´34%, en el caso de la carne, pescado y huevos, un 90%; cereales, legumbres y tubérculos, el 100% no llega a las 4 raciones mínimas recomendadas.

Las frutas, verduras y hortalizas, el 83´34%. En cuanto a los grupos de grasas y aceites y el grupo de dulces y azúcar, el 90% declara consumirlos con moderación.

En el caso de los líquidos, teniendo en cuenta el consumo de agua, infusiones y zumos, no llega al mínimo recomendado, el 86'67% de los pacientes.

DISCUSIÓN

Tradicionalmente, son las familias las que han asumido el cuidado de los ancianos dependientes, comúnmente se les ha llamado cuidador informal.

El perfil del cuidador se ha esbozado en este estudio y en otros anteriores, como el de una mujer de mediana edad (56'3 años), sin trabajo remunerado y nivel de estudios primarios, que está sometida a una gran carga, continua presión tanto física como psíquica y pérdida de su propia independencia.

El cuidador es figura de vital importancia, el auténtico gestor de la calidad de vida del paciente, unos conocimientos básicos sobre la dieta saludable, pueden ayudar al cuidador a facilitar mejores cuidados al anciano dependiente.

Como en estudios anteriores⁷, se ha evidenciado gran desinformación del cuidador en aspectos de nutrición y de adecuación de la alimentación (en nuestro estudio el 86'66% de los cuidadores), esta inadecuada formación del cuidador posibilita un entorpecimiento en la correcta alimentación del anciano dependiente.

Por otro lado, en este estudio se ha demostrado que los cuidadores valoran la importancia de la formación en nutrición y piden información. La información que los cuidadores reciben del entorno sanitario es en todos los casos insuficiente (3'33%). Los profesionales sanitarios deben tener presente este dato, el cuidador familiar suele estar ávido de información de las posibles ayudas o soluciones para el problema de su ser querido (en este caso la desnutrición), esto hace que sea especialmente receptivo a toda la información; el profesional sanitario precisa de una actualización básica en aspectos de nutrición, al objeto de ser un buen asesor y transmitir la información adecuadamente, con el apoyo a la familia que esto significa.

Otro punto valorado, es el conocimiento en sí de la dieta equilibrada o saludable, hay un gran desconocimiento en relación a las raciones de cada grupo de alimentos que hay que tomar cada día para conseguir una dieta equilibrada. Ha llamado la atención el gran distanciamiento entre lo considerado correcto y lo que es verdaderamente conveniente especialmente en el grupo de los cereales y legumbres, ya que consideran como media que hay que tomar 5 raciones menos al día de lo que es recomendable.

Los cereales deben constituir la base fundamental de nuestra alimentación, ya que ellos nos proveen de una importante fuente de energía¹⁰.

También es menor lo considerado correcto que lo que realmente es aconsejable, en el caso de la carne, pescados y huevos, siendo 1 ración menos al día de lo aconsejable lo que declaran como conveniente.

La carne es una fuente importante de proteínas de alto valor biológico, de vitamina B 12, hierro, potasio, fósforo y zinc. Los pescados son también una buena fuente de proteínas de elevada calidad, vitamina D, yodo y son muy ricos en ácidos grasos poliinsaturados omega 3, especialmente los pescados azules.¹⁰

En cuanto a la leche y sus productos derivados, así como en el grupo de las frutas y verduras, la media en general está en lo correcto, hay poca diferencia entre las raciones mínimas recomendables y las que el cuidador considera correctas. Esto es importante ya que la leche es muy necesaria en todas las etapas de la vida, especialmente en la edad avanzada, por ser una importante fuente de proteínas de elevada calidad, lactosa, vitaminas (A, D, B2 y B12) Y principalmente, es una excelente fuente de calcio, mineral importantísimo sobre todo en la fase del envejecimiento, por la gran descalcificación que sufre el organismo en esta etapa.

Otro aspecto valorado en el cuidador, es la adecuación de la alimentación al estado del paciente. En nuestro estudio no se ha valorado el porcentaje de pacientes con problemas de disfagia, pero sabemos que los enfermos ancianos con discapacidad, dependencia severa y déficit cognitivo importante, presentan con frecuencia problemas para la deglución normal¹¹.

En un trabajo realizado entre todas las residencias de la Comunidad de Valencia, con un total de 7057 residentes, el 3'6% presentaba algún grado de disfagia¹², pero en un trabajo realizado en una Unidad de demencias avanzadas, los datos reflejaban una incidencia de disfagia a líquidos del 82% y a sólidos del 36%¹³. Esto quiere decir que la disfagia aumenta a medida que progresa la demencia (en nuestro estudio el 50% de los pacientes presentaba demencia grave).

La alimentación básica adaptada es la modificación de los alimentos para que puedan ser ingeridos por personas con dificultades en la masticación o deglución y que reúnan unas condiciones nutricionales adecuadas para adultos y ancianos.

En nuestro estudio la medida más extendida y conocida por los cuidadores es la utilizada para facilitar la ingesta de alimentos sólidos, así, el 60% de los cuidadores trituran los alimentos siempre u ocasionalmente, Pero en el caso de favorecer la deglución de los líquidos, sólo un 13'33% utilizan gelatinas o espesantes.

La alimentación adaptada para los ancianos o complementos dietéticos tampoco es muy utilizada, sólo un 16'66% de los cuidadores las utilizan.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, muestran al enfermo tipo como un varón, mayor de 80 años, que ingresa en el hospital por un proceso agudo, con un desnutrición declarada o que esta en riesgo de desnutrición.

Nuestros resultados coinciden con los datos de estudios anteriores¹⁴, si bien, el porcentaje de desnutrición declarada es mayor que en otros estudios^{15, 16} esto se puede

explicar por que hemos tratado a una población que se encuentra en el segmento de edad mayor dentro de la población anciana, así como por tratarse de pacientes ingresados por procesos agudos o descompensados y ya con un gran deterioro previo.

Como causas principales de esta malnutrición en el aciano, la mayoría de los estudios señalan las alteraciones biológicas (factores fisiológicos relacionados con la edad: cambios en la composición corporal, disminución de la actividad física, alteración del gusto y el olfato, disminución del apetito, problemas dentales, disminución de la secreción y absorción intestinal), psíquicas (depresión, demencia) y sociales (soledad, marginación, dependencia).¹⁷

Relacionando con datos obtenidos en el MNA, nuestra población de estudio presenta en un 50% demencia grave, y en un 33% demencia moderada, son ancianos poli medicados en el 100% de los casos, ambas circunstancias son señaladas en muchos estudios como la base de la disminución de la ingesta, la pérdida de actividad y relaciones sociales y por tanto mayor riesgo de desnutrición^{18, 19}. Así, un 70% de nuestra población, muestra pérdida de apetito grave y 20% moderada, con la disminución en la ingesta que esto trae consigo, así un 50% de nuestros pacientes solo realizan una comida completa en el día, y ha habido pérdida de peso en el 76'66% de los pacientes.

En cuanto a los datos obtenidos con el IMC, como en otros estudios¹⁴, llama la atención que nuestros acianos están en un peso normal o bien con una situación de sobre peso, podemos explicar esta situación ya que siendo este un índice fiable de obesidad en edades jóvenes-adultas, en ancianos no supone un índice real (según datos del MNA, nuestros pacientes están desnutridos o en riesgo de desnutrición), esto ocurre por que este índice relaciona talla y peso y estos dos datos en los acianos están sometidos a los cambios por el envejecimiento, así, la talla en el anciano esta disminuida debido a la descalcificación de la vértebras y la disminución del disco intervertebral y por otro lado, el peso no tiene exactamente el mismo valor que en la edad adulta, ya que se produce una sustitución progresiva de la masa magra por grasa y tejido conjuntivo y a su vez hay una mayor distribución de grasa en el tronco y alrededor de la vísceras.²⁰ Por tanto se explica que un aciano pueda presentar un IMC dentro de los valores normales y estar desnutrido.

En cuanto a los hábitos alimenticios de nuestros ancianos estudiados, observamos que el 90% no llega al consumo mínimo recomendado en todos los grupos de alimentos, debemos saber que si bien el envejecimiento conlleva un menor aporte energético en la dieta, debido principalmente a la pérdida de tejido metabolitamente activo y al descenso de la actividad física, las necesidades en proteínas, vitaminas y minerales continúan siendo prácticamente las mismas o incluso están aumentadas en determinadas patologías, de aquí la importancia de una adecuada densi-

dad de nutrientes en la dieta del anciano²¹. Se deben de comer a diario lácteos, verduras y frutas, carnes magras o pescados, aceite de oliva y hortalizas, para asegurar de este modo un balance proteico y de vitaminas adecuado, hemos comprobado en este estudio que nuestros ancianos dependientes no cumplen los parámetros de lo que es una dieta equilibrada. En cuanto a otro nutriente esencial como es el agua, casi el 90% de los ancianos estudiados no llegan a consumir las cantidades mínimas recomendadas por la SENC. El agua es uno de los nutrientes más importantes requeridos para la manutención de la homeostasis en ancianos debido a su papel esencial en la regulación del volumen celular, el transporte de nutrientes, la remoción de desechos y la regulación de la temperatura¹⁹. Es por ello, que la pérdida de agua tiene profundas consecuencias sobre la salud de este grupo, aumentado la morbi-mortalidad. Por esto, en las personas mayores es muy importante cuidar un adecuado aporte de líquidos y fomentar su ingesta por la facilidad del anciano de sufrir deshidratación.

CONCLUSIÓN

Nos encontramos en resumen con un anciano mayor de 80 años totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria, cuyo cuidador es un familiar, mujer de mediana edad sin trabajo remunerado. El cuidador tiene un escaso conocimiento sobre aspectos nutricionales y sobre una adecuada adaptación de los alimentos al estado del paciente, no utiliza ni conoce los recursos con los que contamos actualmente, como suplementos dietéticos, espesantes, etc, beneficios derivados de la investigación que no están siendo aprovechados por la mayoría de los pacientes.

No se esta prestando suficiente atención a los cuidadores, sobre todo por parte del personal sanitario, pues no están recibiendo conocimientos ni teóricos ni prácticos, conocimientos que demandan y valoran y que van a redundar en la calidad de vida del paciente y de la familia.

Encontramos a un anciano hospitalizado, que a la valoración durante su ingreso presenta una desnutrición declarada, en un mayor porcentaje o bien, riesgo de desnutrición, de aquí surge una conclusión evidente, la primera actitud lógica por parte del médico y del personal sanitario debe ser la prevención de la desnutrición en aquellos ancianos que tengan factores de riesgo, mediante la educación, la implantación de soluciones donde sea posible y el tratamiento precoz.³

Observamos que los hábitos dietéticos no son correctos, con un aporte insuficiente de principios inmediatos, incluyendo el agua, no hay una nutrición óptima, esta juega un papel fundamental en la prevención de enfermedades y la recuperación de la salud.

Más del 90% de los pacientes se quedan sin la necesaria asistencia nutricional, ya que en general los médicos y

enfermeras no dan importancia y/o desconocen la trascendencia de que un paciente a su cargo permanezca días y días sin alimentarse adecuadamente. No son concientes de que, transcurrido el tiempo, esa desnutrición creciente del paciente, va a limitar la capacidad de respuesta de su debilitado organismo, mermando así el beneficio de los proce-

dimientos terapéuticos, quizás previstos desde el principio.⁴ Hay falta de conocimiento y sensibilidad del personal sanitario respecto a la desnutrición. Soportamos una situación endémica de desnutrición en nuestros hospitales, incapaces de detectarla y tratarla por falta de organización, personal experto y métodos adecuados.⁴

Bibliografía:

- (1). Alix E, Constans T: Epidemiología de la malnutrición proteico energética en los ancianos. *Año Gerontológico*, 1998; 12:37-55.
- (2). Ramos A, Asensio A, Núñez S, Millán I: Prevalencia y factores asociados a malnutrición en ancianos hospitalizados. *An. Med. Interna (Madrid)*, 2004, v.21 n.6.
- (3). Iraizoz I: Valoración geriátrica integral (II): Valoración nutricional y mental en el anciano. *Anales* vol. 22.N.1.1999.
- (4). De Ulibarri J I: La desnutrición hospitalaria. Editorial. *Nutr. Hosp*, 2003, 18:53-56.
- (5). Vellas B, Garry Ph J, Guigoz Y: Mini Nutritional Assesment (MNA). *Research and practise in the Elderly*. Nestle Nutrition Workshop Series. Basel Korger,1999.
- (6). Riviere S, Gillete-Guyonet S, Andrieu S, Nourhashemi F y cols: Cognitive function and caregiver burden : predictive factors for eating behaviour. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2002, 17(10): 950-955.
- (7). Botella J J, Ferrero M I: La alimentación del enfermo de Alzheimer en el ámbito familiar. *Nutr Hosp*, 2004, 19:154-159.
- (8). Moreiras O, Cuadrado C, Beltrán B: Estudio SENECA: conclusiones en relación con las recomendaciones y pautas dietéticas. *Rev. Esp. Geriatr Gerontol*, 2002, 37(S3):1-7.
- (9). Rubio M A: Factores de riesgo de malnutrición, España, Masson.2002.
- (10). SENC.Guías alimentarias para la población española: recomendaciones para una dieta saludable. Madrid;IM&C, S.A., 2001.P: 1-502.
- (11). Bascuñana Ambros H: Características de la disfagia neurológica en las demencias y en las enfermedades neurológicas progresivas que afectan al sistema nervioso central. *Rehabilitación*, 1999, 33: 38-42.
- (12). Botella Trellis JJ, Ferrero López MI: Manejo de la disfagia en el anciano institucionalizado:situación actual. *Nutr. Hosp*. 2002, 17(3): 168- 174.
- (13). Botella Trellis JJ: Cuidados paliativos geriátricos. Unidad de demencias avanzadas: actividad y justificación. En: I Jornada interhospitalaria: programa PALET, Cuidados y Calidad de Vida. Diputación de Valencia. Valencia, 1999, 1:131-135.
- (14). Gómez Ramos MJ, González Valverde FM, Sánchez Álvarez C: Estudio del estado nutricional en la población anciana hospitalizada. *Nutr. Hosp*, 2005; 20 (4): 286-292.
- (15). Casimiro C, García de Lorenzo A, Usán L y el Grupo de Estudio Cooperativo Geriátrico: Estado nutricional y metabólico y valoración dietética en pacientes ancianos, institucionalizados, con diabetes mellitus no insulino dependiente (DMNID). *Nutr. Hosp*, 2001; 16 (3): 104-111.
- (16). Casimiro C, García de Lorenzo A, Usán L y el Grupo de estudio Cooperativo Geriatrico: Evaluación del riesgo nutricional en pacientes ancianos ambulatorios. *Nutr.Hosp*,2001; 16 (3):97-103.
- (17). Arbonés G, Carbajal A, Gonzalo B, González –Gross M: Nutrición y recomendaciones dietéticas para personas mayores. Grupo de trabajo “Salud Pública” de la Sociedad Española de Nutrición (SEN). *Nutr. Hosp*, 2002; 17(5): 109-137.
- (18). Venegas Moreno E, Soto Moreno A, Peteira Cunill JL, García Peris P, Leon Sanz M, Pita Mercé AM, Garcia-Cuna PP: Pacientes en riesgo de desnutrición en asistencia primaria. Estudio sociosanitario. *Nutr. Hosp*, 2001; 16 (1): 1-6.
- (19). Albalá Brevis C. Evaluación del estado nutricional en el anciano. *Boletín de la escuela de medicina*. Universidad Católica de Chile.1999; 6: 12-18.
- (20). Ruiz López MD, Artacho Martín-Lagos R, López Martínez MC. Recomendaciones nutricionales para los ancianos. *Ars Pharmaceutica* ,2000; 41:1; 101-113.
- (21). Schlenker ED: Nutrición en el envejecimiento. 2º ed. Mosby / Doyma Libros, Madrid (19).

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN EL ÍNDICE TOBILLO-BRAZO

NURSING PROTOCOL IN THE ANKLE-BRACHIAL INDEX

■ Sara Cano Vara

DUE consultas externas. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

Resumen:

El Índice Tobillo-Brazo (ITB) es una exploración incruenta que permite detectar la arteriopatía de las extremidades inferiores antes de que el paciente tenga síntomas. La arteriopatía periférica está asociada a un mayor riesgo cardiovascular ya existente en dichos pacientes.

Se basa en la relación entre la presión arterial sistólica de las extremidades superiores y las inferiores.

Se trata de una prueba sencilla pero la enfermera encargada debe estar instruida en la correcta realización de la misma.

Palabras clave:

Enfermedad arterial periférica (EAP), Factores de riesgo, Doppler continuo portátil, Índice tobillo brazo (ITB).

Abstract:

The ankle-brachial index (ABI) is a non-invasive scan detecting arterial disease of lower extremities until the patient has symptoms. Peripheral arterial disease is associated with increased cardiovascular risk existing in such patients. It is based on the relationship between systolic blood pressure of the upper extremities and the lower. It's a simple test but the charge nurse must be educated in the proper performance of the same.

Key words:

Peripheral arterial disease (PAD), Factors of risk, Doppler portable continuous, Ankle brachial index (ABI)

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se considera que el ITB es el método no invasivo con mejor rendimiento diagnóstico, ya que se trata de un prueba incruenta, objetiva, barata y sencilla de realizar a la cabecera del paciente, con una elevada sensibilidad (<90%) y que permite documentar la existencia de EAP (enfermedad arterial periférica) en las extremidades inferiores y su severidad.

El Índice Tobillo-Brazo (ITB) es una exploración incruenta que permite detectar la arteriopatía de las extremidades inferiores antes de que el paciente tenga síntomas.

Se estima que un 20% de las personas mayores de 65 años tienen esta enfermedad y tan solo 1 de cada 10 pacientes están diagnosticados ya que la mayoría de los pacientes inicialmente con arteriopatía periférica no presentan síntomas, sin embargo su diagnóstico precoz está muy justificado debido a que puede provocar importante morbilidad y es un gran indicador de enfermedad arteriosclerótica sistémica.

La EAP provoca la oclusión de las arterias de los miembros inferiores, con la consecuente disminución del flujo arterial. Y está relacionado con un riesgo elevado de IM, ICTUS y muerte por accidente vascular.

La EAP tiene como signos y síntomas, la claudicación intermitente y la ausencia de pulsos en miembros inferiores.

La claudicación intermitente es conocida como “síndrome de mirador de escaparates”, está caracterizada por ausencia de síntomas en reposo y aparición de dolor isquémico al andar manifestándose como dolor “urente” de quemazón, afectando generalmente a la parte afectada (por ej. Pantorrillas), el dolor suele aparecer a distancias previsibles (p.ej. 200 m), al realizar una determinada actividad o al alcanzar cierto nivel de esfuerzo y desaparece a los 2-3 minutos de reposo.

Para llegar al diagnóstico de EAP hace falta realizar una anamnesis de los síntomas, factores de riesgo y de los antecedentes personales; además de una exploración física que incluye inspección (ulceraciones, trayectos arteriales pulsátiles...), palpación (pulsos y temperatura cutánea) y auscultación arterial (soplos).

Los principales factores de la EAP son:

- Tabaquismo
- Diabetes
- Hombres mayores de 55 años y mujeres mayores de 65 años,
- Hiperlipemia
- Hipertensión
- Pacientes con antecedentes de enfermedad cardiovascular.

La determinación de dicho índice nos permite sospechar la presencia de lesiones arterioscleróticas en miembros infe-

riores en fase asintomática ya que los pacientes con un ITB alterado ya tienen un alto riesgo cardiovascular y se asocia con aumento de riesgo de mortalidad total, sobre todo a costa de aumento de patología coronaria.

Dado que la prevalencia de ITB patológico en la población general es baja no se debe utilizar como prueba de cribado universal.

Indicaciones prioritarias son en:

- Diabéticos
- Pacientes de alto riesgo vascular
- Pacientes con riesgo intermedio asociado a glucemia alterada o fumadores.
- Síndrome metabólico

OBJETIVOS:

GENERAL:

- Aumenta la tasa de detección precoz entre la población asintomática.
- Mejora la estratificación del riesgo
- Aumentar la concienciación sobre la EAP y sus consecuencias.
- Mejora la identificación de pacientes con EAP sintomática
- Iniciar protocolo de criba en pacientes con riesgo elevado de EAP
- Determinar la existencia de enfermedad arterioesclerótica en el territorio vascular.
- Disminuir costes sanitarios

ESPECÍFICO:

- Se realiza una detección pronóstica del paciente.
- Identifican de forma precoz la presencia de arteriopatías periféricas y se realizan recomendaciones para evitar su progresión.
- Recomendación de la antiagregación.
- Control enérgico de los factores de riesgo modificables
- Permite recomendar la búsqueda de enfermedad arterial en otro territorio.
- Mejora la tasa de tratamiento entre los pacientes los cuales se ha diagnosticado de EAP sintomática.

RECURSOS NECESARIOS:

MATERIALES:

- Sonda Doppler continuo portátil con sonda de 8 MHz manual.
- Manguito de presión arterial (esfingomanómetro)
- Tiempo necesario: 20-30 minutos.
- Gel conductor.
- Papel para limpieza
- Camilla.



▲ Figura 1

HUMANOS:

- Enfermera.

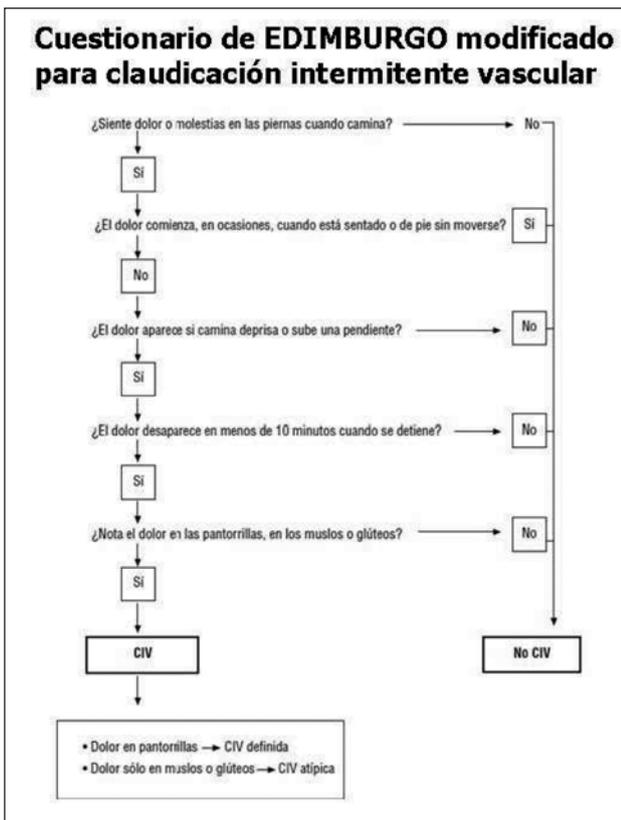
OPERATIVA:

FASE DE PREPARACIÓN:

- Informar al paciente de la prueba y realizar el cuestionario de Edimburgo.
- Quitar los zapatos y calcetines del paciente y descubrir los brazos sin comprimirlos con la ropa (o retirar la camisa si se precisa)
- Colocar al paciente en posición decúbito supino en la camilla y permanecerá en reposo 10 minutos.
- Comprobar que se tiene hoja del ITB para recoger los resultados. Figura 2,3

Nombre: _____ N.H.C: _____ Edad: _____ años Fecha Realización: ____ / ____ / ____	<p style="text-align: center;">INTERPRETACIÓN</p> 1-1.29: Normal 0.91-0.99: Borderline 0.71-0.90: EAP ligera 0.41-0.70: EAP moderada <0.40: EAP severa >1.30: No compresible
<p style="text-align: center;">derecho izquierdo</p> <p style="text-align: center;">— = B B = —</p> <p style="text-align: center;">↓ PD PD =</p> <p style="text-align: center;">↓ TP TP =</p> <p style="text-align: center;">↓ T T =</p>	<p style="text-align: center;">ITB derecho = $\frac{T \text{ derecho}}{B}$</p> <p style="text-align: center;">ITB izquierdo = $\frac{T \text{ izquierdo}}{B}$</p>

▲ Figura 2



▲ Figura 3

FASE DE EJECUCIÓN:

- Poner el manguito del esfigmomanómetro dos dedos por encima del tobillo derecho.
- Poner gel conductor sobre la arteria pedia y sobre la arteria tibial posterior.
- Localizar el pulso pedio en el pie derecho con el Doppler continuo.
- Hinchar el manguito hasta dejar de oír el pulso pedio.
- Deshinchar el manguito hasta que volvamos a oír el latido que será el valor que corresponde a la presión arterial sistólica (PAS).
- El procedimiento se repetirá con la arteria tibial posterior del mismo lado.
- Repetir las dos mediciones en la extremidad inferior izquierda (arteria tibial posterior y pedia).
- Poner el esfigmomanómetro en el brazo derecho.
- Poner gel conductor sobre la arteria braquial.
- Localizar la arteria braquial con el Doppler continuo en la flexura del codo.
- Hinchar el manguito hasta dejar de oír el pulso.
- Deshinchar el manguito hasta que volvamos a oír el latido que será el valor que corresponde al PAS.
- Repetir el mismo procedimiento con el brazo izquierdo.
- Anotar todos los valores obtenidos.

FASE DE CONTROL:

- Comprobar que se han registrado correctamente los datos y que se ha realizado el cálculo correctamente.



▲ Figura 4 .El resultado es el de dividir la Presión Arterial Sistólica

(PAS) de cada tobillo entre el valor de la PAS más alto de cualquiera de las arterias braquiales.

- En cada tobillo se escogerá el valor más alto entre la arteria pedia y la tibial posterior.
- En condiciones de normalidad la PAS no debe ser muy diferente entre los MMII y los MMSS.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA:

- NANDA (00148) Temor relacionado con prueba diagnóstica o procedimiento
 - NOC (1404) Autocontrol del miedo.
 - NOC (140412) Mantiene la concentración
 - NOC (140415) Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo.
 - NOC (140403) Busca información para reducir el miedo.
 - NIC (5618) Enseñanza procedimiento/tratamiento.
 - Conocer la información que tiene el paciente del procedimiento y las experiencias previas si las ha tenido.
 - Evaluar la ansiedad del paciente relacionada con el procedimiento.
 - Dar a conocer al paciente la información necesaria del procedimiento así como los pasos a seguir para disminuir su ansiedad o miedo.
 - NIC (4920) Escucha activa.
 - Mostrar interés en el paciente.
 - Utilizar la comunicación no verbal.
 - Estar atento al tono, entonación y forma en que el paciente contesta a nuestras preguntas.
 - NIC (5340) Presencia.
 - Establecer un ambiente de seguridad para el paciente con confianza y empatía.
 - Demostrar disponibilidad para prestar ayuda con nuestra cercanía.
- NANDA (00132) Dolor relacionado con procedimiento diagnóstico
 - NOC (2010) Estado de comodidad: física
 - NOC (201003) relajación muscular

- NOC (1605) Control del dolor
 NOC (160502) Reconoce el comienzo del dolor
 NOC (160511) Refiere dolor controlado
 NIC (5240) Asesoramiento
- Favorecer la expresión de sentimientos
 - Disponer de intimidad para asegurar la confidencialidad
 - Proporcionar información objetiva
 - Demostrar simpatía, calidez y autenticidad
- NIC (5580) Información preparatoria: sensorial
- Identificar secuencia de eventos en el procedimiento
 - Identificar sensaciones habituales
 - Describir la duración esperable de las sensaciones
 - Dar al paciente la oportunidad de hacer preguntas, clarificar malentendidos.

- pacientes con estenosis proximal moderada (de la arteria ilíaca)
- pacientes con estenosis graves pero con red colateral abundante

El nivel de evidencia de un ITB en reposo $< 0,90$ tiene una sensibilidad del 95% para el diagnóstico de arteriopatía periférica y una especificidad del 99% para descartarla con respecto a individuos sanos.

Comparado con la angiografía, un IT/B $< 0,9$ tiene una sensibilidad del 95 % y una especificidad $> 95\%$ para detectar una estenosis de al menos el 50 % de la luz arterial.

Para la valoración de la EAP clínica se utilizaba el Cuestionario ROSE que lo diseño Rose en 1962, lo adoptó después la OMS y se ha utilizado ampliamente para calcular la prevalencia de la claudicación intermitente, pero varios estudios de población han demostrado, sin embargo, que es sólo moderadamente sensible (60-68%), aunque muy específico (90-100%). Así que se realizó el cuestionario de Edimburgo que está diseñado para que lo pudiera cumplimentar el propio paciente teniendo una sensibilidad del 80%.

RESULTADOS:

Según los resultados derivados de la prueba, se determina que:

1. Un ITB $<$ de 0,9 es sinónimo de enfermedad arterial obstructiva periférica aunque más del 80 % de estos pacientes estén asintomáticos.
2. Un ITB $>$ 1,4 ó arteria incompresible indica alto riesgo cardiovascular.
3. Un ITB entre 0,9 y 1,4 puede ser normal y, en caso de sospecha de patología precisaría otras exploraciones complementarias

Un valor >0.9 indica la existencia de EAP, aunque raramente aparecen síntomas hasta que los valores son $>$ 0,5.

OBSERVACIONES:

Existen unas limitaciones en la determinación y valoración del ITB que son:

- presencia de arterias calcificadas (sobre todo en ancianos y diabéticos)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

El ITB es una prueba que constituye una herramienta de valoración objetiva y cuantitativa, permite al profesional de enfermería seleccionar aquellos pacientes en los que es preciso potenciar al máximo los cuidados preventivos, detectando la EAP precozmente cuando aún se encuentra en su fase asintomática, evitando así el aumento de la aparición de graves complicaciones cardiovasculares y por tanto mejorar su pronóstico en pacientes que por sus características son de alto riesgo cardiovascular.

Bibliografía:

- Rodríguez Padial. Cardiología. Madrid: Grupo Aula Médica, S.L.; 2008
- John Camm A., Lüscher T. F., Serruys P.W. Tratado de medicina cardiovascular de la ESC.Francia.European Society of Cardiology;2008
- Melón O, Miñana JC Climent, San Cristóbal E. Patología Vascular Periférica. En: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, editor. Tratado de geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2007. p. 355-61. Disponible en:
- Pérez OR, Obaya PC. Actualización de la medición del índice tobillo-brazo mediante doppler para el diagnóstico de arteriopatía periférica. SEAPA [Internet].2014[citado 15 enero2012];IX(1):8-11.
- Roca M.M., Carral F., Baena G., Sánchez C., Valencia I., Aguilar M.. Evaluación de la enfermedad vascular periférica en pacientes con diabetes tipo 2 mediante medición del índice tobillo-brazo. Av Diabetol.2014 [23 may 2007]; volumen 23 (5): 370-374.
- Abellán ML. Índice tobillo-brazo: utilidad práctica. Explicación de la técnica de medición. Disponible en: cachéSimilares
- Sorecar.org.: La Sociedad de Rehabilitación Cardiorespiratoria .[Internet]. Sevilla: Servicio rehabilitación Virgen del Rocío;2009; [12mayo 2014] Rehabilitación cardíaca y otras patologías. Disponible en: www.sorecar.org/relacionats/60_HPaz2009_18.pdf.

EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS DE LA POBLACIÓN FEMENINA DEL DISTRITO SANITARIO OSUNA SOBRE LA UTILIDAD DE LA CITOLOGÍA Y LA INFECCIÓN POR VIRUS DE PAPILOMA HUMANO

■ Carmen Mejías Paneque¹

■ Laura Cuendes Romero²

1. Licenciada en Antropología y Matrona, Hospital La Merced, Osuna. Sevilla.

2. Fisioterapeuta y Matrona, Hospital La Merced, Osuna. Sevilla.

Resumen:

Introducción: En España la incidencia de CA de cuello de útero cuenta con una tasa de poblacional de 7.6 x 100.000 mujeres. Este cáncer ilustra mejor que ninguno que la prevención y detección precoz reduce la mortalidad siendo para ello necesario concienciar a la población de la importancia de hacerse una citología, máxime cuando se trata de un cribado de tipo oportunista como ocurre en nuestro medio. **Objetivo:** Evaluar el grado de conocimientos de la población femenina del Área Sanitaria de Osuna sobre la importancia de la citología como herramienta fundamental en la detección precoz del cáncer de cérvix. **Material y método:** Estudio observacional descriptivo transversal. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario anónimo de elaboración propia (previo pilotaje) de evaluación de conocimientos aplicada a una muestra aleatoria de 76 mujeres. **Resultados:** Un 10% refiere no haberse realizado nunca una citología, un 30% considera que no debe hacerse en el embarazo porque provoca abortos, un 11% considera que el VPH se transmite por WC y un 23% no conoce la existencia de la vacunación. **Conclusiones:** El no identificar la importancia de la citología como método de prevención del cáncer de cérvix se traduce en una menor demanda asistencial de revisiones periódicas lo cual pone en situación de vulnerabilidad a la mujer, por tanto se hacen necesarias campañas informativas más efectivas sobre el VPH, la vacunación y la citología en la población de Osuna.

Palabras clave:

Citología, Virus de Papiloma Humano, Cribado oportunista, Cáncer de Cérvix.

Abstract:

Introduction: In Spain the incidence of cervical CA has a population rate of 7.6 per 100,000 women. This illustrates better than any cancer prevention and early detection reduces mortality still need to do to raise awareness of the importance of getting a Pap test, especially when it is an opportunistic screening type as in our setting. **Objective:** To assess the level of knowledge of the female population Osuna Health Area of the importance of cytology as a fundamental tool in the early detection of cervical cancer. **Methods:** Cross-sectional observational study. Data collection was performed using an anonymous questionnaire homemade (pilot control) knowledge assessment applied to a random sample of 76 women. **Results:** 10% refers not ever having a Pap test done, 30% think you should not do in pregnancy because it causes abortions, 11% believe that HPV is transmitted through WC and 23% do not know the existence of vaccination. **Conclusions:** Failure to identify the importance of cytology as a method of preventing cervical cancer results in a lower demand for care periodic reviews which puts vulnerable women therefore more effective information campaigns are needed on HPV vaccination and cytology in the town of Osuna.

Key words:

Cytology, Human Papillomavirus, opportunistic screening, Cervical Cancer.

INTRODUCCIÓN

En España la incidencia de CA de cuello de útero se encuentra en un nivel muy bajo a nivel Europeo, con una tasa de poblacional Europea de 7.6 x 100.000 mujeres/año según datos de Registro de Cáncer en España, esto es debido a los programas de diagnóstico precoz de cáncer de cuello

uterino (1). Este cáncer ilustra mejor que ninguno que la prevención y detección precoz reduce la mortalidad: Hace 70 años el cáncer de cuello de útero era la principal causa de muerte en mujeres Estadounidenses, una vez se instauran programas de detección precoz y tratamiento las tasas han descendido notablemente, siendo hoy día la cuarta causa de muerte (2).

La evidencia actual confirma que el Virus de Papiloma Humano (VPH) es causa necesaria de Cáncer de cuello uterino, es decir, está presente en todos los casos (3). El VPH se transmite por vía sexual, la mayoría de las infecciones son asintomáticas y desaparecen a los 2 años, pero aquellas que persisten más de dos años pueden evolucionar a lesiones precancerosas y a cáncer de cuello de útero, el tipo de VPH determinará la persistencia viral de la infección así como su progresión (4). Se han identificado 118 tipos de VPH, alrededor de 40 infectan el cuello del útero y 12 son cancerígenos. Los ocho tipos responsables del 80 % de los casos de Ca de cuello de útero son: VPH 16-18-31-33-35-45-52-58. Siendo el VPH 16 y VPH 18 responsables del 70% de todos los cánceres, el VPH 45 sería el tercero más frecuente(5)(6) además diversos estudios parecen demostrar que la carga viral de VPH 16 determina la persistencia de la infección y el incremento del riesgo de infección (aunque aún hacen falta más estudios)(7).

No todas las mujeres infectadas por VPH desarrollan la enfermedad, por tanto existen factores asociados que harán que ciertas mujeres estén más predispuestas a desarrollar este tipo de cáncer:

- **TABAQUISMO:** Se han detectado productos del tabaco en el moco cervical, las mujeres fumadoras presentan mayor riesgo de desarrollar carcinoma escamoso del cuello uterino, el riesgo aumenta con el aumento del consumo de cigarrillos por día. Además el tabaco debilita el sistema inmunitario (8).
- **Anticonceptivos orales:** Su uso prolongado (más de 5 años) aumenta el riesgo de Ca cervical, pero si se interrumpe su consumo a los 10 años la mujer vuelve al mismo nivel de riesgo que aquellas que no lo han usado nunca. El riesgo es debido a elementos de respuesta hormonal al genoma viral (9).
- **PARIDAD:** Mujeres con 5 o más embarazos debido a los cambios hormonales que se producen durante el embarazo, fundamentalmente debido a la inmunosupresión fisiológica. Según el estudio de Castelesagué (10) un 6.5 % de las mujeres embarazadas presentaban infección por VPH 16 con un bajo riesgo de transmisión perinatal
- **COINFECCIÓN CON OTRAS ETS (11):** Especialmente con Chlamydia trachomatis y Virus de herpes simple tipo 2.
- **OTROS COFACTORES:** El sobrepeso parece asociarse a un mayor número de casos de adenocarcinoma (12), por tanto influiría en el tipo de cáncer de cérvix que se desarrolla.

Finalmente no debemos subestimar a la infección por VPH pues se ha demostrado la relación de las cepas 16 y 18 con otros tipos de cánceres (13): Ca de Vulva (40%), Ca de Vagina (70%), Ca de Ano (84%), Ca de Pene (47%), Ca de Cavidad oral (24%), Ca de Orofaringe (36%), Ca de Laringe (24%)

¿Cómo detectar el VPH? El cribado del cáncer de cuello uterino se trata de una intervención de salud pública que se

realiza en una población asintomática cuyo objetivo es la detección precoz de las lesiones precancerosas, siendo la citología la herramienta principal de este cribado (14)..Hoy día encontramos dos maneras de hacer la citología: Citología en seco (también conocida como prueba del Papanicolau) y Citología en medio líquido (15): Mejora los resultados respecto a sensibilidad y especificidad, sin embargo, cuando se tiene en cuenta su mayor coste no se recomienda su introducción universal en sistemas sanitarios públicos porque no demuestra beneficios que no puedan hallarse en una mejor capacitación del personal, ahora bien, tiene la gran ventaja de poder usar la misma muestra para la determinación del ADN-VPH, de gran valor como prueba diagnóstica. En nuestro sistema público se opta por la determinación de la citología en seco por relación coste-efectividad, siempre que la persona que realiza la toma tenga la adecuada formación y preparación.

Además de la importancia de la toma adecuada de la citología, el programa de cribado puede ser organizado (se determina edad de la población diana y se realiza a todas las mujeres en esa franja de edad) u oportunista (se realiza a mujeres que acuden a otros servicios pero se consideran de riesgo, ofertándoseles el cribado) (16). El principal problema del cribado oportunista es que no asegura la total cobertura de la población, el estudio Afrodita pone de manifiesto que a pesar de una cobertura población del 80 % existen diferencias muy relevantes entre comunidades, describiéndose importantes diferencias en función de la clase social, edad y zona de residencia urbana o rural(17) si fallan los medios de captación, lo cual supondría retraso en el diagnóstico de un cáncer prevenible que tiene asociada una alta mortalidad si no hay un diagnóstico precoz.

En Andalucía, así como en la mayoría de las Comunidades Autónomas españolas, tenemos un cribado de tipo oportunista, esto quiere decir que las mujeres que acuden a Planificación Familiar, Consulta de Embarazo o a su médico de familia serán “captadas” por los profesionales sanitarios al considerarlas población de riesgo según criterios como edad y hábitos sexuales y derivadas al Programa de Diagnóstico de Cáncer de Cérvix donde el profesional adecuado le realizará la citología. Otra forma de “captación” es que sea la propia paciente la que solicite que le hagan la citología, para ello es necesario concienciar a la población femenina sobre la importancia de este tipo de cribado ya que muchas por desconocimiento, miedo ante la técnica o pudor prefieren no hacérsela no dándole la importancia que requiere (no debemos olvidar que la mayoría de las mujeres que presentan más factores de riesgo son mujeres jóvenes y sanas que no necesitan acudir a su Centro de Salud hasta que no entran dentro de algún programa sanitario como Embarazo o Planificación). Otro tema emergente es la prevención mediante vacunación(19) (20): aunque la vacuna está incluida en el calendario vacunal debe ser la paciente la que solicite ponérsela (en este caso las madres al ser en niñas de 14 años), si la población no está informada ¿cómo puede demandar la vacuna?

Con este trabajo pretendemos evaluar el grado de conoci-

mientos de la población femenina sobre la importancia de la citología como herramienta fundamental en la detección precoz del cáncer de cérvix, así como el grado de conocimientos sobre la infección de VPH y la vacunación preventiva. Si la población está informada de la importancia de la citología demandará este servicio haciendo posible que el cribado oportunista que tenemos en Andalucía capte el mayor número de población femenina en edad de riesgo.

OBJETIVOS

- Evaluar el grado de conocimientos de la población femenina del Área Sanitaria de Osuna sobre la importancia de la citología como herramienta fundamental en la detección precoz del cáncer de cérvix.
- Evaluación indirecta de la captación de población voluntaria al programa de detección precoz de cáncer de cérvix en el cribado de tipo oportunista establecido en Andalucía.
- Valorar la periodicidad de hacerse citologías así como el tiempo que tardan en darles los resultados como medida indirecta de la efectividad del programa de detección precoz del cáncer de cérvix
- Evaluar el grado de conocimientos sobre el VPH.
- Valorar el grado de conocimientos sobre la existencia de vacuna de VPH.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio de tipo observacional descriptivo transversal donde pretendemos “fotografiar” la realidad existente sobre la importancia que las mujeres le dan al hecho de hacerse una citología.

La muestra estuvo compuesta por mujeres perteneciente al Distrito Sanitario Osuna que acude al servicio de ginecología de consultas externas desde Octubre del 2012 a Marzo del 2013. Limitamos las edades de los participantes entre 18-65 años porque es la edad límite de entrada y salida del Proceso asistencial integrado de Cáncer de Cérvix en Andalucía y se seleccionan mediante muestreo aleatorio simple tras asignar números aleatorios a la población citada en consulta. Obtenemos una muestra de 76 mujeres.

Se procede a pasar un cuestionario anónimo de evaluación de conocimientos a la población seleccionada previamente pilotada por el equipo investigador. El cuestionario se realiza tras la revisión bibliográfica en las bases de datos: Cuiden, Pubmed y Cochrane con las palabras claves: “Papilomavirus” “Cáncer de Cérvix” “Prevención” unidas con el operador booleano “and”. Posteriormente se definen cuatro dominios: Conocimientos de la población sobre el VPH, Conocimiento de la población sobre la vacunación preventiva contra el VPH, Grado de Conocimientos sobre la importancia de las citologías y medidas indirectas de la efectividad del programa de detección precoz del cáncer de

cérvix en captación de población voluntaria y tiempo de información de resultados. Para el pilotaje del cuestionario seleccionamos mujeres que acuden a consultas de ginecología, pasamos el mismo y registramos dudas o dificultades de comprensión de las preguntas que puedan dar lugar a errores, omisiones o imprecisiones. Tras realizar las modificaciones oportunas y volverlo a consensuar con el equipo investigador se elabora el cuestionario definitivo.

La recogida de datos será llevada a cabo por un miembro del equipo investigador que presta asistencia en la consulta de ginecología.

Se han respetado en todo momento los preceptos éticos de la declaración de Helsinki y se ha contado con el consentimiento informado de las participantes.

Los resultados se han analizado con el programa SPSS versión Windows 18 y se han agrupado según los dominios anteriormente citados. Se procede al cálculo de frecuencias absolutas y porcentajes en las variables categóricas, en el caso de variables continuas se calcula media y desviación estandar. La comparación entre variables continuas se llevó a cabo mediante el test de la t Student mientras que para las variables categóricas el utilizó del test de ji Cuadrado.

RESULTADOS (Ver anexos)

1.- Grado de conocimientos de la población femenina del Área Sanitaria de Osuna sobre la importancia de la citología como herramienta fundamental en la detección precoz del cáncer de cérvix.

- El 68% de las encuestadas contestaron que el objetivo de una citología es detectar infecciones vaginales, entre ellas el virus del papiloma humano, mientras que el 32% respondieron que sirve para seguir una revisión médica rutinaria de control.
- El 88% respondió que para hacerse una citología debe acudir a su médico de familia para que le indique dónde debe hacérsela, el 6% contestó que sólo necesita acudir al hospital y se la realizarán en el servicio de urgencias y el 6% restante opina que hay que esperar a que le manden una carta a su casa, ya que es el centro de salud el que se encarga de su gestión.
- Haciendo referencia a las citologías en mujeres embarazadas, el 70% contestó que sí se pueden realizar citologías durante el embarazo ya que no hay ningún problema pero el 30% restante opinaron que no, ya que puede provocar abortos.

2.- Periodicidad de hacerse citologías así como el tiempo que tardan en darles los resultados como medida indirecta de la efectividad del programa de detección precoz del cáncer de cérvix.

- El 51% de las mujeres respondieron que hacía 1 año o menos que se habían realizado la última citología, el

15% dijo que hacía 2 años, el 12% hacía 3 años, otro 12% hacía más de 5 años y un 10% refirieron no haberse realizado nunca.

- Con respecto al tiempo que tardaron en darle los resultados el 51% respondieron que unos 20 días, el 21% unos 2 meses o más y el 18% opinaron que si el resultado es normal no hace falta que le informen y que sólo lo hacen cuando hay alguna alteración. El 10% que falta hace referencia a las encuestadas que respondieron que nunca se habían hecho una citología.

3.- Grado de conocimientos sobre el VPH.

- El 63% de las encuestadas respondieron que el VPH provoca verrugas genitales cáncer de cérvix, el 24% opinaron que sólo producía verrugas genitales y un sorprendente 12% contestaron que lo que producía era un simple resfriado.
- Con respecto a la manera de transmitirse el 89% respondieron que se transmite por relaciones sexuales y el 11% opinó que solo se transmite cuando frecuentas w.c que no están limpios en pubs, discotecas,...

4.- Grado de conocimientos sobre la existencia de vacuna de VPH.

- El 77% respondió que si conocían la existencia de una vacuna contra el HPV, de los cuales el 17% pensaba en que no la pasaba la seguridad social, siendo el coste privado. El 23% restante de las encuestadas no conocían la existencia de dicha vacuna.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Aunque gran parte de la población conozca la utilidad de la citología (68%) existe otra parte importante que no conoce su utilidad lo cual se puede traducir en no identificar la importancia de hacerse las revisiones periódicas oportunas y, por tanto, no “demandar” en su médico de familia la asistencia adecuada. Así mismo existen controversias sobre la manera de poder hacerse la citología, si bien la mayoría es consciente de que pidiéndoselo al médico de familia (88%) es suficiente tenemos un 6 % que considera que debe recibir una carta, con lo cual esto supone un 6% poblacional que no se realiza la citología junto con otro 6 % que satura la consulta de urgencias hospitalarias al considerar que es allí donde deben hacerse. En definitiva, muchas de las mujeres no conocen el proceso para entrar dentro del cribado de detección precoz de cáncer de cérvix mediante citología. Además, sigue existiendo la creencia poblacional de que las citologías durante el primer trimestre de embarazo ocasionan abortos (30%), llegados a este punto debemos hacer una reflexión: Si el cribado de tipo oportunista Andaluz plantea que una manera de captación es durante el embarazo porque muchas mujeres nunca se habrán realizado una

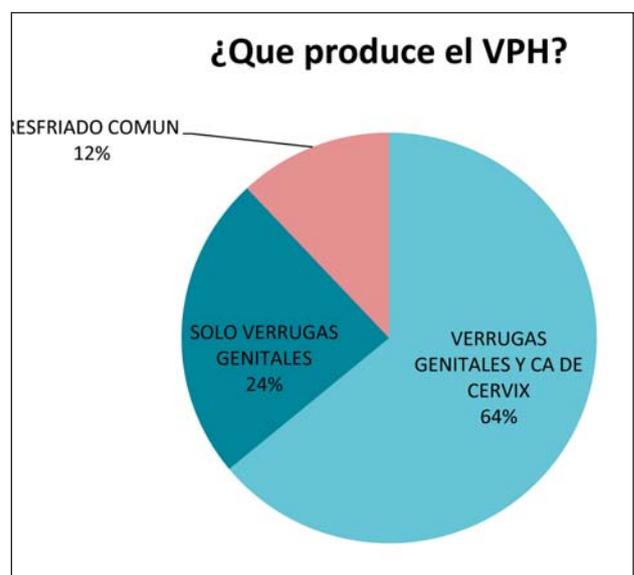
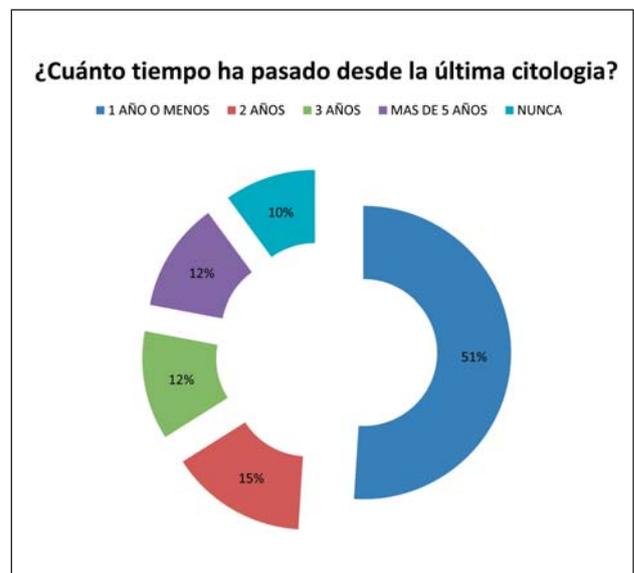
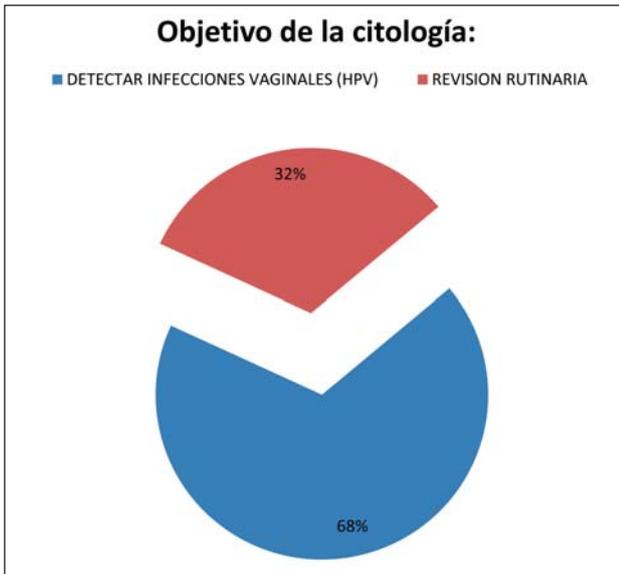
citología o habrán entrado en contacto con el sistema sanitario hasta ese momento siendo población de riesgo por su edad y las mujeres se niegan a hacerse citología por miedo a provocar un aborto volvemos encontrarnos una población vulnerable donde podemos no hacer el diagnóstico de manera adecuada.

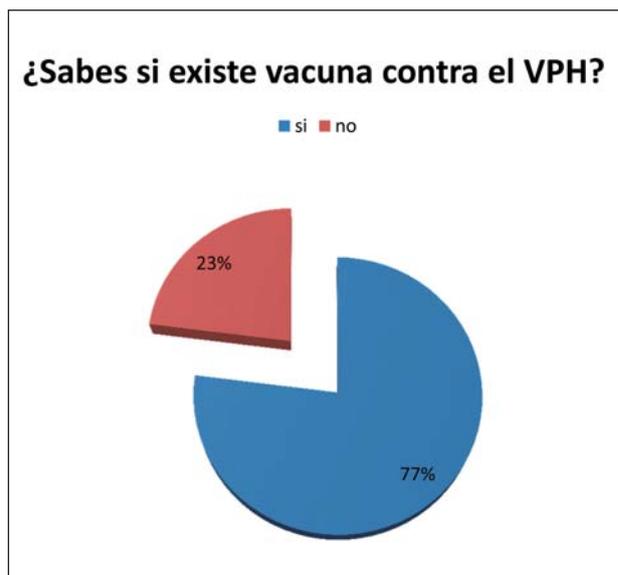
La mayoría de las mujeres saben lo qué es el VPH aunque lo asocian principalmente a verrugas genitales (24%) y un sorprendente 12% a resfriado común. Lo importante es prevenirlo y para ello deben conocer el mecanismo de transmisión así como saber las graves repercusiones del VPH sin llegar a provocar alarma sanitaria en la población, el 89% sabe que se transmite por vía sexual esto hace que sean conscientes de cómo prevenirlo, lo preocupante es el 11% que aún sigue pensando que la transmisión es por sanitarios en mal estado o poco higiénicos, esto las convierte en población vulnerable pues no establecerá las medidas preventivas necesarias para el VPH al mantener relaciones sexuales.

En Andalucía se oferta la vacuna Cervarix como medida preventiva frente a las cepas de VPH 16 y 18 (recorremos que las más asociadas a cáncer de Cérvix) logrando una eficacia del 70% en la prevención del cáncer de cérvix, se oferta a niñas de 14 años porque se suponen no han iniciado relaciones sexuales y esto conlleva un máximo potencial preventivo con elevada inmunogenicidad. Sin embargo la vacuna debe ser demandada por los padres a través del servicio de Salud Responde que concertará cita mediante el programa de vacunación del centro de salud correspondiente, tras este estudio se demuestra el alto grado de desconocimiento de la población respecto a la cobertura pública de la vacuna (un 17% pensaba que el coste era privado) e incluso a la ausencia de conocimiento sobre la existencia de la misma (un 23% no saben que existe), lo cual hará que no demanden la vacunación y no se logre la prevención adecuada en este sentido.

Respecto a la evaluación indirecta de la efectividad del programa de detección precoz de cáncer de cérvix la cobertura poblacional sigue siendo incompleta, existiendo un alto porcentaje de mujeres (10%) no se han realizado nunca ninguna citología aun teniendo una edad avanzada, varias gestaciones y cumpliendo factores de riesgo. Debemos plantearnos la manera de informar a la población de manera adecuada, desmitificar miedos y prejuicios respecto a la citología y darle la importancia que se merecen las revisiones ginecológicas como medio para prevenir un cáncer que tiene una asociada una alta mortalidad en población femenina (especialmente joven) pero que puede prevenirse de manera muy eficaz con la detección precoz así como establecer políticas sanitarias respecto a la vacunación del VPH más efectivas pues gran parte de la población desconoce la existencia de la misma.

ANEXOS





Bibliografía:

1. La situación de Cáncer en España. Área de epidemiología ambiental y cáncer. Centro Nacional de Epidemiología Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de publicaciones. Madrid, 2005.
2. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado de Cáncer de Cérvix en Andalucía. 2ª Edición Noviembre, 2010.
3. Walboomers JM; Jacobs MV; Manos MM; Bosch FX; Kummer JA; Shan KV; Snijders PJ; Peto J; Meijer CJ; Munoz N. Human Papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J. Pathol 1999; 189 (1): 12-9.
4. Ivis J, Graterol S, Hector J Finol, María Correnti. Virus del papiloma humano en lesiones intraepiteliales escamosas (LIE) de cuello uterino. Tipificación y ultraestructura. Rev. Sociedad Venezolana de Microbiología. 2006; 26(2): 89-94.
5. Schiffman M; Castle PE; Jerónimo J; Rodríguez AC; Wacholder S. Human papillomavirus and cervical cancer. Lancet. 2007 8; 370: 890-907.
6. Omar Nazzal N, Eugenio Suárez P, Raúl Larraguibel, Luciano Rojas F, Alessandro Bronda M. Lesiones preinvasoras del cuello uterino: Una visión actual. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. 2006; 71(5): 341-348.
7. Sarduy Nápoles, Miguel R. Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del Cáncer Cervicouterino. Rev. Cubana Obstetricia y Ginecología. 2008; 34(2):
8. Lana Torres, A; Marco García, M. Teresa, Duque Arimany, Javier. Tabaquismo y Cáncer ginecológico: Causalidad y pronóstico. Revista Progresos Obstetricia y Ginecología. 2008; 51: 136-145.
9. Couso Cambeiro, Laura. Revisión bibliográfica: Anticoncepción hormonal y cáncer de cérvix. Rev. Sociedad Galega de contracepción. 2011;
10. Ana María Pulido, Ana Graciela Angulo, Mayra Ávila, María Eugenia Cavazza, Lucibel Crespo, William Vásquez, Nayrin Súnico. Infección por el virus del papiloma humano (VPH) en mujeres: Características epidemiológicas, clínicas y patológicas. Rev. Dermatol. Venez. 2011; Vol. 49 (3): 25-32.
11. Fernandez Sandí, Mauro; Soto Pérez, Jorge; Fuster Alfaro, Francisco, Montiel, Alejandra. Enfermedades de transmisión sexual asociadas al VPH. Rev. Médica Costa Rica, 2002; 69(561): 183-188.12. Navarro Meza, M; Martínez Rivera, M. Guadalupe, Santoyo-Telles, Felipe, Pita-López, M. Luisa. Glucosa, índice de masa corporal y lesiones preneoplásicas en el cuello uterino. Rev. Ginecol. Obste. México, 2011; 79(12): 771-778.
13. Bosch, FX, De San José S, Castellsagué X. Virus del Papiloma Humano: Riesgo oncogénico y nuevas oportunidades para la prevención. Rev. Anales Navarra, 2001; Vol. 24(1): 7-13.
14. Puig-Tintoré LM, Corte J, Castellsagué X, Torne A et al. Prevención del cáncer de cuello uterino. Rev. Progresos en Obstetricia y Ginecología 2006; 49 extraordinario: 57-62.
15. Alameda, Francisco, Fusté Pere, Albert Sara, Romero Emilia, Gimferrer Eulalia, Soler Imma, Conangla Maria, Carreras Ramon, Serrano Sergi. Citología en medio líquido (Thin Prep Pap Test): Un año de experiencia. Rev. Progresos de Obstetricia y Ginecología. 2007; Vol 50: 197-202.
16. Borrás J.M; Iglesias X. Cribado del cáncer de cuello de útero. Rev. Med. Clinic. Barcelona. 1994; 102, supl.1:80-84.
17. Luengo S; Muñoz A. Uso de la citología de cribado de cérvix y factores relacionados con el uso de la prueba en España. Rev. Atención Primaria 2004;33(5):229-36.
18. Castells, Xavier, Salas María, Salas Dolores, Ascunce Nieves, Zubizarreta Raquel, Casamitjana Raquel. Reflexiones sobre la práctica de diagnóstico precoz de cáncer en España. Rev. Gaceta Sanitaria, 2009; Vol. 23 (3):
19. Largeron N; Remy V; Oyee J; San-Martin M; Cortés J; Olmos L. Análisis coste-efectividad de la vacunación frente al virus del papiloma humano tipos 6,11,16 y 18. Rev. Vacuna 2008. Vol. 9: 3-11.
20. Diestro Tejeda, M.D, Serrano Velasco, M. Gómez-Pastrano Nieto, M. Cáncer de cuello uterino: Estado actual de las vacunas frente al virus del papiloma humano. Rev. Oncología, 2007; 30 (2): 42-59.

PRODUCCIÓN CIENTÍFICA SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN REVISTAS DE ENFERMERÍA IBEROAMERICANAS (2000-2012)

SCIENTIFIC PRODUCTION ON BURNOUT SYNDROME IN LATIN AMERICAN JOURNAL OF NURSING (2000-2012)

- Alicia Trabadela Almagro¹
 - Sergio Romeo López Alonso²
- 1 Enfermera
2 Enfermero
EUE San Juan De Dios del Aljarafe. Sevilla.

Resumen:

El Síndrome de Burnout está arraigado en lo más profundo de la profesión enfermera pero, ¿qué tipo de producción científica está originando en el espacio científico iberoamericano? Objetivo: describir la producción científica iberoamericana de literatura enfermera relativa al Síndrome de Burnout durante el período de tiempo comprendido entre el 2000 y 2012.

Método: revisión bibliométrica de los artículos indizados en Cuiden Plus que contengan en su título o resumen los términos “burnout” or “burn-out” or “síndrome de quemado” or “desgaste profesional” and “enfermer” en el periodo 2000-2012. Indicadores: personales, de producción, de citación o impacto, de contenido y metodológicos.

Resultados: se seleccionan 78 documentos excluyéndose 58 de un total de 136 registros. La producción media anual es de $6 \pm 3,76$ artículos. El 53,8% de los primeros autores pertenecen al ámbito académico, el 25,6% al área hospitalaria, un 12,8% pertenecen a otras instituciones y un 7,7% no lo específica. 26 artículos son publicados en revistas sin Impacto.

Conclusiones: el número de publicaciones ha aumentado un poco más del cuádruple entre el primer y último año de estudio. Las revistas que más publican en el decenio estudiado son Enfermería Clínica, seguida de ACTA Paulista de Enfermagem y Enfermería Universitaria.

Palabras clave:

Agotamiento Profesional / Bibliometría / Indicadores Bibliométricos / Indicadores de Producción Científica.

Abstract:

Burnout Syndrome is rooted in the deepest of our profession, however, what kind of scientific production is being developed in the ibero-american scientific environment?

Objective: describing scientific production's Ibero-American's literature in relation with Burnout Syndrome between the years 2000 and 2012.

Methods: bibliometric review of articles indexed in Cuiden Plus that contain in its title or in its abstract, the terms “burnout” (burnout) or “burn-out” (burnout) or “síndrome de quemado” (blown syndrome) or “desgaste profesional” (professional wearing out) and “enfermer” (nurse) in the period of 2000-2012. Indicators: personal, of production, of citation or impact, of content and methodological.

Results: selection of 78 documents excluding 58 of a total of 136 records. The annual average production is $6 \pm 3,76$ articles. The 53,8% among the first authors belong to academies, the 25,6% to the hospital area, the 12,8% belong to other institutions and the 7,7% is not specified. 26 items are published in journals without impact.

Conclusions: the number of publications has increased a little more than four times between the first and the last year of study. The most published journals in this twelve years are Enfermería Clínica, followed by ACTA

Key words:

Burnout, Professional / Bibliometrics / Bibliometric Indicators / Scientific Publication Indicators.

INTRODUCCIÓN

Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano describió por primera vez en 1974 el Síndrome de Burnout como un « estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo ». Según Freudenberger, las personas que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas, como por ejemplo las enfermeras, son las más propensas a padecerlo ¹.

Más tarde, Maslach y Jackson (1986) ² emplearon la misma expresión referida para describirla como el proceso continuo y gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el área de la psicología social. Quizás la definición más admitida entre los investigadores es la que proporcionaron estas autoras, que lo definieron como el cansancio emocional que conlleva una pérdida de interés y que suele desarrollarse hacia sentimientos de inadecuación y fracaso ³.

Las características principales descritas por Maslach (1981) son ⁴:

- Cansancio y desgaste emocional, desvitalización, pérdida de energía tanto física como psíquica.
- Despersonalización en la relación con los otros (pacientes, colegas) con actitudes de irritabilidad, agresividad, impaciencia, cinismo, suspicacia e intolerancia.
- Pérdida del sentimiento de competencia e idoneidad profesional, desmotivación, pérdida de la autoestima laboral, deserción y abandono de tareas.

El término coloquial de “Burnout” (quemado) y el modelo teórico latente afectaba a un gran número de profesionales. El síndrome descrito no correspondía a una problemática académica, sino a un problema altamente padecido por amplias capas de profesionales ⁵.

A partir de estos momentos se produce una gran propagación de estudios, la mayoría descriptivos, en los que se describían las infortunios que acompañaban al “Burnout” ⁵. La palabra “bibliometría” procede de los vocablos griegos biblos: ‘libro’, y metron: ‘medir’. Se define como el conjunto de métodos para la aplicación de técnicas cuantitativas, destinadas al estudio de los procesos de producción, comunicación y uso de la información científica ⁶. Ésta parte de la necesidad de cuantificar ciertos aspectos de la ciencia para poder comparar, medir y objetivar la actividad científica.

Nacen de esta manera unos indicadores de la producción científica ^{7, 8, 9}, los indicadores bibliométricos ¹⁰.

Los indicadores bibliométricos son herramientas para evaluar las producciones científicas ^{10, 9, 11}. Posibilitan evaluar, establecer y ofrecer información sobre los resultados de la evolución en el transcurso investigativo en cualquier área de la ciencia como el volumen, evolución, visibilidad y estructura. Asimismo dejan evaluar la calidad de la actividad científica, y la influencia (o impacto) del trabajo y de las fuentes. Conforme a ello, se clasifican en dos grandes bloques ^{10, 12, 13, 14}:

Mediante la utilización de indicadores bibliométricos existen estudios que han tratado de revisar la producción científica de la enfermería desde diferentes aspectos. En la base de datos Cuiden Plus se hallaron diferentes tipos de revisiones bibliométricas.

Las revisiones de tipo bibliométricas son escasas. Todas las revisiones reflejan un incremento en la producción científica en los últimos años, lo que hace pensar en la importancia que la investigación tiene para las enfermeras como método de mejora para la práctica asistencial. En lo que respecta al Burnout, no se han escrito artículos que revisen la producción científica sobre este tema.

OBJETIVO

El objetivo general es describir la producción científica en referencia al Síndrome de Burnout en revistas de enfermería iberoamericanas durante el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2012.

Como objetivos específicos se propone identificar la nacionalidad de los autores, determinar el impacto de las revistas, explorar el contenido de los artículos y la metodología de investigación en revistas de enfermería iberoamericanas durante el periodo de tiempo comprendido entre 2000-2012.

MÉTODO

Diseño del estudio: Revisión bibliométrica

Criterios de selección:

- Inclusión:
 - Tipo de estudio: artículos originales y de revisión (documentos citables)
 - Características de los participantes: enfermeras y auxiliares de enfermería.
 - Idioma de publicación: español y portugués
 - Durante el periodo de tiempo comprendido entre el año 2000 y 2012.
- Exclusión:
 - Artículos de revistas de otras disciplinas
 - Registros de otros años diferentes al periodo de estudio.
 - Estudios en los que no participen de forma exclusiva enfermeras o enfermeras y auxiliares de enfermería, o no se concrete el tipo de profesional sanitario que participa en el estudio.
 - Actas de congresos, comunicaciones, ponencias, literatura gris, capítulos de libros, cartas al director, editoriales, monografías, notas, entrevistas, reflexión.

Los indicadores utilizados fueron:

- Indicadores personales:
 - País
- Indicadores de producción:
 - Producción anual
 - Producción anual acumulada
 - Índice de producción
 - Índice de colaboración
 - Índice de multiautoría
 - Índice institucional: se calcula según la institución del primer autor
- Indicadores de citación o impacto:
 - Artículos con RIC (Repercusión Inmediata Cuiden), con RIC no disponible y sin RIC en el año de publicación.
 - Factor de impacto (FI). Obtenido por la siguiente fórmula: $FI = RIC / vaFI$ (valor ajustado al Factor de Impacto).
- Indicadores de contenido:
 - Índice de contenido temático (entorno donde se realiza el estudio, profesionales estudiados) se puede ver en el título o en el resumen del artículo
- Indicadores metodológicos:
 - Tipo de documento (según la distribución tipológica de la Fundación Index), diseño de estudios e idioma

Fuente de datos: se realiza búsqueda avanzada en Cuiden Plus el 12/03/2013

Estrategia de búsqueda:

- Palabras clave: burnout or burn-out or síndrome de quemado or desgaste profesional and enfermer
- Campo: título or resumen
- Formato de las publicaciones: artículos originales y revisiones

Análisis: Se utiliza el programa estadístico Excel© y se realiza un análisis descriptivo de los datos a través de tablas de frecuencias donde se exponen el valor absoluto, el porcentaje y el porcentaje acumulado, gráficos de histogramas para mostrar la evolución, diagramas de barras y sectores.

Número de artículos que cumplen los criterios: 78

Limitaciones metodológicas

- Repercusión Inmediata Cuiden (RIC) únicamente disponible para años pares. Cuiden Citación pública estos indicador en los años pares. Ejemplo: "RIC 2000 (1999-2000)", RIC 2002 (2001-2002)", etc. Es por ello, que para los años impares, se utilizará del año posterior que recoge la información del año impar en cuestión.
- vaFI (Valor ajustado al factor de impacto), únicamente disponible para el año 2010. Por lo que el que FI (Factor de Impacto) se pudo calcular únicamente para los años 2009 y 2010.

RESULTADOS

Se realiza búsqueda el 12/03/2013 en la base de datos Cuiden Plus con la ecuación de búsqueda "burnout or

burn-out or síndrome de quemado or desgaste profesional and enfermer" en el campo "título" o "resumen". Se recuperan un total de 136 artículos con la ecuación de búsqueda anteriormente descrita. Una vez eliminados los redundantes y los no pertinentes tras la revisión manual, se obtienen 78 documentos. Se analiza por tanto 78 entradas bibliográficas.

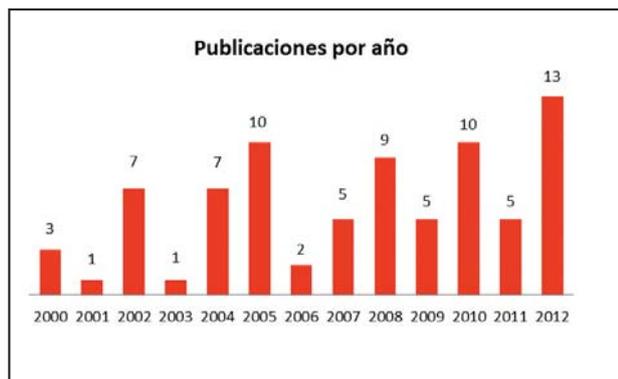
La distribución de la producción científica sobre el Síndrome de Burnout supone un promedio de $6 \pm 3,76$ artículos al año, con una mediana de 5. El año más productivo es 2012 con 13 publicaciones (Figura 1). Desde el 2007 al 2012 se publica el 53,9% de la producción científica. El 14,1% de documentos tienen más de 10 años de antigüedad. Durante el primer cuatrienio se producen 15,3% (12 artículos). Se observa a lo largo del docenio un aumento de la producción científica acumulada (Tabla 1, Figura 2).

Los autores que escriben sobre el Síndrome de Burnout en enfermería publican en un total de 45 revistas diferentes en el periodo estudiado. Con una media de 1,73 artículos por revista.

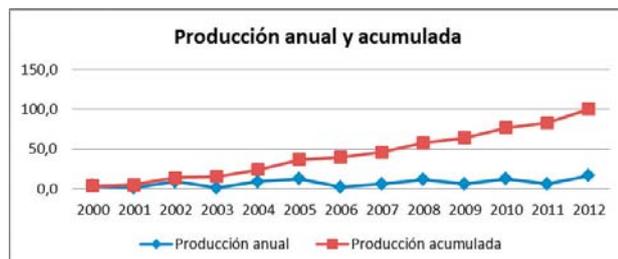
Contabilizando el total de los firmantes de cada documento, nos encontramos con 260 profesionales, lo que supone un índice de colaboración de 3,64 autores por documento.

Sobre el indicador índice de mutiautoría destaca el 33,3% (26 artículos) firmados por tres autores; 18 artículos (23,1%) firmados por dos autores, y 18 (23%) firmados por uno y por cuatro autores. El 20,6% (16) firmados por cinco o más autores. Uno de los 16 documentos anteriores está firmado por 14 autores.

En el año 2009 se publica un artículo en la revista *Acta Paulista de Enfermagem* situada en el segundo cuartil de Repercusión Cuiden (Impacto) y factor de impacto (FI) de 0,3621. Situado en el mismo cuartil se publica otro artículo



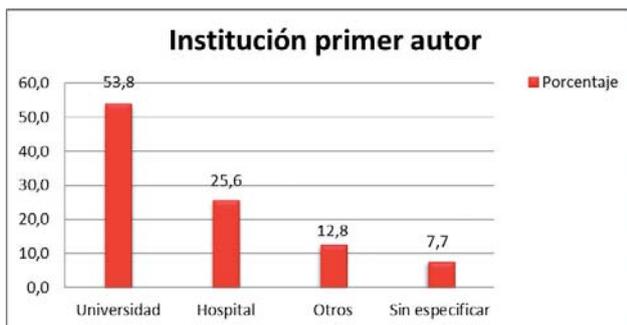
▲ Figura 1.



▲ Figura 2.

Año	Artículos	Producción anual	Producción acumulada
2000	3	3,8	3,8
2001	1	1,3	5,1
2002	7	9,0	14,1
2003	1	1,3	15,3
2004	7	9,0	24,3
2005	10	12,8	37,1
2006	2	2,6	39,7
2007	5	6,4	46,1
2008	9	11,5	57,6
2009	5	6,4	64,1
2010	10	12,8	76,9
2011	5	6,4	83,3
2012	13	16,7	100,0
Total	78	100	

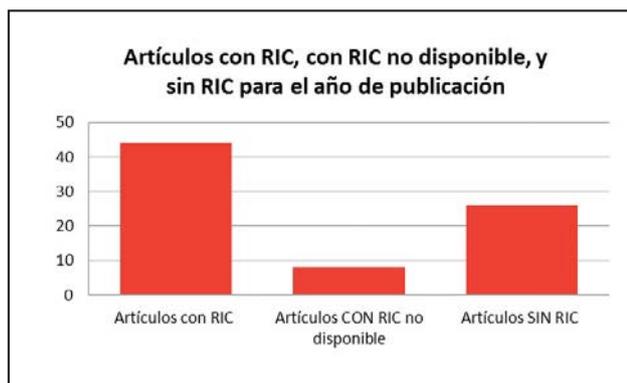
▲ Tabla 1



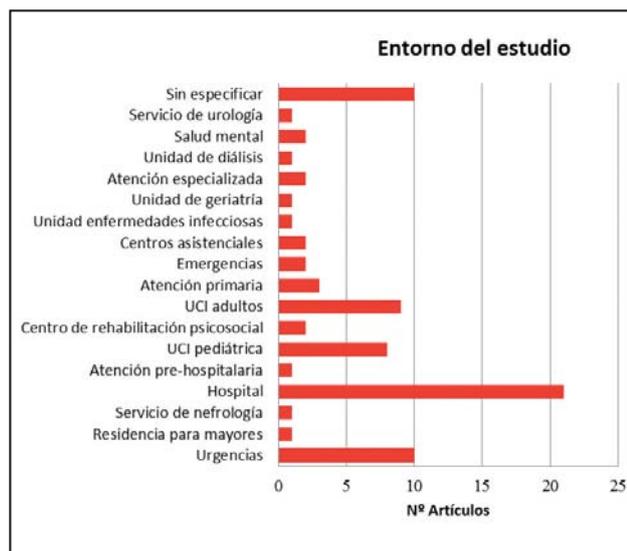
▲ Figura 3.



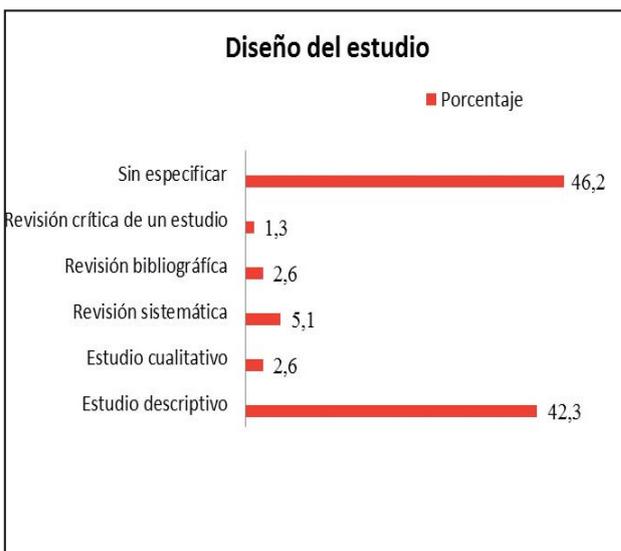
▲ Figura 4.



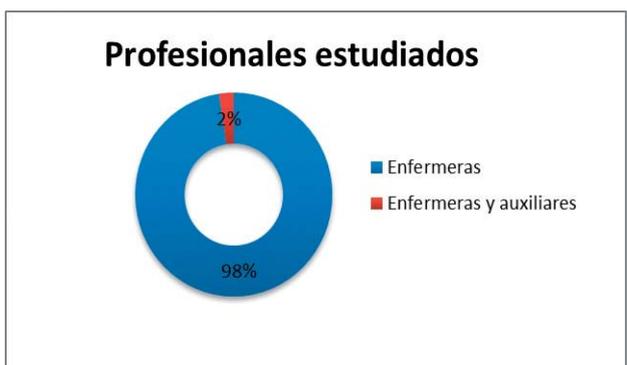
◀ Figura 5.



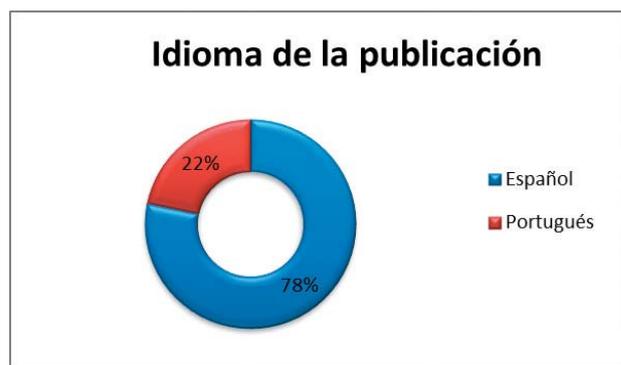
▲ Figura 6.



▲ Figura 8.



▲ Figura 7.



▲ Figura 9.

lo en la revista *Enfermería Clínica*, con un FI de 0,1972. En el tercer cuartil se publica otro artículo en la revista *Desarrollo Científico de Enfermería* con un FI de 0,1208. 2 artículos se publican en revistas sin impacto.

En el año 2010 se publica un artículo en la revista *Latino-Americana de Enfermagem* situada en el primer cuartil y con un factor de impacto (FI) de 0,9967. En el segundo cuartil publica un artículo *Enfermería Clínica*, con FI de 0,1968. En el tercer cuartil se sitúan dos revistas, *Presencia* con dos artículos, con un FI de 0,1515 y *Enfermería Global* con FI de 0,1250. En el cuarto cuartil y con un artículo publicado se encuentra *Tesela* con FI de 0,02263. 4 artículos se publican en revistas sin impacto (Tabla 6).

Los tipos de documentos más publicados, según la tipología documental de la Fundación Index, son originales 61 artículos (78%) y de revisión 17 artículos (22%) lideran la tipología documental en el Síndrome de Burnout.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La publicación de documentos ha aumentado de forma significativa, un poco más del cuádruple entre el primer y último año de estudio, de esta manera pudo constatar que las enfermeras están cada vez más preocupadas por este tema. Puesto que no se han encontrado revisiones similares con objeto de estudio el Síndrome de Burnout en enfermeras y auxiliares de enfermería, no hay posibilidad de comparación de la producción científica con otros años. El índice de productividad proporcionó las revistas que más publicaron en el periodo de estudio, *Enfermería Clínica*, seguida de *ACTA Paulista de Enfermagem* y *Enfermería Universitaria*. El índice de colaboración fue útil para determinar la media de autores en grupos de investigación que fue de 3,64 autores por documento. El índice de institucionalización determinó la institución del primer autor en

cuanto a la producción documental, siendo el área académica concretamente la universidad, donde más se produjo, seguida de la hospitalaria. El Índice institucional fue calculado únicamente para el primer autor de los estudios por razones de tiempo. Hubo un pequeño número de los estudios en los que no se especificó la institución. Filiaciones incompletas, tanto de institución como lugar. Esto supuso 6 estudios en los que no se pudo ver la institución de pertenencia del primer autor firmante. La filiación "lugar" incompleta implicó la falta de visibilidad de la nacionalidad de los autores en cuyo caso se solapó con la institución, esto ocurrió en un 5% del total de los firmantes.

España lideró la producción en forma considerable, seguida de Brasil y México.

Se analizaron las referencias de los documentos publicados y se calculó el FI (Factor de Impacto) únicamente de las revistas publicadas en los años 2009 y 2010 debido a limitaciones metodológicas del estudio. Aquí se pudo evaluar la importancia de publicaciones en revistas y compararlas frente a otras del mismo año.

Suscitó gran interés el descubrir el entorno donde se realizaron los estudios, que fueron principalmente en el ámbito hospitalario, seguido de urgencias y UCI de adultos. La ausencia de texto completo y resumen en algunos artículos dificultó ver el entorno del estudio. Esto supuso un total de 11 estudios donde no se especificaba. También se pudo determinar tanto en valor absoluto como en porcentaje los profesionales participantes objeto de estudio que fueron casi en su totalidad enfermeras.

Un poco más de la tercera parte fueron artículos originales y el resto artículos de revisión. Además, sirvieron para informar sobre el idioma de las publicaciones, casi en su mayoría en español y una pequeña parte en portugués, y también del diseño de los estudios, que fue considerablemente descriptivo aunque casi en la mitad de ellos no lo especificaban.

Bibliografía:

1. França FM. Estudo sobre Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem em dois Hospitais de médio porte no município de Cáceres-Mato Grosso. [Dissertação de Mestrado] Brasília: Universidad de Brasília, 2010.
2. Maslach C, Jackson S. Maslach. Burnout Inventory Manual. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, Inc.; 1986.
3. Potter P, Griffin PA. Fundamentos de Enfermería Vol.I. 5ª Ed. Madrid. Elsevier. 2002.
4. Maslach C, Jackson SE. (1981). The Maslach Burnout Inventory. Research Edition. Palo Alto, C.A. : Consulting Psychologist Press.
5. Moreno-Jiménez B, González JL, Garrosa E. Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide, 2001.
6. Carrizo Saneiro G. (2001). Hacia un concepto de bibliometría. Madrid. Universidad Carlos III.
7. Marañón G. La medicina y nuestro tiempo. Madrid: Espasa-Calpe; 1980.
8. Gálvez Toro A, López Medina I, Sánchez Criado V, Poyatos Huertas E. Evaluación de la actividad científica de la enfermería española. Impacto y aislamiento en el año 2000. *Index Enferm*, 2001; 10(34): 54-64.
9. Rueda-Clausen Gómez CF, Villa-Roel Gutiérrez C, Rueda-Clausen Pinzón CE. Indicadores bibliométricos: origen, aplicación y nuevas propuestas. *Med Unab*. 2005; 8(1):29-36.
10. Arroyo Vázquez N. Método y herramientas para la extracción de datos en Cibermetría. El software académico y comercial. Salamanca: universidad de salamanca. [Trabajo Grado]; 2004.
11. Terrada ML, López-Piñero JM. La producción científica española y su posición en la comunidad internacional, Madrid, Espasa Calpe; 1991.
12. Pacheco-Mendoza J, Milanés-Guisado Y. (2009). Evaluación de la Ciencia y los Estudios Bibliométricos. Sirvis área Educación (texto online). Disponible en: http://www.unmsm.edu.pe/veterinaria/files/evaluacion_de_la_ciencia.pdf. Consultado el 8 de marzo de 2013.
13. Camps D. Limitaciones de los indicadores bibliométricos en la evaluación de la actividad científica biomédica, *Colombia Médica*. 2008; 39(1):74-79.
14. Bordons M, Fernandez MT, Gómez I. Advantages and limitations in the use of impact factor measures for the assessment of research performance in a peripheral country, *Scientometrics*. 2002; 53(2):195-206.

NACIMIENTO DE UN BEBÉ CON AFECTACIÓN DEL TUBO NEURAL: ATENCIÓN DE LA MATRONA

BIRTH OF BABY WITH NEURAL TUBE INVOLVEMENT: MIDWIFE CARE

- Francisco José Navarro Bernal¹
- Almudena Barroso Casamitjan²
- Ana María Peralta Domínguez²

¹ Enfermero especialista en Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.
² Enfermera especialista en Obstetricia y Ginecología. Matrona en Hospital de Jerez. Cádiz.

Resumen:

Los defectos del tubo neural constituyen uno de los grupos más comunes de malformaciones congénitas del recién nacido.

En la mayoría de estas entidades el diagnóstico es prenatal a través de la determinación del nivel sérico materno de alfafetoproteína (AFP) y la ecografía prenatal.

Este diagnóstico precoz nos permite estar preparados para el abordaje que implica la asistencia de un embarazo con esta peculiaridad.

En el caso clínico que presentamos, el diagnóstico fue posnatal, siendo la matrona como asistente al parto, la primera profesional que identificó el problema y la que actuó con celeridad para dar la mejor atención posible al neonato y la madre.

Debido a la alta incidencia que estos fenómenos tienen en nuestra sociedad, debemos conocer las pautas de actuación a llevar a cabo, usando como herramienta de nuestro trabajo el Plan de Cuidados de Enfermería.

Palabras clave:

Defectos del tubo neural, finalización, gestación, cuidados.

Abstract:

The defects of the neural tube constitute one of the groups more common of congenital malformations of the newly borne one.

In most of these entities the diagnose it is prenatal through the determination of the seric level maternal of alfafetoprotein (AFP) and the prenatal echography.

This precocious diagnosis allows us to be prepared for the boarding that implies the attendance of a pregnancy with this peculiar situation.

In the clinical case that we present, the one diagnoses it was posnatal, being the matron like assistant to the childbirth, the first professional that identify the problem and the one that acted with velocity to give the best attention possible to the newborn and the mother.

Due to the high incidence that these phenomena have in our society, we should know the performance rules to carry out, using as tool of our work the plan of infirmery cares.

Key words:

Congenital defects, termination, pregnancy, care.

INTRODUCCIÓN

Los defectos del tubo neural constituyen uno de los grupos más comunes de malformaciones congénitas del recién nacido. Su incidencia es de 1-2/1000 recién nacidos vivos¹.

- *Clasificación*

Existen diferentes tipos de defectos del tubo neural^{1, 2}:

1.- Defectos primarios: constituyen el 95 % de los defectos del tubo neural. Se deben al fallo del cierre neural o a la rotura del tubo neural ya cerrado.

a) Mielomeningocele: es el defecto primario del tubo neural más frecuente. Consiste en un abombamiento sacular de los elementos neuronales a través de una solución de continuidad en el hueso y en los tejidos blandos posteriores. La piel habitualmente se encuentra abierta a la altura del saco. La localización más frecuente es la dorso lumbar o lumbar en más del 50% de los casos, lumbosacro en el 25% y cervical o dorsal en el 10% de los casos.

A la inspección se observa una tumoración quística cubierta con una delgada membrana meníngea que se desgarrar con facilidad, lo que conlleva a un elevado riesgo de infección.

b) Enfalocelo: Consiste en un abultamiento, en la región occipital, de la duramadre con o sin contenido cerebral.

c) Anencefalia. Consiste en la ausencia de la bóveda craneal y el hueso occipital con la consecuente exposición de los derivados del tubo neural, incluido cerebro y el tejido óseo.

2.-Defectos secundarios del tubo neural: El 5% de todos los defectos del tubo neural son secundarios a un desarrollo anormal de los segmentos sacros o coccígeos inferiores. Esto provoca defectos situados sobre todo en la zona raquídea lumbosacra.

a) Meningocele: Consiste en un abombamiento de la piel y la duramadre, sin afectación de los elementos neuronales.

b) Lipomeningocele: Es una masa lipomatosa situada habitualmente en las regiones lumbares o sacras. Con frecuencia el tejido adiposo se extiende a través de la anomalía hacia el interior de la cavidad raquídea y la duramadre y se adhiere a la medula y raíces nerviosas.

c) Agenesia del sacro.

- *Etiología*

Aún no se conocen bien las causas de los defectos del tubo neural. Aunque los científicos creen que algunos factores genéticos y ambientales (madres adolescentes, bajo nivel socioeconómico y antecedentes de aborto anterior) pueden interactuar para crear los defectos del tubo neural. El 95% de los bebés que padecen defectos del tubo neural nacen de padres sin antecedentes familiares de estos trastornos.

Existen estudios de que el déficit de ácido fólico, el tratamiento materno con ácido valproico, carbamacepina, consumo materno de alcohol, talidomida, la diabetes materna, exposición a Rx y la rotura de bandas amnióticas están relacionados con la aparición de defectos del tubo neural. Existen además otros factores que están en estudio como la fiebre materna, consumo de alucinógenos y exposición neonatal a la rubéola. Todos los estudios realizados concluyen en que la etiología principal está relacionada con un déficit de cinc y de ácido fólico^{2, 4}.

El riesgo de recurrencia de los defectos del tubo neural después del nacimiento de un hijo afectado es del 4,8% y aumenta tras dos hijos afectados al 10%⁵.

- *Manifestaciones clínicas.*

Va a depender del nivel donde se encuentre la lesión y consisten diversos grados de paraplejia flácida y arreflexia, alteraciones de la sensibilidad (táctil y dolorosa) y trastornos de esfínteres (disfunción vesical e incontinencia fecal).

El nivel sensitivo es más constante que el motor y permite una delimitación más exacta del límite superior de la lesión:

-En los casos más severos por encima de la L3 la paraplejia es completa con imposibilidad de la deambulación.

-En las lesiones más bajas están conservadas la flexión y abducción de la cadera y la extensión de la rodilla, siendo posible la marcha con ayuda.

-Las lesiones de las raíces sacras superiores permiten al niño caminar con mínima ayuda, pero existen deformidades de los pies.

-Las lesiones sacras por debajo de S3, la función de las extremidades inferiores es normal y hay anestesia en silla de montar.

En la mayoría de los niños afectados con mielomeningocele existen trastornos de los esfínteres. En las lesiones por debajo de S3 los esfínteres anal y vesical están paralizados. La vejiga estará distendida y permitirá con facilidad la expresión urinaria mediante compresión suprapúbica. En el grupo más número de niños con lesiones más altas, aun cuando la vejiga está dilatada, existe retención urinaria, que está provocada por la incoordinación entre las contracciones débiles del detrusor y la contracción voluntaria o refleja del esfínter externo. Son frecuentes las infecciones del tracto urinario y la evolución a una pielonefritis crónica.³

El 85-95% de los casos suelen venir acompañado de hidrocefalia, caracterizada por un aumento del perímetro craneal, irritabilidad y vómitos. No suele aparecer afectación de los pares craneales. No suelen ir asociadas a retraso mental.

- *Diagnóstico*

Actualmente, la mayoría de los médicos suele ofrecer a la mujer embarazada pruebas de detección para determinar si un feto tiene un mayor riesgo de padecer afectación del tubo neural. Estas pruebas de detección incluyen un examen de ultrasonidos y un análisis de sangre llamado análisis cuádruple⁶.

Este análisis mide los niveles de alfafetoproteínas y de acetilcolinestrasa que estarán elevados en los defectos del tubo neural. La determinación de AFP entre las 13 y 16 semanas de gestación se recomienda actualmente como screening de los defectos del tubo neural: aun cuando existe un número elevado de falsos positivos como de negativos. Unos niveles de AFP mayores a 1000 mg/mL indican una alta probabilidad de un defecto del tubo neural. Si esto sucediera estaría indicada la realización de una amniocentesis para determinar los niveles de AFP en líquido amniótico.

- *Tratamiento*

Por lo general, la espina bífida oculta no requiere tratamiento. La mayoría de las personas no saben que están afectadas a menos que el defecto se diagnostique al tomar

una radiografía por cualquier otro motivo. Ocasionalmente se diagnostica esta forma de espina bífida a los bebés recién nacidos si tienen un hoyuelo u otra marca en la espalda.

El meningocele puede repararse quirúrgicamente y, por lo general, los bebés afectados no tienen parálisis. No obstante un número pequeño de niños afectados desarrolla hidrocefalia y problemas en la vejiga.

Por lo general, los recién nacidos con mielomeningocele requieren cirugía dentro de las 24 - 48 horas de su nacimiento.⁷ Consiste en colocar quirúrgicamente en su lugar las raíces nerviosas expuestas y la médula espinal en el canal espinal y lo cubren con músculo y piel. La cirugía inmediata ayuda a evitar lesiones nerviosas adicionales. No obstante la lesión nerviosa que ya ha tenido lugar no puede revertirse. Los estudios realizados demuestran q cerca del 60% de los niños afectados pueden caminar con o sin dispositivos de apoyo.

- *Prevención*

El ácido fólico puede ayudar a prevenir los defectos del tubo neural^{4, 5}. Los estudios demuestran que si todas las mujeres tomaran la cantidad de ácido fólico recomendada todos los días antes y durante la primera etapa del embarazo, podría prevenirse hasta el 70% de los defectos del tubo neural. La clave es tener suficiente ácido fólico en el organismo antes del embarazo y durante las primeras semanas, antes de que el tubo neural se cierre⁸. Se recomienda a todas las mujeres con edad fértil tomar a diario una multivitamina con 400 mg de ácido fólico todos los días desde antes del embarazo.

JUSTIFICACIÓN

El nacimiento de un bebe con espina bífida supone una situación de urgencia y de estrés, en la zona de paritorio, para todo el personal. Cuando nos encontramos con este caso, al no ser frecuente, podemos tener dudas a la hora de prestar los cuidados necesarios.

Con este artículo queremos dejar reflejado el plan de actuación que se debería de llevar a cabo con la paciente y con el recién nacido, y de este modo poder aplicarlo cuando nos encontremos con el mismo caso, prestando así unos cuidados de calidad.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados, que unifique y garantice unos cuidados de calidad a la puerpera y al recién nacido que presentan este caso clínico, en la zona de paritorio y puerperio.

METODOLOGÍA

Este artículo se centra en la revisión de los estudios basados en la evidencia científica existente en:

-Las principales bases de datos: Pubmed, Cochrane Plus, Cuiden y Medline.

-Revistas: Nure Investigación, Revista RoI, Matronas Profesión y Educare21.

-Bibliografía de Tratados de Obstetricia y Ginecología y de diagnósticos enfermeros. (NANDA, NOC, NIC)

-Protocolos existentes en los hospitales de la Comunidad Andaluza.

RESULTADO

Caso Clínico

Gestante de 23 años, tercigesta (1 aborto y 1 Parto), de 37 semanas + 5 días que ingresó de urgencias en el Hospital de Jerez a las 15,20 horas refiriendo bolsa rota de 5 horas de evolución con expulsión de líquido amniótico de aspecto claro.

a) Valoración

*Anamnesis:

- Antecedentes médicos sin interés.
- Gestación controlada, serología negativa, cultivo vaginorrectal desconocido.
- Grupo sanguíneo 0 (+).
- Ecografías durante la gestación: realizadas a las semanas 12, 20 y 33. Todas concordantes y dentro de la normalidad.
- Ácido Fólico: Lo comenzó a tomar cuando fue a la primera cita de la matrona sobre las 8 semanas.
- Parto anterior: Eutócico, RN vivo y sano.

*Exploración obstétrica:

- Altura uterina correspondiente a 9 meses de gestación, presentación cefálica, dilatación cérvix posterior, borrado 50 % permeable a dos dedos.
- Eco al ingreso=> normal.
- Ingresa en el área de dilatación para evolución del parto.

b) Plan de actuación.

- A las 15,30 h ingresa en el área de dilatación y se le coloca RCTG. Registro reactivo dos contracciones c/ 10 minutos.
- A las 17,30 h se le realiza otra ventana de monitorización y se le realiza una exploración obteniéndose los siguientes datos: cérvix borrado 80%, 3 cm.
- A las 20 horas se coloca analgesia epidural y se le realiza nueva exploración con los siguientes datos: cérvix borrado, 5 cm. de dilatación, presentación en primer plano. Se observa en el cubre cama y en la compresa presencia de líquido amniótico teñido de meconio ++.
- Sobre las 23 horas se realiza nueva exploración observándose dilatación completa, se le pide a la señora que realice un pujo apreciándose un descenso de la presentación hasta tercer plano. Pasa a paritorio.
- A las 23,15 se coloca en paritorio control continuo de la FCF. Tras varios pujos se aprecia la presentación en cuarto plano.
- Una vez la cabeza coronando, se pasó a realizar episiotomía para abreviar el expulsivo al detectarse varios descensos de la FCF mantenidos. Tras la expulsión de la cabeza y la salida de los hombros se observa un enclavamiento en la pelvis materna del abdo-

men fetal. Tras varias tracciones del cuerpo fetal se desprendió el cuerpo del feto observándose en la zona lumbar una tumoración necrosante.

- Tras el nacimiento, por el alto riesgo de infección que presenta, se cubre la zona con una gasa de suero fisiológico y pasa a ser valorado por pediatra. Siendo diagnosticada de Mielomeningocele.
- Los pediatras informan a los padres de las posibles secuelas derivadas de la patología.
- Los padres ante tal noticia entran en una crisis de ansiedad en la cual actuamos convenientemente.
- La recién nacida fue intervenida a las 24 horas de vida con una evolución favorable.

c) Plan de cuidados^{9,10,11}

Una vez realizada la valoración de enfermería y viendo las necesidades que presentan tanto la púerpera como el recién nacido, hemos establecido un plan de cuidados de enfermería dirigido a cubrir las necesidades tanto de la mujer como del recién nacido.¹² Dentro de todos los diagnósticos que hemos encontrados, hemos recogido los más importantes, pues sería muy extenso sabiendo todas las necesidades que tienen los recién nacidos, a parte de las de su patología.

(Tabla adjunta 1 y 2)

Tabla 1: PLAN DE CUIDADOS DE LA MADRE

(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

Grado en que los signos fetales están dentro de los límites normales desde el comienzo hasta el alumbramiento.

Indicadores:

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

(2510) ESTADO MATERNO: DURANTE EL PARTO

Grado en el que el bienestar materno está dentro de los límites normales desde el comienzo hasta el alumbramiento.

Indicadores:

- (251003) Uso de técnicas para facilitar el parto.
- (251004) Frecuencia de las contracciones uterinas.
- (251007) Progresión de la dilatación.
- (251012) Temperatura corporal.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(6830) CUIDADOS INTRAPARTO

Actividades:

- Determinar si la paciente está con dolores.
- Animar la participación de la familia de forma coherente con las metas de la paciente.
- Realizar examen vaginal si procede.
- Aplicar monitor electrónico fetal, según protocolo o si es necesario.
- Fomentar la deambulación durante los primeros dolores.
- Limpiar el perineo y cambiar las compresas absorbentes regularmente.
- Monitorizar el progreso de los dolores, incluyendo pérdida vaginal, dilatación, posición y descenso fetal.
- Mantener a la 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 ELECTRÓNICA: DURANTE EL PARTO

Actividades:

- Aplicar de forma cómoda toco-transductores para observar la frecuencia y duración de las contracciones.
 - Aplicar transductores de ultrasonido a la zona del útero en la que se oyen los sonidos cardíacos fetales y los trazos son claros.
 - Comentar la tira de ritmo con la madre y la persona de apoyo.
 - Ajustar los monitores para conseguir y mantener la claridad de los trazados.
 - Interpretar la tira cuando ya se hayan obtenido al menos 10 minutos de trazado de la frecuencia cardíaca fetal y señales de la actividad uterina.
-
- Utilizar monitorización fetal intermitente o de telemetría, según disponibilidad, para facilitar la deambulación y comodidad maternas.
 - Poner en práctica las precauciones universales.

(00004) RIESGO DE INFECCIÓN (DIAGNÓSTICO)

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos.

Factores de Riesgo:

- Procedimientos invasivos.
- Rotura de las membranas amnióticas.

CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)

(1908) DETECCIÓN DEL RIESGO

Indicadores:

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

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(6550) PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

Actividades:

- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Observar signos/síntomas de infección sistémica y/o 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 y cuando debe informar de ellos al cuidador.
- 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 todas las líneas i.v.

(6650) VIGILANCIA

Actividades:

- Vigilar signos vitales, si procede.
- Retirar e interpretar los datos de laboratorio, ponerse en contacto con el médico, si procede.
- Iniciar y/o cambiar el tratamiento médico para mantener los parámetros del paciente dentro de los límites ordenados por el médico mediante los protocolos establecidos.
- Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica.

(00146) ANSIEDAD (DIAGNÓSTICO)

R/C ESTRÉS Y AMENAZA DE CAMBIO EN EL ESTADO DE SALUD DE SU HIJO

M/P ANGUSTIA, DESCONCIERTO, INCERTIDUMBRE, PREOCUPACIÓN Y TEMOR.

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)

(1300) ACEPTACIÓN: ESTADO DE SALUD

Indicadores:

- (130008) Reconocimiento de la realidad de la situación de salud del RN
- (130007) Expresa sentimientos sobre el estado de salud del RN

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(5340) PRESENCIA

Actividades:

- Escuchar las preocupaciones del paciente
 - Establecer contacto físico con la paciente para expresar la consideración.
 - Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.
 - Permanecer físicamente presente sin esperar respuesta de interacción.
 - Permanecer con el paciente para fomentar seguridad y disminuir miedos.
-

(0046) DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA (DIAGNÓSTICO)

Lesión de las membranas mucosa o corneal, integumentaria o de los tejidos subcutáneos.

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)

(1102) CURACIÓN DE LA HERIDA: POR PRIMERA INTENCIÓN

Indicadores:

- Aproximación de los bordes de la episiotomía.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(3620) SUTURA

Actividades:

- Utilizar técnica estéril.
- Seleccionar un material de sutura del calibre adecuado.
- Colocar la aguja de forma que entre y salga de forma perpendicular a la herida.
- Ajustar la sutura lo suficiente para que no se doble la piel.
- Enseñar a la paciente a cuidar la herida, incluyendo signos y síntomas de infección.
- Explicar que debe acudir con la matrona de centro de salud para revisión.

Tabla 2: PLAN DE CUIDADOS DE LA RECIÉN NACIDA EN PARITORIO

COMPLICACIÓN POTENCIAL (C.P.): INFECCIÓN

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(6550) PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

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

Actividades:

- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Inspeccionar el estado de cualquier herida.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Asegurar una técnica de cuidados de heridas adecuada colocando gasa con suero fisiológico estéril sobre la herida.

(6540) CONTROL DE INFECCIONES

Minimizar el contagio.

Actividades:

- Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes.
- Poner en práctica precauciones universales.
- Usar guantes estériles, si procede.

(00039) RIESGO DE ASPIRACIÓN (DIAGNÓSTICO)

Riesgo de que penetren en el árbol bronquial las secreciones gastrointestinales, orofaríngeas, o sólidos o líquidos.

CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)

(0410) ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS.

Indicadores:

(041010) Eliminar obstáculos de la vía aérea.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)

(6974) RESUCITACIÓN: NEONATO

Actividades:

- Preparar el equipo de resucitación antes del nacimiento.
- Colocar al RN bajo foco de calor.
- Insertar laringoscopio para visualizar la traquea y succionar líquido teñido de meconio.
- Insertar catéter de aspiración para extraer el meconio de la vía aérea inferior.
- Volver a aspirar hasta que el retorno esté libre de meconio.
- Utilizar aspiración mecánica para extraer meconio de las vías inferiores.
- Observar la frecuencia cardíaca fetal.
- Utilizar oxígeno al 100% en caso de bradicardia.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Actualmente el índice de nacimientos con espina bífida en España es de 1-2/1000 nacimientos. Hace varias décadas, el índice de nacimientos con espina bífida era mucho mayor debido a la no existencia de los métodos diagnósticos actuales (triple screening y ecografía) y a la no suplementación de la dieta con folatos⁸.

Hoy día es difícil que nos encontremos con un caso de espina bífida sin diagnosticar porque los métodos diagnósticos actuales son muy precisos, pero como hemos podido ver en este caso, algunos se escapan y esto desgraciadamente va a influir en el pronóstico y en la calidad de vida del recién nacido. Si el diagnóstico se realiza durante la gestación, se pueden reducir las secuelas que produce la compresión de las raíces nerviosas, mediante cirugía fetal. Existen estudios recientes que nos dicen que la descompresión de la raíces en la vida fetal mediante cirugía mejora en

gran medida la calidad de vida de las personas en relación a la cirugía postnatal⁷.

Encontrarse con un caso de este tipo en el paritorio puede llegar a crear una situación de estrés y ansiedad al personal asistente, por no estar preparado ni formado para enfrentarse a un caso de esta índole. Cuando esto ocurre, además de asistir y cuidar al recién nacido afecto, también tenemos que dedicarnos a cuidar a sus padres, con la finalidad de calmarlos y tranquilizarlos. Es por ello la importancia de establecer un plan de cuidados individualizado tanto de la madre como para el recién nacido¹².

Como conclusión final queremos destacar la importancia que tienen los planes de cuidados en el trabajo de la enfermera/o, ya que son la herramienta fundamental de nuestro trabajo. Su utilización nos permitirá planificar las actividades necesarias para poder prestar unos cuidados de calidad.

Bibliografía:

1. Cloherty J, Eichenwald E, Stara A. Manual de Cuidados Neonatales .Cuarta Edición. Barcelona. Masson. 2005.
2. Usandizaga J.A., De la Fuente P: Tratado de Obstetricia y Ginecología. Segunda Edición. Madrid. McGRAW-HILL-Interamericana.2004.
3. Lema García D, Díaz Medina C, Arrazola Saniger M. Espina Bífida: una malformación congénita. Revista Rol de Enfermería. 2002. 25 (6). 58-64
4. Lumley J, Watson L, Watson M, Bower C. Suplementación periconcepcional con folato y/o multivitamina para la prevención del tubo neural (Revisión Cochrane traducida). En: La biblioteca cochrane Plus, 2007 Número 4.Oxford. UpdateSoftware Ltd.
5. Lema García D, Díaz Medina C, Arrazola Saniger M. Espina Bífida: Una malformación congénita. Rol de Enfermería 2002; 25(6): 58-64.
6. Sanchís Calvo A, Roselló- Satre E, Marcos Puig B, Balanza Chancosa R, Pérez Ebri ML, AlcoverBarrachina I et al. Defectos congénitos en recién nacidos y fetos procedentes de interrupción del embarazo tras diagnóstico prenatal en el periodo 1982-2009. Medicina Clínica. Vol 141. Num. 04. Agosto 2013.
7. Grivell R, Andersen C, Dodd J. Procedimientos de reparación prenatal versus posnatal de la espina bífida para mejorar los resultados maternos y del lactante. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014 Issue 10. Art. No.: CD008825. DOI: 10.1002/14651858.CD008825
8. Bueno Montero, E. Prevenir los defectos del tubo neural: los folatos durante la gestación.Educare21. 2013. 11(9)
9. Sparks Ralph S, Craft-Rosenberg M, HeatherHerdman, Lavin M A.Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación. Madrid: Elsevier.2004.
10. Moorhead S, Johnson M, Maas.Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier.2005.
11. Dochterman JM, Bulechek G. Clasificación de las Intervenciones de Enfermería (NIC).Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier.2005.
12. GonzalezGancedo J, Fernandez García D. Proceso de cuidados en un paciente con Espina Bífida. Caso clínico. Enfermería Clínica. 2007 mar-abril. 17(2): 90-95.

“ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: NOCIONES BÁSICAS SOBRE EL PROGRAMA PIOBIN”

“NURSING IN PRIMARY CARE: BASIC NOTIONS ON PIOBIN PROGRAM”

- Antonio Gómez Rodríguez ¹
- M^a de Gracia Montero Rodríguez ²
- José Luis Ríos Sánchez ³

¹ Enfermero, USMC Macarena Norte, Sevilla.

² Enfermera, Dispositivo Apoyo Distrito Norte, Sevilla.

³ Enfermero, Dispositivo Apoyo Distrito Sevilla, Sevilla.

Resumen:

Lo que hemos querido con este artículo es profundizar en una problemática muy actual y que afecta a una gran parte de la población infantil. Por ello damos unas nociones básicas de lo que es el Plan Integral Andaluz de Obesidad Infantil (PIOBIN), así como las actividades desarrolladas y poder tener un punto de partida para otros profesionales que desarrollen el programa por primera vez utilizando una herramienta que nos comunica con otros profesionales y nos sirve tanto de guía, aprendizaje, cooperación y abordaje desde diferentes puntos de vista; ésta herramienta en la red de la sandía (donde encontramos información, asesoramiento y comunicación con otros profesionales) (disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/>)

Palabras clave:

Obesidad infantil, índice de masa corporal, hábitos de alimentación saludable, actividad física y promoción de la salud.

Abstract:

What we wanted with this article is to examine a current problem that affects a large proportion of the child population. So give a basic understanding of what the Comprehensive Plan Andalusian Childhood Obesity (PIOBIN) as well as the activities and to have a starting point for other professionals to develop the program for the first time. Using a tool that communicates with other professionals and serves as both a guide, learning, cooperation and approach from different points of view, this online tool of watermelon (where we find information, advice and communication with other professionals) (available at: <http://www.lareddelasandia.org/>)

Key words:

Childhood obesity, body mass index, healthy eating habits, physical activity and health promotion.

INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso son dos temas de salud pública que han cobrado significativa importancia en los últimos tiempos a nivel mundial. Según estudios epidemiológicos se evidencia un incremento alarmante de su prevalencia, hablándose de Epidemia global del siglo XXI (Who 1999) o Epidemia Paneuropea.

Una vida sedentaria y una alimentación no adecuada se pueden relacionar con un tercio de los fallecidos prematuros por enfermedades cardiovasculares, también se relacionan con tumores, osteoporosis, etc., que se vinculan posteriormente con la aparición de diabetes tipo II. (1, 2) Además la obesidad infantil, presenta una alta tendencia a permanecer a lo largo de los años (fenómeno llamado “tracking”), posteriormente en la edad adulta provoca un alto consumo de recursos.

Podemos definir la obesidad, como el acumulo de tejido graso en el organismo y en relación con otros componentes corporales. Siendo un balance energético positivo (la entrada de energía excede al gasto). También se puede deber a ciertas patologías (enfermedades genéticas, endocrino-metabólicas, etc.) que requieren un abordaje específico. (3)

Las causas de obesidad y sobrepeso infantil que podemos identificar, según la OMS sería: (3)

- Un cambio en la dieta, hacia una ingesta de alimentos hipercalóricos (abundantes en grasas y azúcares).
- Una tendente disminución de la actividad física (sedentarismo), cambios en los medios de transporte y la urbanización.

(Ver: Anexo 1. Obesidad infantil en Andalucía (disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/mod/folder/view.php?id=85>)

OBJETIVOS

Objetivos del artículo.

- Conocer los puntos centrales de la captación y cribado de posibles usuarios.
- Desarrollar unas pautas de seguimiento de la evolución del niño y de los padres en todos los aspectos psicoeducativos.
- Mostrar el abordaje que enfermería realiza en este tipo de procesos, para establecer una base de actuación común.
- Dotar al personal novel de enfermería o sin experiencias en el programa de los recursos necesarios para poder afrontar su desarrollo.

El programa PIOBIN es complejo y extenso y son muchas las variables que entran en juego. Por ello lo que intentamos es dar unas pautas mínimas a seguir, para que resulte más fácil la incorporación de nuevos profesionales sin experiencia previa.

Objetivos del programa PIOBIN.

Los objetivos del programa van asentados sobre la atención continuada a todas las personas, como favorecedor de la salud y el uso de intervenciones preventivas de carácter universal.

En relación con la obesidad, la intervención debe de ser muy amplia debido a que abarca diferentes factores individuales, familiares, sociales, económicos y culturales. Por ello la promoción y prevención deben ser multidisciplinarios y participativos. Siendo importante la actuación sanitaria en el diagnóstico precoz y tratamiento.

El Plan Integral Andaluz de Obesidad Infantil se plantea como OBJETIVOS:

- Frenar la tendencia ascendente de las tasas de obesidad infantil de nuestra comunidad a corto plazo e invertirla en un plazo intermedio.
- Mejorar la atención sanitaria de los niños y niñas con obesidad y sus familias.
- Disminuir la aparición de complicaciones y mejorar la calidad de vida de las personas con obesidad.

Para ello, es necesario desarrollar una serie de condiciones favorecedoras:

- Sensibilizar a la población general sobre la necesidad de mantener un peso adecuado en todas las edades, mediante el equilibrio entre una alimentación saludable y la práctica de actividad física regular.
- Promover en las familias andaluzas la adquisición de conocimientos adecuados para la adopción de hábitos saludables para el mantenimiento de un peso saludable, haciendo especial énfasis en los hijos e hijas.
- Potenciar el desarrollo de condiciones socio-ambientales facilitadoras de dichos hábitos.
- Involucrar activamente a las diferentes instituciones y agentes sociales para la prevención de la obesidad infantil.

- Avanzar en el diagnóstico precoz y garantizar una atención sanitaria basada en la mejor evidencia científica disponible, asegurando la continuidad asistencial como elemento de calidad integral.
- Promover proyectos de investigación relacionados.
- Facilitar la formación profesional de todas las personas potencialmente implicadas en la prevención y atención a la obesidad infantil.
- Reorientar los servicios actualmente existentes.

Y para lograrlo, se han elegido una serie de líneas generales de actuación en las áreas de:

- Comunicación e información a la población.
- Promoción y prevención primaria.
- Asistencia sanitaria integral.
- Participación e intersectorialidad.
- Formación y desarrollo de profesionales.
- Investigación e innovación.
- Desarrollo normativo.

Cada una de ellas desarrollará una serie de objetivos operativos y dispondrá de sus propias herramientas. Así mismo, se establecerán instrumentos adecuados para la evaluación tanto de su implementación (proceso) como de su efectividad (resultados).

DESARROLLO

Un problema tan extenso y con tantos factores interrelacionados implica la necesidad de un abordaje desde la Salud Pública y con necesidad de implicación no solo desde las instituciones sanitarias y educativas si no también desde los estamentos políticos, la industria, medios de comunicación y sociedad en general.

Respondiendo a dicha necesidad surge El PLAN INTEGRAL DE OBESIDAD INFANTIL DE ANDALUCÍA (PIOBIN) como herramienta estratégica que intenta dar respuesta con acciones desde un punto de vista integral e intersectorial como la prevención en diferentes ámbitos, formación a todos los niveles y colectivos así como seguimiento y evaluación para asegurar la continuidad asistencial

La dificultad inherente en el desarrollo de éste programa viene definida en sí, por el tipo de usuarios a los que va dirigido. Estas complicaciones derivaran de:

- Los niños/as, pueden presentar una mayor dificultad a la hora de entender porque tienen que realizar una serie de actividades, que el resto de hermanos, amigos, etc., no tiene porque seguir.
- El abordaje en la consulta no puede estar centrado en dar unas normas y volverlo a citar (ya que así solo conseguiremos apatía y desinterés tanto por parte del niño, como de los padres).

Por ello debemos de realizar un abordaje más participativo e interactivo por parte del niño y de los padres, manteniendo un objetivo común, pero siendo flexibles en

su consecución. Realizaremos un abordaje psico-social, donde valoraremos tanto al aspecto psicológico de los padres/niño, como el desempeño de roles, estructura familiar, entorno, etc.

Para facilitarnos el acceso a gráficas, cuestionarios y otras herramientas útiles, podemos acceder a una plataforma on line denominada "La red de la sandía" (disponible en línea: <http://www.lareddelasandia.org>)(4 a 8)

Captación de usuarios.

El programa PIOBIN engloba la actuación en niños de 6-14 años (y a sus padres o cuidadores), la captación se realizará de 3 formas:

- Oportunista, en la consulta de pediatría (es la más usual), en otras consultas del centro o por medio de cooperación multidisciplinar.
- Estratégica, en el ámbito escolar (en las visitas de seguimiento escolar, actividades comunitarias, etc.).
- Por iniciativa de los padres o cuidadores.

Plan de trabajo.

Antes del desarrollo del plan de trabajo por parte del profesional, en primera instancia se debe valorar e identificar la predisposición al cambio por parte del usuario y su familia. Ésta predisposición, la entenderíamos como la fase en la que se encuentra el usuario y que nos marcará el tipo de acción que podemos llevar a cabo con ellos.

(Ver: Anexo 2. Algoritmo para determinar la predisposición al cambio en progenitores con hijos/as con sobrepeso (disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/mod/folder/view.php?id=6>))

El trabajo se puede realizar en sesiones individuales y complementarlas con sesiones grupales (dirigidas a los padres). Para su inclusión en el programa deberán presentar sobrepeso (IMC > P90) u obesidad (IMC > P97) (según las curvas y tablas de crecimiento del estudio semilongitudinal de Hernández et al. (1988), según sexo y edad correspondiente a percentiles).

(Ver: Anexo 3. Tablas índice masa corporal (IMC))

Debemos tener en cuenta que los pilares básicos en los que se sustenta el programa PIOBIN, son:

- Promoción de la lactancia materna.
- Promoción de una alimentación saludable.
- Promoción de la actividad física.
- Intervenciones enfocadas en la familia, su entorno y estilo de vida.

Antes de comenzar haremos hincapié en una serie de recomendaciones básicas:

- Los cambios en los estilos de vida, se realizarán por toda la familia. Ya que el mejor modelo para los niños son los miembros de la familia. Por ello es muy importante saber la predisposición al cambio.
- Hacer hincapié en el uso de mensajes positivos.

- Favorecer la comida en familia, evitando discusiones o momentos de tensión.
- Dieta variada, 3 piezas mínimas de fruta y seguir pautas de la dieta mediterránea.
- Es muy importante hacer un desayuno completo, así como en realizar las 5 comidas recomendadas.
- Tener cuidado con la cantidad de grasas utilizadas en las comidas.
- Disminuir el consumo/compra de bollería, golosinas, patatas chips, refrescos azucarados y zumos envasados.
- No dar dinero a los niños para comprarse algo para media mañana/merendar, darle un bocadillo.
- Sustituir la leche y yogures por desnatados.
- No usar alimentos como premio o castigo.
- Favorecer las actividades en familia, la actividad física y las actividades extraescolares (dentro y fuera de casa).
- Limitar el uso de la televisión, ordenadores y consolas a menos de 2 horas diarias.

Una vez que hemos tenido todo esto en cuenta, pasaremos al desarrollo de las visitas individuales.

Primera visita.

1. Comenzaremos con una recogida de información:
 - Historia Familiar; valoraremos datos como la etnia, país de origen, antecedentes familiares de obesidad, patologías asociadas y si es posible índice de masa corporal (IMC) de los miembros de la unidad familiar.
 - Historia Personal; valoramos los antecedentes obstétricos, antropometría neonatal, pauta de lactancia, introducción de alimentos, desarrollo psicomotor y la existencia de tratamientos previos o actuales. En la exploración física:
 - a. Edad (año y meses), Peso / talla y presión arterial.
 - b. Calcular el IMC
 - c. Aspecto general (distribución del tejido adiposo, tono muscular, signos de retraso psicomotor).
 - d. Exploración de piel y mucosas.
 - e. Rasgos dismórficos faciales y corporales.
 - f. Presencia de hepatomegalia y palpación glándula tiroidea.
 - g. Presencia de alteraciones ortopédicas.
 - h. Valoración del desarrollo puerperal y menarquia (si procede).
2. Valoración de analítica para descartar patologías asociadas.
3. Realizar encuesta sobre alimentación
4. Valoración de la dinámica y situación familiar.
5. Citar en 1-2 semanas, para que coincida con la recepción de analíticas.

Criterios de derivación.

Se derivará a los niños a la consulta de endocrinología de referencia:

- Usuarios con sospecha de enfermedades subyacentes.
- Presencia de obesidad en edades tempranas (<2 años).
- Coexistencia de enfermedades asociadas o grados extremos de obesidad.

- A la unidad de salud mental, si existe patología psiquiátrica asociada.

Segunda visita y sucesivas.

Se realizará en 1-2 semanas, valoraremos:

1. Establecer objetivos tanto con la familia, como con el niño.
2. Valorar la analítica.
3. Valorar los aspectos positivos y negativos que hayan identificado en el periodo entre ambas citas.
4. Valoración de los cambios alcanzados
5. Valorar el nivel de actividad física.

El número de visitas y la frecuencia dependerá de la complejidad del problema detectado y de los resultados que se vayan obteniendo. En niños sin complicaciones relacionadas y con resultados satisfactorios se pueden realizar visitas mensuales o trimestrales. En el caso de complicaciones las visitas serán más seguidas.

Aunque debemos tener en cuenta que el periodo de seguimiento no debe ser inferior a los 6 meses, pero sería recomendable ampliarlo al año, para que los cambios conseguidos sean estables y valorables.

En relación con las actividades grupales, se realizan tres sesiones, intentando que sean consecutivas. Las sesiones van basadas en:

- Vida saludable. } Primera sesión.
- Ejercicio físico. }
- Cesta de la compra saludable. } Segunda sesión.

Los anexos 4 (Pirámide de alimentos) y 5 (Pirámide actividad física) se utilizaran tanto en las sesiones individuales, como en las grupales.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En base a lo expuesto anteriormente, los diagnósticos de enfermería (NANDA) más utilizados serían (cuadro):

En relación con el niño :	En relación con los padres o cuidadores principales:
<ul style="list-style-type: none"> • 00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades. • 00015 Riesgo de estreñimiento. • 00053 Aislamiento social. • 00070 Deterioro de la adaptación. • 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad. • 00113 Riesgo de crecimiento desproporcionado. • 00120 Baja autoestima situacional r/c el sobrepeso. • 00163 Disposición para mejorar la nutrición. • 00168 Sedentarismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • 00057 Riesgo de deterioro parental. • 00060 Interrupción de los procesos familiares. • 00070 Deterioro de la adaptación. • 00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar. • 00163 Disposición para mejorar la nutrición. • 00164 Disposición para mejorar el rol parental.

LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC) APLICADAS, SON:

- 00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.
 - ☐ 5246 Asesoramiento nutricional.
 - ☐ 1280 Ayuda para disminuir el peso.
 - ☐ 5614 Enseñanza: dieta prescrita.
 - ☐ 1100 Manejo de la nutrición.
- 00015 Riesgo de estreñimiento.
 - ☐ 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.
 - ☐ 0440 Entrenamiento intestinal.
 - ☐ 0450 Manejo del estreñimiento.
- 00053 Aislamiento social.
 - ☐ 4310 Terapia de actividad.
 - ☐ 4430 Terapia de juegos.
 - ☐ 5270 apoyo emocional.
 - ☐ 4362 Modificación de la conducta: habilidades sociales.
 - ☐ 5100 Potenciación de la socialización.
- 00070 Deterioro de la adaptación.
 - ☐ 4420 Acuerdo con el paciente.
 - ☐ 4410 Establecimiento de objetivos comunes.
- 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad.
 - ☐ 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.
 - ☐ 0200 Fomento del ejercicio.
- 00113 Riesgo de crecimiento desproporcionado.
 - ☐ 5246 Asesoramiento nutricional.
 - ☐ 1280 Ayuda para disminuir el peso.
 - ☐ 5614 Enseñanza: dieta prescrita.
 - ☐ 1100 Manejo de la nutrición.
- 00120 Baja autoestima situacional r/c el sobrepeso.
 - ☐ 4820 Orientación de la realidad.
 - ☐ 5100 Potenciación de la socialización.
 - ☐ 4430 Terapia de juegos.
 - ☐ 4400 Terapia musical.
- 00163 Disposición para mejorar la nutrición.
 - ☐ 5246 Asesoramiento nutricional.
 - ☐ 5614 Enseñanza: dieta prescrita.
 - ☐ 1100 Manejo de la nutrición.
- 00168 Sedentarismo.
 - ☐ 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.
 - ☐ 0200 Fomento del ejercicio.
- 00055 Desempeño ineficaz del rol.
 - ☐ 4420 Acuerdo con el paciente.
 - ☐ 4410 Establecimiento de objetivos comunes.
 - ☐ 4350 Manejo de la conducta.

- 00057 Riesgo de deterioro parental.
 - ❑ 5380 Potenciación de la seguridad.
 - ❑ 5370 Potenciación de roles.
 - ❑ 5510 Educación sanitaria.
 - ❑ 5626 Enseñanza: nutrición infantil.
 - ❑ 7040 Apoyo al cuidador principal.
- 00060 Interrupción de los procesos familiares.
 - ❑ 7100 Estimulación de la integridad familiar.
 - ❑ 7140 Apoyo a la familia.
 - ❑ 7150 Terapia familiar.
 - ❑ 7130 Mantenimiento en procesos familiares.
- 00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador.
 - ❑ 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje.
 - ❑ 5400 Potenciación de la autoestima.
 - ❑ 5440 Estimulación del sistema de apoyo.
 - ❑ 5270 Apoyo emocional.
 - ❑ 4920 Escucha activa.
- 00070 Deterioro de la adaptación.
 - ❑ 5540 Potenciación de la disposición de aprendizaje.
 - ❑ 5440 Estimulación del sistema de apoyo.
 - ❑ 5250 Apoyo en toma de decisiones.
- 00075 Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.
 - ❑ 4410 Fijar objetivos conjuntos.
 - ❑ 5250 Apoyo en toma de decisiones.
 - ❑ 5380 fomento de la seguridad.
 - ❑ 5510 Educación sanitaria.
- 00163 Disposición para mejorar la nutrición.
 - ❑ 5614 Enseñanza: dieta prescrita.
 - ❑ 1100 Manejo de la nutrición.
 - ❑ 5246 Asesoramiento nutricional.
- 00164 Disposición para mejorar el rol parental.
 - ❑ 5510 Educación sanitaria.
 - ❑ 5440 Estimulación del sistema de apoyo.
 - ❑ 7100 Estimulación de la integridad familiar.
 - ❑ 7150 Terapia familiar.

- 1006 Estado nutricional: masa corporal.
- 1205 Autoestima.
- 1501 Desempeño de un rol.
- 1504 Apoyo social.
- 1602 Conducta de promoción de la salud.
- 1805 Conocimientos: conductas de salud.
- 1811 Conocimientos: actividad prescrita.
- 2602 funcionamiento familiar.
- 2604 Normalización familiar.

CONCLUSIONES

El programa PIOBIN, es un proceso muy amplio y complejo cuando se aborda por primera vez, sobre todo para el personal de enfermería novel o sin experiencia previa en el tema. Por el gran número de actividades, por el abordaje especial que requieren tanto los niños como los padres para mantener el interés y conseguir los objetivos propuestos.

Por todo ello lo que hemos intentado es dar una serie de nociones básicas, tanto de las actividades a desarrollar como del abordaje que enfermería debe realizar, a nivel organizativo y curricular de las sesiones/actividades.

Debemos tener en cuenta que aunque puede resultar complicado tenemos una gran ayuda “on line” (disponible en la página web: <http://www.lareddelasandia.org/>), desarrollada como punto de información tanto para profesionales como para usuarios en general, en la cual podemos interactuar con otros profesionales de la salud a nivel de toda Andalucía, expresar nuestras dudas y ver otros puntos de vista y modelos de actuación que mejoren nuestra oferta educativa para la promoción de la salud y la prevención de la obesidad infantil.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro más sincero agradecimiento para Ana María Román Rodríguez, enfermera, C.S. La Oliva (Alcalá de Guadaíra) por el apoyo prestado y su orientación.

LOS RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC).

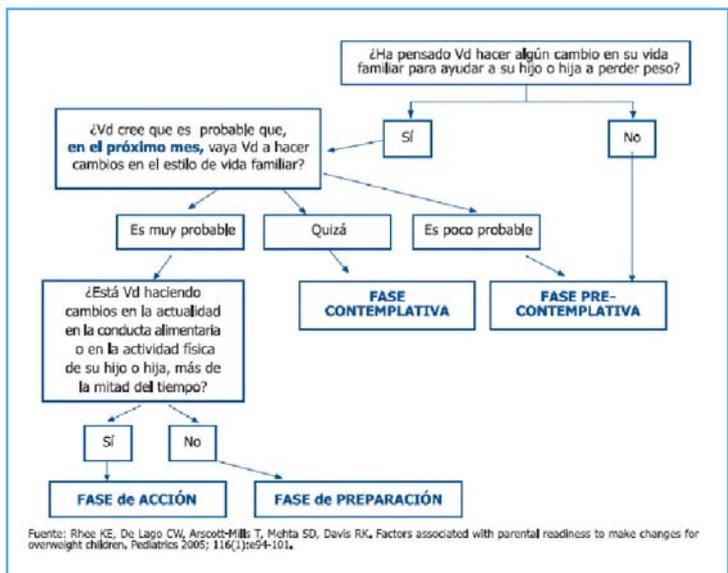
- 0116 Participación en los juegos.
- 0501 Eliminación intestinal.

ANEXOS

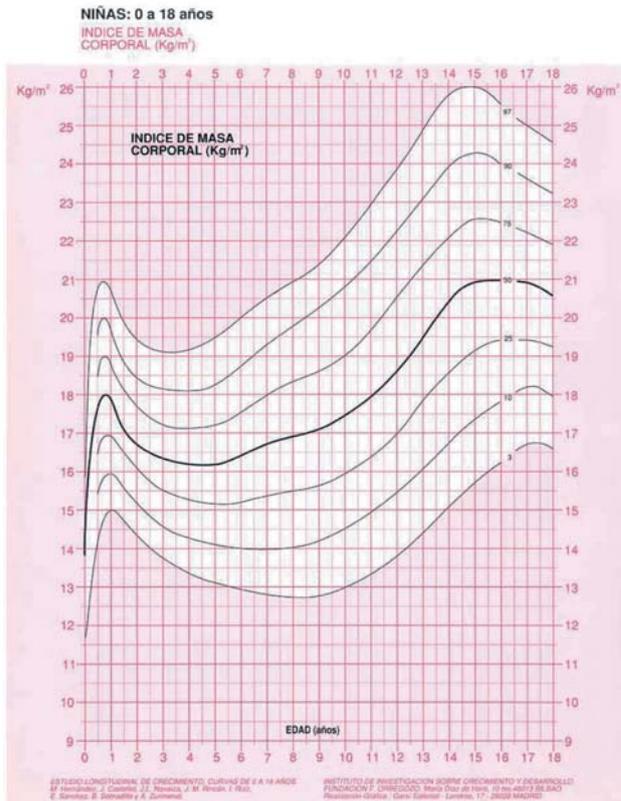
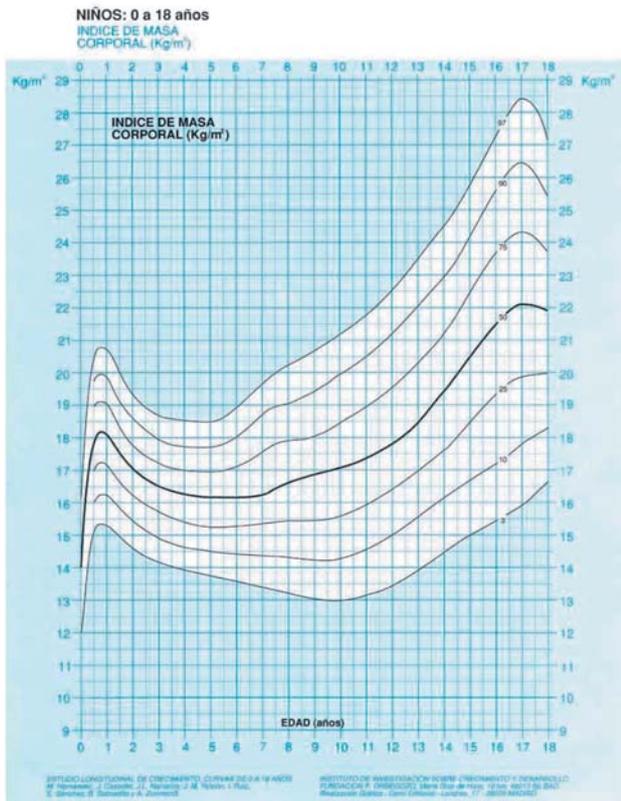
Anexo 1. Obesidad infantil en Andalucía (disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/mod/folder/view.php?id=85>)

Situación Obesidad Infantil en Andalucía. Estudio Aladino 2010-2011	Andalucía (1.722 sujetos)	España (7.923 sujetos)
SOBREPESO	24.1%	26.1%
OBESIDAD	22.5%	19.4%
Total	46.6%	45.2%

Anexo 2. Algoritmo para determinar la predisposición al cambio en progenitores con hijos/as con sobrepeso (disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/mod/folder/view.php?id=6>)



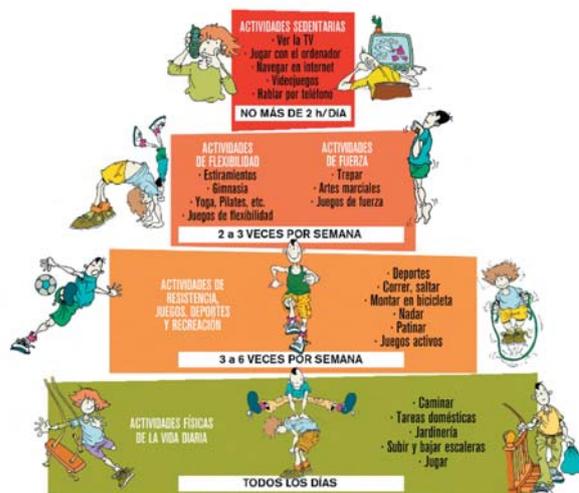
Anexo 3. Tablas: índice masa corporal (IMC) (disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/mod/folder/view.php?id=7>)



Anexo 4. Pirámide de alimentos (disponible en: http://cuidadorasaluz.blogspot.com.es/2012_04_01_archive.html)



Anexo 5. Pirámide actividad física (disponible en: http://www.perseo.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/guias/cuaderno_alumnado_af.pdf)



Bibliografía:

1. Conserjería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Plan integral de obesidad infantil de Andalucía. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de junio de 2013]. URL disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_obesidad_infantil/plan_obesidad?perfil=ciud&desplegar=/temas_es/___QUIENES_SOMOS/&idioma=es&tema=temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_obesidad_infantil/&contenido=/channels/temas/temas_es/___QUIENES_SOMOS/C_6_Andalucia_en_salud_planes_y_estrategias/plan_obesidad_infantil/plan_obesidad
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategias NAOS. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de junio de 2013]. URL disponible en: http://www.naos.aesan.msssi.gob.es/naos/estrategia/que_es/
3. Organización mundial de la Salud. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de junio de 2013]. URL disponible en: <http://www.who.int/topics/nutrition/es/>
4. Red de espacios virtuales de la EASP (2013). Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales. La red de la sandía. 2013. [En línea] [Fecha de acceso: 15 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/>
5. La red de la sandía. Tema 1: Protocolos de intervención (protocolos de intervención, anexos y sesiones grupales). Red de espacios virtuales de la EASP (2013). Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales. 2013. [En línea] [Fecha de acceso: 15 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/course/view.php?id=3>
6. La red de la sandía. Tema 3: Materiales de educación para la salud. Red de espacios virtuales de la EASP (2013). Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales. 2013. [En línea] [Fecha de acceso: 15 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/course/view.php?id=3>
7. La red de la sandía. Tema 3: Materiales de apoyo. Red de espacios virtuales de la EASP (2013). Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales. 2013. [En línea] [Fecha de acceso: 15 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/course/view.php?id=4>
8. Gil B. Tema 1: Protocolo de intervención; Protocolo de atención al sobrepeso y a la obesidad infantil en atención primaria. 2011. Red de espacios virtuales de la EASP (2013). Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales. La red de la sandía. 2013. [En línea] [Fecha de acceso: 15 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/mod/folder/view.php?id=6>
9. La red de la sandía. Biblioteca (material de apoyo para el desarrollo del programa) del tema 1 al tema 7. Red de espacios virtuales de la EASP (2013). Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales. 2013. [En línea] [Fecha de acceso: 15 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/mod/folder/view.php?id=85>
10. Diagnósticos de Enfermería (NANDA) 2009-2011. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de junio de 2013]. URL disponible en: <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18111/Registro+plani+ficaci%C3%B3n+cuidados+-+diag%+n%C3%B3sticos+09-11.pdf>
11. McCloskey JC, Bulechek GM. Nursing Intervention Classification (NIC). Iowa Intervention Project. 3ª Ed. Madrid. Mosby, 1999. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de junio de 2013]. URL disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo23/capitulo23.htm>
12. Moorhead S; Johnson M; Maas M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Elsevier. 3ª Ed. 2004. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de junio de 2013]. URL disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo24/capitulo24.htm>
13. Anexos:
 - Anexo 1. Gil B. Tema 3: Epidemiología de la obesidad infantojuvenil. 2011 Red de espacios virtuales de la EASP (2013). Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales. La red de la sandía. 2013. [En línea] [Fecha de acceso: 15 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/mod/folder/view.php?id=85>
 - Anexo 2. Gil B. Tema 1: Protocolo de intervención individual; Algoritmo para determinar la predisposición al cambio en progenitores con hijos/as con sobrepeso. 2011 Red de espacios virtuales de la EASP (2013). Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales. La red de la sandía. 2013. [En línea] [Fecha de acceso: 15 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/mod/folder/view.php?id=6>
 - Anexo 3. La red de la sandía. Tema 1. Protocolos de intervención: anexos; Tablas índice masa corporal (IMC). Red de espacios virtuales de la EASP (2013). Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Igualdad, Salud y políticas Sociales. La red de la sandía. 2013. [En línea] [Fecha de acceso: 15 de noviembre de 2013]. URL disponible en: <http://www.lareddelasandia.org/mod/folder/view.php?id=7>
 - Anexo 4. El blog para los cuidadores. Pirámide de alimentos, hábitos de vida saludable. Conserjería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía. Plan integral de obesidad infantil de Andalucía. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de junio de 2013]. URL disponible en: http://cuidadorasaluz.blogspot.com.es/2012_04_01_archive.html
 - Anexo 5. Cuaderno del alumno de actividad física, Programa PERSEO, estrategias Naos. Pirámide de actividad física. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ministerio de Educación. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de junio de 2013]. URL disponible en: http://www.perseo.aesan.msssi.gob.es/docs/docs/guias/cuaderno_alumnado_af.pdf

GUÍA DE ACTUACIÓN ENFERMERA EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL

NURSE GUIDE ACTION IN UNITS OF MENTAL HEALTH

■ Olga López Sánchez¹

■ Manuel Jesús Caballero Guerrero²

¹ Enfermera Unidad Salud Mental Hospital Infanta Margarita, Cabra (Córdoba)

² Enfermero DCCU Córdoba Sur.

Resumen:

En el siguiente artículo se expondrán varios protocolos de actuación en una unidad de hospitalización de salud mental con la finalidad de que el personal que allí trabaja preste una atención de calidad y se consensuen criterios de actuación.

Nos vamos a centrar en el protocolo de acogida, la administración del tratamiento y la actuación ante pacientes con ideación autolítica.

El protocolo de acogida del paciente a la unidad es la puerta de entrada del paciente a la unidad, y el primer contacto en ocasiones del paciente con el medio hospitalario. Por todo ello debe de llevarse a cabo correctamente para disminuir la ansiedad que todo ingreso ocasiona.

En lo referente a la toma del tratamiento se persigue asegurar la toma del tratamiento pautado por el facultativo referente así como tomar las medidas de seguridad para ello.

Finalmente se abarcará la actuación del personal ante la presencia en la unidad de cualquier paciente con ideación autolítica garantizando en todo momento la seguridad del paciente.

Palabras clave:

Unidad de hospitalización
Plan de acogida
Tratamiento
Suicidio

1. INTRODUCCIÓN

La realización de esta guía o protocolo sobre actuación ante personas con enfermedades mentales hospitalizadas surge con la idea de unificar criterios asistenciales entre todos los profesionales del área de la salud mental, con el fin de prestar una atención de calidad.

En especial vamos a centrarnos a la atención a los enfermos que se encuentran en la unidad de hospitalización, así como en los cuidados que debe dispensar el personal de enfermería y auxiliar de enfermería. Para ello hemos elaborado una serie de protocolos y guías de actuación. Debido a la amplitud del tema vamos a basarnos en el protocolo de acogida, de toma de tratamiento, y actuación ante pacientes con ideación autolítica.

El personal de enfermería constituye una figura imprescindible para garantizar esta asistencia integral al paciente, ya que es el que mayor relación va a tener con el paciente, la familia, y va a ser la persona que más se va a coordinar con el resto de profesionales de ahí la necesidad de elaborar una serie de protocolos de actuación.

Dichos protocolos se han elaborado basándonos en la unidad de hospitalización de salud mental del hospital Infanta Margarita de Cabra.

2. PROTOCOLO DE ACOGIDA EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

Las unidades de hospitalización de salud mental presentan unas características diferentes a otras unidades, (medidas especiales de seguridad) debido a las peculiaridades de los pacientes allí ingresados.

La puerta de acceso permanece siempre cerrada para evitar fugas. Todo el personal que se encuentra trabajando en esta unidad, dispone de una llave maestra para abrir los diferentes departamentos y otra diferente para la puerta de acceso. El personal es responsable de mantener la vigilancia necesaria a la hora de abrir o cerrar estos accesos. Las ventanas deben permanecer siempre cerradas.

Un protocolo de ingreso al paciente en una unidad de hospitalización de salud mental es un conjunto de acciones y normas de actuación establecidas y descritas cronológicamente, que deben ser llevadas a cabo por el personal de enfermería cuando un paciente ingresa en la unidad. Tanto el enfermo como la familia reciben una atención personalizada y una amplia información antes y durante su estancia en el centro hospitalario, lo que disminuye la ansiedad y palia el desconcierto que supone esta circunstancia, contribuyendo a humanizar el sistema hospitalario.

A la unidad, pueden llegar pacientes por diferentes vías:

- Servicio de urgencias del hospital.
- Derivados por las Unidades de salud mental comunitarias, u otros dispositivos de salud mental del área.
- Traslados intrahospitalarios desde otras unidades de hospitalización.
- Traslados procedentes de otro centro hospitalario de algún paciente de nuestra área de atención.

2.1. Tipos de ingresos

En la unidad de salud mental se realizan dos tipos de ingresos:

a. Voluntarios

- Pacientes que vienen a urgencias y tras la valoración

por parte del psiquiatra quedan ingresados con el consentimiento del paciente.

- Programados derivados por los equipos y dispositivos de salud mental de área.
- Traslados intrahospitalarios desde otras unidades o centros de hospitalización.

b. Involuntarios

- Pacientes que tras la valoración por parte del psiquiatra quedan ingresados en contra de su voluntad.
- Pacientes que ingresan por orden judicial.
- Pacientes incapacitados legalmente.

Este tipo de ingresos deben ser comunicados al juzgado de primera instancia antes de 24 horas; el juez o el forense tienen 72 horas desde que se efectúa la comunicación para valorar al paciente.

En el caso de pacientes de edad infantil o juvenil, los padres o tutores legales, han de firmar el consentimiento en la historia clínica del paciente.

2.2. Objetivos del protocolo

Los objetivos perseguidos con este protocolo son los siguientes:

- Recibir y alojar al paciente, promocionándole seguridad y facilitando su adaptación al medio.
- Proporcionar al paciente y a su familia una visión global del servicio al que acuden.
- Ofrecer información detallada sobre el tipo de ingresos, normas, derechos, horarios de visitas y demás servicios pertinentes de las instalaciones.
- Proporcionar la mayor seguridad posible durante el ingreso del paciente en la unidad.
- Proporcionar al personal de enfermería unos instrumentos y directrices comunes para establecer una actuación de enfermería de calidad.

2.3. Personal necesario

Personal responsable:

- El psiquiatra que ordena el ingreso

Personal participante:

- Enfermera/o (una de las que esté de turno).
- Auxiliares de enfermería (una auxiliar del turno)
- Celador/a
- Personal de seguridad (únicamente en aquellos casos que sea necesario y solamente de apoyo)

2.4. Procedimiento

Una vez el psiquiatra responsable ha decidido que el paciente ingresa, debe informar:

- Al paciente y acompañantes, de que ha de ingresar, y los objetivos que se persiguen con el ingreso.
- Al personal de enfermería, además de lo anterior, se le dirá la patología que presenta el paciente y las precauciones que se precisen tomar durante el mismo.

En el momento de formalizar el ingreso, el personal de enfermería asignado para tal tarea, y una vez informados por el psiquiatra responsable, procederá de la siguiente manera:

- Recibirá al paciente y se presentará amablemente.
- Explicará los aspectos relativos a la unidad y su funcionamiento, entregando a la familia y al paciente la Guía Informativa específica, con toda la información pertinente por escrito: horarios de visitas, comidas, teléfono, normas, etc.

- Si procede, se solicitará a la familia la información necesaria para completar la documentación clínica y demás datos de interés, así como teléfonos de contacto.
- Se conducirá al paciente a su habitación donde se pondrá un pijama y bata y, en caso necesario, se duchará. Toda su ropa se meterá en una bolsa con su nombre completo para entregársela a la familia. Si el paciente viene solo, la ropa se guardará en el office destinado para este fin en la unidad, en esta bolsa también se guardarán objetos personales.
- Si el paciente aporta dinero, joyas u objetos de valor se procederá de la siguiente forma:
 - ✓ Si lo acompañan familiares se les dará a estos, dejando constancia por escrito en el libro de incidencias, donde firmará el familiar y el personal de enfermería.
 - ✓ Si el paciente viene solo se avisará al encargado de turno de celadores, el cual aportará la hoja de entrega de pertenencias, donde se anotará todo lo que le sea entregado, siendo firmado por el encargado de turno y el paciente, en el caso que el paciente no pudiera firmarlo lo hará el enfermero referente. Cuando vengan los familiares del paciente se avisará al encargado de turno para que les sean entregadas las pertenencias. En ningún caso el personal de enfermería se hará cargo o custodiará dinero u objetos de valor de los pacientes.
- Aprovechando el momento del cambio de ropa y la ducha, se inspeccionará visualmente con discreción al paciente, por si llevase objetos escondidos, por si presentase lesiones,..., no dejándolo solo en ningún momento.
- Una vez instalado en los espacios comunes se tranquilizará al paciente, facilitándole el máximo bienestar posible y se le presentará al resto del personal.
- Se proporcionará al paciente información sobre:
 - ✓ Localización del control de enfermería y ubicación del personal.
 - ✓ Sistemas de llamada y visitas si las tuviera permitidas, y asignación de mobiliario.
 - ✓ Funcionamiento de la cama, luces, pilotos, etc.
 - ✓ Todo lo necesario para su arreglo personal: tipo de utensilios y demás enseres que puede guardar en su habitación, y cuáles deben ser retirados para que pueda disponer de ellos en tiempos adecuados y/o bajo vigilancia del personal, sobre todo aquellos que pueden ser considerados como potencialmente peligrosos, por ejemplo cuchillas, frascos de cristal, etc. Se explicarán las razones y se retirará dicho material para guardarlo en el lugar predeterminado.
 - ✓ Horarios y rutinas dentro de la Unidad.
- Se le enseñarán, si el estado del paciente lo permite, el resto de instalaciones y zonas comunes, como son: comedor, sala de terapia, etc.
- Una vez realizadas todas estas actividades y de manera ya específica, se procederá a:
 - ✓ Anotación en el libro de movimientos Hoja de movimientos (día, hora, nombre, psiquiatra que realiza el ingreso, tipo de ingreso, personal de enfermería que acoge al paciente).
 - ✓ Realizar todos los registros de enfermería: hoja de cuidados hoja de constantes.

- ✓ Registrar los parámetros y constantes vitales.
- ✓ Realizar la valoración de enfermería del paciente así como el plan de cuidados enfermero
- ✓ Comunicación al servicio de admisión y al de cocina.
- Si el paciente viene agitado o agresivo, será necesaria la rápida intervención de todo el personal para proceder cuanto antes a aplicar la contención mecánica, evitando lesiones innecesarias. En este tipo de intervenciones es muy importante que todo el personal conozca muy bien el protocolo de contención mecánica que abordaremos más adelante.

2.5. Precauciones

- Retirar cadenas, pendientes, anillos, pulseras, piercing, y en general, todo tipo de objetos que pueden poner en peligro su seguridad y la de los demás. Seguidamente se les dará a la familia o se guardarán en la caja fuerte, indicando el contenido.
- En caso de ser usuario de algún tipo de prótesis (lentillas, dentadura, ortoprótesis, etc.) se pondrá en conocimiento de todo el personal, para retirarla cuando sea necesario (sedación, hora de dormir...).

3. PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE TRATAMIENTO EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DE SALUD MENTAL

Dicho protocolo tiene como objetivo general administrar y garantizar de forma segura la toma del tratamiento pautado por el facultativo en la unidad de hospitalización, así como unas series de objetivos más específicos como serían:

- Dar a conocer los psicofármacos más usuales que se van a administrar en la unidad así como los principales efectos adversos.
- Consensuar el lugar, horario y forma de administrar el tratamiento pautado.
- Establecer pautas de actuación para asegurar la toma del tratamiento.
- Establecer medidas a llevar a cabo si negativa a la toma de la medicación

3.1. Psicofármacos más usuales en la unidad

Debemos ser consciente de que cuando administramos un fármaco a un paciente le estamos enseñando una forma pasiva de tratar su trastorno por lo que nuestra actuación no solo debe centrarse en ese comportamiento, sino que además debemos enseñar nuevas habilidades de afrontamiento de esa patología con el fin de que cuando empeemos a disminuir la dosis el paciente haya aprendido a identificar los síntomas y defenderse de ellos. Por lo que nuestra función no se basa únicamente en “darle las pastillas”, sino en educar al paciente y favorecer la adherencia al tratamiento, así como enseñarle a identificar los efectos adversos que el psicofármaco puede producir.

Para ello debemos de conocer los principales psicofármacos que vamos a administrar en la unidad, así como sus principales efectos adversos.

Se pueden clasificar en:

I. ANTIDEPRESIVOS

- a. Tricíclicos y Tetracíclicos
 - Imipramina (Tofranil®)

- Clomipramina (Anafranil®)
- Amitriptilina (Tryptizol®)

Entre los principales efectos adversos encontramos:

- ✓ Efectos anticolinérgicos (sequedad de boca, estreñimiento, visión borrosa, retención urinaria e impotencia sexual).
- ✓ Hipotensión ortostática, sudoración profusa, palpitaciones, aumento de la tensión arterial.
- ✓ Sedación.
- ✓ Aumento de peso.

b. Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS).

- Fluoxetina (Prozac®)
- Paroxetina (Frosinor®)
- Sertralina
- Citalopram

Presentan un perfil más favorable en lo relativo a los efectos adversos. Entre los principales efectos adversos encontramos:

- ✓ Ansiedad.
- ✓ Acatisia
- ✓ Insomnio
- ✓ Reducción del apetito
- ✓ Náuseas e incluso la pérdida de peso
- ✓ Espasmos intestinales y las diarreas
- ✓ Disfunción sexual en tratamiento a largo plazo

c. NASSA

- Mirtazapina (Rexer®)

Entre los principales efectos adversos nos encontramos:

- ✓ Somnolencia
- ✓ Sedación
- ✓ Boca seca
- ✓ Aumento de apetito
- ✓ Incremento del peso.

d. Inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina y noradrenalina (ISRSN)

- Venlafaxina (Dobupal®, Vandral®)

Entre el principal efecto adverso se encuentra:

- ✓ Hipertensión arterial

e. Otros

- Trazodona (Deprax®),

Presenta un importante poder sedativo

II. ANSIOLÍTICOS E HIPNÓTICOS

a. Benzodiacepinas

- Alprazolam (Trankimazin®)
- Clonazepam (Rivotril®)
- Clorazepato dipotasico (Tranxilium®)
- Diazepam (Valium®)
- Ketazolam (Sedotime®)
- Lorazepam (Orfidal 1mg®, Idalprem 5 mg®)
- Lormetazepam (Noctamid®)
- Midazolam (Dormicum®)

Entre los principales efectos adversos encontramos:

- ✓ Hipersedación
- ✓ Ataxia
- ✓ Vertigos
- ✓ Disartria
- ✓ Disminución del impulso sexual
- ✓ Sequedad de boca

El antídoto en caso de sobredosificación es el flumazenilo (anexate®)

- b. Imidazopiridonas
- Zolpidem (stilnox®)

III. ANTIPSICOTICOS

- a. Neurolepticos clásicos
- Haloperidol
 - Cloropromacina (Largactil®)
 - Levomepromacina (Sinogan®)
 - Flufenazina decaneato (Modecate®)
 - Zuclopentixol (Cisordinol acufase®, cisordinol depot®)

Entre los principales efectos adversos encontramos:

- ✓ Parkinsonismo, Acatisia aguda, distonía aguda
 - ✓ Alteraciones en el E.K.G e hipotensión postural
 - ✓ Leucopenia, Agranulocitosis
 - ✓ Galactorrea
 - ✓ Impotencia, disminución de la libido
 - ✓ Aumento de peso
 - ✓ Astenia. Sedación. Somnolencia
 - ✓ Síndrome Neuroléptico Maligno por su gravedad. Se manifiesta con hipertermia, disfunción autonómica, taquicardia, hipertensión, diaforesis, incontinencia, síntomas extrapiramidales (rigidez, distonía, acinesia, etc.) y alteraciones analíticas (leucocitosis, elevación de CPK sérica, enzimas hepáticas y de la mioglobulinemia, causa esta última de insuficiencia renal).
- b. Neurolepticos atípicos
- Risperidona (Risperdal®)
 - Paliperidona (Invega®, Xeplion®)
 - Clozapina (Leponex®)
 - Olanzapina (Zyprexa®)
 - Amisulprida (Solian®)
 - Paliperidona (Invega®)
 - Quetiapina (Seroquel®)
 - Ziprasidona (Zeldox®)
 - Asenapina (Sycrest®)

Se producen menos efectos extrapiramidales que con los típicos aunque también pueden llegar a darse.

IV. ESTABILIZADORES DEL ÁNIMO

- a. Sales de Litio (Plenur®)

Puede ser usado con seguridad si se monitorizan adecuadamente las concentraciones plasmáticas (que debe hacerse 12 horas después de la última toma).

Los signos y síntomas de la intoxicación por litio están básicamente relacionados con los niveles plasmáticos alcanzados.

El tratamiento de la intoxicación requiere la suspensión del litio y el mantenimiento de un estado hidroelectrolítico correcto. En los casos más graves se requiere hemodiálisis. En pacientes en tratamiento con litio debemos dar una dieta rica en sal y evitar administrar antiinflamatorios o analgésico salvo aspirina y paracetamol

- b. Carbamazepina (Tegretol®)

Los niveles séricos de Carbamazepina deben de controlarse periódicamente.

- c. Acido Valproico (Depakine®)

Los niveles séricos de valproato deben controlarse periódicamente.

- d. Otros

- Gabapentina (Neurontin®)
- Valpromida (Depamide®)
- Lamotrigina (Lamictal®)

3.2. Procedimiento

➤ Horarios y lugar de administración:

- La medicación se administrará en el comedor de la unidad, si se trata de medicación IM se administrará en la habitación del paciente para preservar su intimidad.
- Los horarios de administración serán: 9:00 13:00 20:00 y 23:00, salvo cierta medicación condicional (“si agitación, si insomnio...”) que se administrará cuando precise.

➤ Administración de la medicación

- La medicación será administrada por el enfermero
- Debemos comprobar la exactitud de las 5 C:
Fármaco **C**orrecto
Dosis **C**orrecta
Hora **C**orrecta
Vía **C**orrecta
Paciente **C**orrecto (En caso de pacientes que no puedan identificarse verbalmente o desorientados, verificar el nombre en el brazalete de identificación).
- Verificar los antecedentes de alergia del paciente y anotarlo de forma visible en la hoja de administración de tratamiento de enfermería.
- Introducir la medicación en el vaso, identificado con el nombre del paciente
- Informar al paciente de la medicación que se le va a administrar.
- Proporcionar al paciente agua e indicar como debe de tomársela (preferiblemente se le ofrecerá agua en lugar de leche para asegurarnos que se la ha tomado y no la ha echado en el vaso).
- Asegurarse que la medicación administrada ha sido ingerida por el paciente. Para ello si fuera necesario se realizará la comprobación bucal (se le indicara que nos abra la boca y visualizaremos si se ha tomado el tratamiento o lo ha escondido en la boca).
- Hasta que no nos aseguremos que se ha tomado el tratamiento no le daremos la medicación a otro paciente
- Si hubiera que administrar cualquier tratamiento vía tópica (pomadas...) nunca se la daremos al paciente para que se la administre él ni para que lo guarde en su habitación, lo administraremos nosotros y lo guardaremos en la sala de medicación.
- En el caso que exista la duda de que un paciente se toma correctamente el tratamiento se comunicará con el facultativo que valorará el cambio a solución en lugar de comprimidos u otra vía de administración diferente.
- Una vez tomada la medicación el paciente debe permanecer como mínimo 15 minutos en el comedor.

➤ Consideraciones generales

- Comprobar que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito.
- Desechar la medicación mal identificada, caducada, con cambios en su aspecto, color, precipitación.
- La prescripción médica debe estar lo suficientemente clara de manera que no pueda inducir a errores por mala caligrafía, abreviaturas inapropiadas, decimales omitidos.
- Respetar el derecho del paciente a rechazar la medicación, anotarlo en los registros de enfermería y comunicarlo al facultativo.

- Valorar y registrar cualquier efecto secundario que se produzca tras la administración del fármaco y comunicarlo al facultativo, así como el error u omisión en la administración del fármaco.
- Registrar cualquier cambio de horario de la medicación prescrita y las causas que lo han producido (realización de pruebas diagnósticas, etc....).
- Asegurarse de la capacidad de deglución del paciente. En caso de estar disminuida o anulada se notificará para elegir otra vía de administración.

4. PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN ANTE PACIENTES CON IDEAS AUTOLÍTICAS

La actuación del personal de enfermería estará enfocada en disminuir el riesgo de autolesión o en su caso, intento de suicidio, por parte del paciente ingresado.

4.1. Detección y puesta en marcha del procedimiento

Si se trata de un ingreso programado, el dispositivo que derive al paciente escribirá en el informe de derivación la existencia del Riesgo de suicidio, los intentos, métodos previos y grado de riesgo. El psiquiatra referente o el de guardia según proceda lo escribirá en el informe de ingreso e informará telefónicamente o personalmente al personal de enfermería el ingreso de un paciente con riesgo de Suicidio.

Una vez ingresado el paciente, el facultativo a su cargo escribirá en la Hoja de Tratamientos la existencia de Riesgo de Suicidio y enfermería lo anotará en los comentarios de enfermería y en la hoja de tratamiento.

4.2. Primeras medidas

Ya ingresado el paciente se procederá a un registro exhaustivo del mismo y de sus pertenencias, explicando a él y a sus familiares, si estuvieran presentes, el motivo del registro. Se explicará a los familiares la prohibición de aquellos objetos potencialmente peligrosos que pudiera portar el paciente. Éste se vestirá con la ropa adecuada del hospital en presencia del personal de la unidad.

En el caso de que el paciente al ingreso necesite ducharse, el personal no abandonará la habitación, controlando de forma discreta pero atenta la conducta del paciente.

El paciente se ubicará en una habitación próxima al control de enfermería. Si existiese un elevado riesgo de suicidio, y caso de que el médico lo considere oportuno, se invitará a la familia a quedarse acompañando al paciente.

4.3. Medidas con el paciente de riesgo de suicidio durante la estancia

Se extremará la vigilancia del paciente y se asignará un miembro del personal en cada turno, para que en los momentos de cambios de turno, posibles contenciones, ingresos o urgencias, preste especial atención a estos pacientes de riesgo.

Se animará al paciente para hablar con el personal de enfermería para que este verbalice sus posibles intenciones de lesionarse

Se efectuará comprobación bucal en la administración de la medicación para evitar que almacene pastillas que no se tome y pueda tomarlas todas juntas con fines autolíticos.

El personal observará, registrará e informará de cualquier cambio de humor o conducta que a su juicio pueda aumentar el riesgo.

De forma periódica se examinará la habitación y objetos personales del paciente.

4.4. Medidas de seguridad en la unidad de hospitalización

Se intensificarán las medidas habituales de seguridad de la unidad y especialmente:

- Comprobar que las ventanas permanezcan cerradas
- Asegurar que las puertas y ventanas de dependencias de uso personal, control de enfermería, almacén, farmacia, despachos permanezcan cerradas para evitar el acceso del paciente a objetos o sustancias potencialmente lesivos.
- Los auxiliares de enfermería, al arreglar las habitaciones, revisarán el estado de las mismas y su mobiliario, con objeto de mantener el nivel óptimo de seguridad.
- Cualquier miembro del personal que detecte alguna deficiencia, comunicará esta al personal de enfermería para que proceda al aviso del servicio de mantenimiento.

5. CONCLUSIONES

La elaboración de protocolos de actuación y guías clínicas son de vital importancia para prestar una atención de calidad y garantizar la seguridad del paciente, más aun si a todo ello sumamos la peculiaridad de las unidades de hospitalización de salud mental en relación con el resto.

Todo ingreso en una unidad de hospitalización se vive de forma estresante para el paciente y la familia, un protocolo de acogida en el que todo el personal sepa lo que debe de hacer, actuar y conozca la información a aportar ayuda a la disminución de la ansiedad del paciente y de sus familiares. Conocer la medicación que se administra, así como asegurar la toma del mismo ayuda al paciente a la más rápida recuperación y control de la sintomatología.

Bibliografía:

- Granada López, JM. (2009) Manual de enfermería psiquiátrica. Ed. Glosa SL.
- Bobes García J, González Seijo J, Sáiz Martínez PA. Prevención de las conductas suicidas y parasuicidas. Psiquiatría Médica. Editorial Masson; 1997.
- Michel Salazar, Concha Peralta, Javier Pastor. Tratado de Psicofarmacología: Bases y aplicación clínica, Madrid. Editorial Médica Panamericana, 2005.
- Santiago López Galán, Guía farmacológica en psiquiatría. 5ª ed. Jaén. Editorial Rey Alí. 2005.
- Calcedo Barba, A. "Derechos de los pacientes en la práctica clínica". Edit. Entheus. 2005.
- Jonson B. Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental. 34º ed. Madrid: Biblioteca de Enfermería Profesional. Interamericana-Mc-Graw_hill; 2.000.

Sabadell
Professional



PROgresar: Financiamos hasta el 100% de tus proyectos profesionales.

¿Quieres progresar? Nosotros te ayudamos. Financiamos hasta el 100% de tus proyectos profesionales con condiciones exclusivas, un tipo de interés preferente y comisiones reducidas.

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, identifíquese como miembro de su colectivo, 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

- DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.
- 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".
- 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€**.
- 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.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de Graduado o Diplomado en Enfermería que se encuentren colegiados.
- JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales 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.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las Bases.
- DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería, al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, 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 currículum 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.
- 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".
- 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