



HYGIA de ENFERMERIA

Nº 95, Volumen XXXI - 2017

Colegio de Enfermería de Sevilla

REANIMACIÓN
CARDIOPULMONAR Y
DESOBSTRUCCIÓN DE
LA VÍA AÉREA PARA
ALUMNOS DE EDUCACIÓN
SECUNDARIA OBLIGATORIA

CASO CLÍNICO: ACTUACIÓN
ANTE UN CASO DE
HEPATOPATÍA CRÓNICA

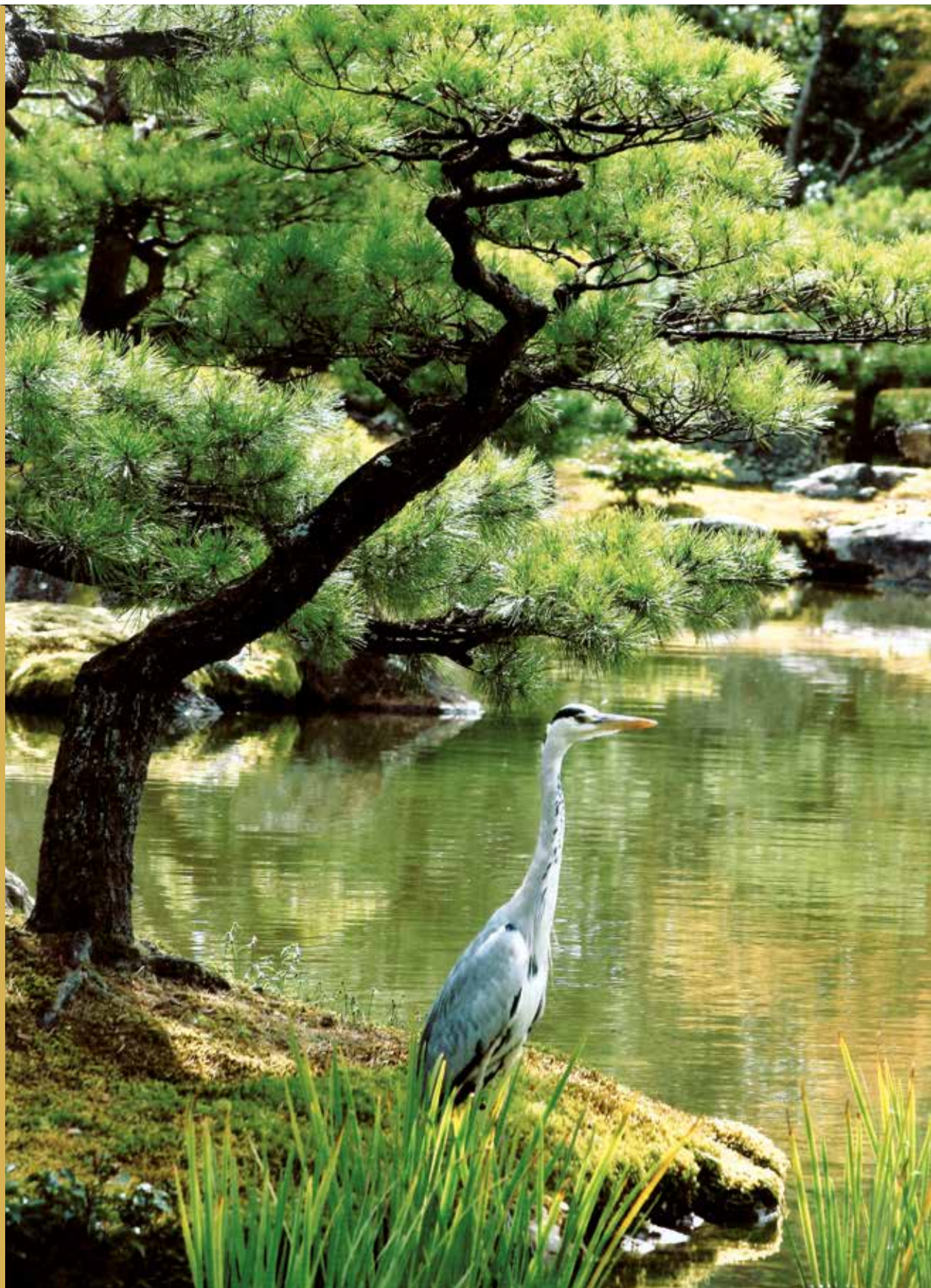
LA HIPNOSIS TERAPÉUTICA
EN LA ENFERMERÍA.
UNA REVISIÓN DE LA
LITERATURA

DIETA ALCALINA CONTRA
EL CÁNCER DE MAMA

CUIDADOS DE ENFERMERÍA
EN PACIENTE CON
TRASPLANTE CARDIACO

DISFUNCIÓN SEXUAL
FEMENINA POSPARTO

PLAN DE CUIDADOS
DE ENFERMERÍA PARA
VÍCTIMAS DE CIBERACOSO





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

EL COLEGIO TE PROTEGE

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

3,5

MILLONES DE EUROS

**3.500.000 € por colegiado y
por siniestro, y con un límite por anualidad
de veintiun millones de euros**

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES

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

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

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

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

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

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

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

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing" ■ Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme o por expediente disciplinario, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.500 €/mes, por un plazo máximo de 18 meses. ■ Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

CONGRESO INTERNACIONAL DE ENFERMERÍA

A finales de mayo tendrá lugar en Barcelona uno de los encuentros científicos de salud más relevantes en todo el mundo y sin duda el mayor acontecimiento mundial a nivel de la profesión enfermera. Con el título "Las enfermeras a la vanguardia, mejorando los cuidados", el Congreso de Barcelona se celebrará el 27 de mayo al 1 de junio de 2017. A esta cita está previsto que asistan más de 15.000 profesionales enfermeros procedentes de todo el planeta. Evento que ocurre cada cuatro años que organiza y celebra el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).

Está garantizada la importante asistencia de profesionales de todo el mundo, la calidad científica de sus ponentes y de las investigaciones y trabajos que se presentan, así como la participación española por el número tan elevado de comunicaciones y posters presentados por la enfermería nacional. La cantidad de resúmenes presentados ha desbordado las mejores previsiones y batido récords históricos. Estarán presente Linda Aiken, Mary Wakefield, Lesley Mancuso, Katja Iversen y Rachel Kyte entre otras, muy importantes en el mundo de la salud que nos mostrarán las líneas maestras de la profesión enfermera del futuro.

Se tratarán cuestiones esenciales para la profesión se dispondrá de una serie de mesas temáticas que abordarán materias de máximo interés para la profesión. Destacando las llamadas "Mesas hispanicas" donde se debatirán temas señalados previamente por una macroencuesta realizada por el Consejo General de Enfermería de España. Reuniones de las Redes del CIE formadas por expertos que analizarán temas de gran importancia sobre la actualidad sanitaria y social. Habrá sesiones plenarias, principales y presentación de resúmenes.

Las comunicaciones orales y pósters presentados en español y por enfermeras de nuestro país alcanzan el 60% de los trabajos aceptados. Se han superado todos los récords de participación científica de profesionales procedentes del país anfitrión. Esto nos brinda la

oportunidad de mostrar la gran calidad en atención y cuidados que se presta en España a los pacientes, su familia y la sociedad y el eminente lugar que ocupamos en el mundo basados en un óptimo nivel formativo y de investigación de nuestra enfermería.

Los trabajos presentados para su exposición en congreso (comunicación y posters) son sometidos para su aceptación a la valoración del comité científico del propio congreso. En el caso de un congreso internacional el baremo para su aceptación suele ser más exigente que para uno de menor capacidad lo que pone en valor el gran esfuerzo realizado por los enfermeros españoles para alcanzar este 60% de todos los trabajos aceptados para Barcelona. Es Andalucía la segunda autonomía española con mayor número de comunicaciones orales y posters aceptados. En total 116 (30 comunicaciones orales y 86 posters que supone un 15% de todos los trabajos españoles aceptados).

Se tiene la oportunidad de intercambiar conocimientos y experiencias entre los diferentes planteamientos de enfermería de los distintos países y culturas. Facilitar la construcción de relaciones, difusión de encuentro, desarrollar especialidades, comparar los trabajos, investigaciones y todas aquellas acciones que nos faciliten la prestación de unos cuidados excelentes. En este sentido los principales objetivos del congreso son: 1. Demostrar y promover la contribución de la enfermería a las políticas de salud informadas y sostenibles. 2. Apoyar la contribución de la enfermería a la atención de salud basada en la evidencia y fomentar planteamientos de resolución de problemas para las necesidades prioritarias de salud. Y 3. Proporcionar oportunidades para un intercambio en profundidad de experiencia y pericia dentro de la comunidad internacional de enfermería y más allá de la misma.

En este escenario la enfermería española tiene mucho que aportar al poseer sus propias experiencias mediante el desarrollo de investigaciones propias y no dependiente de otros profesiona-

les y/o disciplinas, en la mayoría de los casos de otros países y cultura. Podrá proporcionar algunas de las claves que puedan permitir asumir definitivamente el rumbo de nuestra profesión con independencia y orgullo, cambiar el sistema en que vivimos y luchar por la competitividad y el poder que nos corresponde. Estamos en un momento ideal y es posible apostar por un sistema diferente no solo en relación de los temas salidos de la encuesta del Consejo General de Enfermería de España (empleo, prescripción enfermera, seguridad en el trabajo o gestión clínica) sino en cualquiera que pueda surgir en el desarrollo del propio Congreso.

El avance de todas las profesiones depende de sus propias investigaciones y necesariamente tienen que ser comunicadas generalmente a través de su publicación en revistas científicas y/o exposición en congresos en forma de ponencias, comunicaciones o poster. Trabajos que en el caso de exponerlos en público actualmente son sometidos a una audiencia experta y objeto de discusión. Para el investigador/a supone un avance en su trayectoria tanto laboral como científica pero también lo supone para la institución donde desarrolla su trabajo.

Hay muchos motivos para investigar y publicar o exponer los resultados, pero independientemente del motivo por el que se realiza el trabajo de investigación siempre producirá resultados positivos por muy modesto que sea el trabajo presentado. Y de cualquier manera se acaba recompensando el esfuerzo que supone esta producción de conocimiento.

El significado de presentar una comunicación (oral o poster) es hacer pública una investigación realizada durante un periodo de tiempo y usando una metodología adecuada por un/a investigador/a o varios/as de forma que pueda ser considerada con la suficiente calidad como para su aceptación y de esta forma se divulguen los nuevos conocimientos científicos y así puedan ser incorporados a la práctica enfermera.

Jose Roman Oliver
Enfermero

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,

FOTOMECAÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

Tel. 95 435 00 03

Fax 95 443 46 24



Autor: José Luis Ríos Sánchez

Nº Colegiado: 16.550

Cámara: Canon Eos 400D

Sumario

- 5 **REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y DESOBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA PARA ALUMNOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA**
Merino Curado, R.; Sánchez López, R.
- 10 **LA ACTIVIDAD DEL TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIO, TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL "TRIAJE MANCHESTER"**
Álvarez Baza, Mª del C.
- 19 **CASO CLÍNICO: ACTUACIÓN ANTE UN CASO DE HEPATOPATÍA CRÓNICA**
Campos Márquez, C.; Romero Martín, M.; Ponce Blandón, J.A.
- 27 **LA HIPNOSIS TERAPÉUTICA EN LA ENFERMERÍA. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA**
Martínez-Montilla, J.M.; Amador-Marín, B.
- 33 **DIETA ALCALINA CONTRA EL CÁNCER DE MAMA**
Castellano Cecilia, A.; Vega Pozuelo, S.F.; Ortiz Clemente, F.
- 40 **RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE Y SATISFACCIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**
Morera De La Fuente, M.; Moral Pérez, R.M.; Carballar Andújar, Mª Á.
- 44 **ACTITUD FRENTE A ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA DE JÓVENES EN JAÉN**
Rodríguez Mármol, M.; Muñoz Cruz, R.
- 47 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRASPLANTE CARDIACO**
Núñez Guerrero, Mª de S.; Fernández Iglesias, E.; Ponce Álvarez, M.; Nieto González, M.S.
- 53 **TALLER FORMATIVO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON PADRES DE ALUMNOS: EXPERIENCIA NOVEDOSA EN ZARAGOZA**
Delgado Sevilla, D.; Sinués Júdez, M.; Gracia Carrasco, E.
- 57 **ATENCIÓN A LA GESTANTE CON UN CASO DE ABRUPTIO PLACENTAE**
Navarro Bernal, F.J.; Barroso Casamitjana, A.; Peralta Domínguez, A.Mª.
- 63 **DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA POSPARTO**
Márquez Carrasco, Á.M.
- 67 **PROCEDIMIENTOS ENFERMEROS EN EL SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA**
Arjona Cosano, Mª M.
- 74 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CPAP EN UNA UNIDAD NEONATAL**
Díaz Rodríguez, G. del M.; Martín Martín, R.; Rodríguez Silva, C.
- 77 **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA VÍCTIMAS DE CIBERACOSO**
Blanco Palomo, C.M.; González Arroyo, A.A.

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

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

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

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR Y DESOBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA PARA ALUMNOS DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

RESUSCITATION CARDIOPULMONARY AND UNBLOCKING THE AIRWAY FOR HIGH SCHOOL STUDENTS

- ROCÍO MERINO CURADO. D.E. Y EXPERTO UNIVERSITARIO EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS. ENFERMERA EN EL COLEGIO SAN FRANCISCO DE PAULA DE SEVILLA.
- ROCÍO SÁNCHEZ LÓPEZ. D.E. Y MÁSTER DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS, EMERGENCIAS, CATÁSTROFES Y ACCIÓN HUMANITARIA. ENFERMERA EN EL COLEGIO SAN FRANCISCO DE PAULA DE SEVILLA.

RESUMEN: La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontáneas. Es una situación de muerte clínica, ocasionada, en la mayoría de los casos, por un trastorno eléctrico denominado Fibrilación Ventricular, susceptible de recuperación si se trata en los primeros minutos.

El 80% de las personas que fallecen súbitamente se encuentran con un familiar o amigo cerca. A pesar de esto, en menos del 25% de las PCR presenciadas los testigos inician maniobras estandarizadas de aplicación secuencial encaminadas a revertir la PCR, conocidas como maniobras de Reanimación Cardiopulmonar (RCP). Ello indica que, teóricamente, se podrían recuperar muchos de estos enfermos si se iniciasen maniobras de RCP.

Con motivo de estas cifras y concienciados con el papel tan importante que pueden llevar a cabo los primeros intervinientes en una situación de PCR, el Colegio San Francisco de Paula, lleva varios años formando a sus alumnos para que, si se les da el caso, puedan intervenir en este tipo de situaciones de la manera más efectiva posible. De este modo, también queremos contribuir a que en un futuro, no muy lejano, se reduzcan las cifras de fallecidos por PCR presenciadas.

PALABRAS CLAVE: Reanimación cardiopulmonar. Alumnos. Educación Secundaria. Cardiopulmonary Resuscitation. Students. High School.

INTRODUCCIÓN:

La Parada Cardiorrespiratoria (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible de la circulación y respiración espontáneas. Es una situación de muerte clínica, susceptible de recuperación si se trata en los primeros minutos de su presentación, diferente de la muerte biológica o evento final que surge de forma esperada y previsible como evolución natural y terminal de una enfermedad.

En adultos, el 90% de las PCR extrahospitalarias no accidentales y el 25% de las hospitalarias están ocasionadas por un trastorno eléctrico denominado Fibrilación Ventricular (FV). Esta alteración se caracteriza por una actividad eléctrica caótica, representada en el electrocardiograma por ondas anárquicas de diferente voltaje y tan rápidas que reflejan una contracción sin tiempo suficiente para que el corazón se llene y se vacíe en los ciclos.

Este es el motivo principal de por qué la PCR es reversible, ya que la FV revierte a un ritmo normal (sinusal) si se trata precozmente, en los primeros minutos, con una desfibrilación o descarga eléctrica de corriente continua aplicada en el tórax del enfermo, que provoca una despolarización brusca de todas las fibras cardíacas, que a menudo se sigue del restablecimiento del ritmo normal. (1)

La PCR es la principal causa de muerte prematura en España y en los países occidentales. Respondiendo a múltiples etiologías, fundamentalmente cardíaca en el adulto, ocasiona la muerte de entre 15.000 y 25.000 pacientes al año en nuestro país y cerca de 400.000 muertes en la Unión Europea. En los EEUU se producen unas 310.000 muertes por enfermedad coronaria fuera del hospital, de las cuales unas 166.200 son por paro cardíaco súbito (cerca de 450 por día). (2)

Aproximadamente un 80% de las PCR del adulto en el ámbito extrahospitalario son de origen cardíaco, fundamentalmente por enfermedad de las arterias coronarias (ateromatosis) y ocurren en el domicilio del paciente. En bastantes ocasiones (19-26%), la PCR es el primer síntoma de enfermedad coronaria y en otras el exitus ocurre rápidamente, hasta el 30% de los individuos que sufren un infarto agudo de miocardio fallecen antes de llegar al hospital.

El 20% restante de las PCR son de etiología no cardíaca, un 10% debido a causas internas (neumopatías, ictus, cáncer) y el otro 10% por causas externas (trauma, asfixia, intoxicación).

En el hospital, la PCR tiene una menor incidencia cardíaca (41%), alrededor del 50% de ellas ocurre en áreas monitorizadas y el otro 50% en unidades de hospitalización poco convencionales. En los niños los orígenes más frecuentes son la insuficiencia respiratoria aguda, los accidentes del hogar y las infecciones. (1)

Marco conceptual:

Las muertes por PCR son un problema de primera magnitud para la salud pública, su prevención resulta prácticamente imposible, ya que se presenta de forma repentina e inesperada y afecta en su mayoría a pacientes teóricamente sanos. (1,2)

Desde hace años se han ido consolidando evidencias científicas, se han generado guías de práctica clínica con un amplio consenso internacional, con el Consejo Europeo de Resucitación (European Resuscitation Council-ERC) y la Asociación Americana del Corazón (American Heart Association-AHA) a la cabeza de una importante red de colaboración, sobre cómo tratar la PCR y las estrategias para mejorar los resultados finales en supervivencia y en calidad de la recuperación neurológica de los pacientes. (2)

8 de cada 10 PCR extrahospitalarias ocurren en domicilios y otras se producen en la vía pública en presencia de otras personas. El 80% de las personas que fallecen súbitamente se encuentran con un familiar o amigo cerca. A pesar de esto, en menos del 25% de las PCR presenciadas los testigos inician Reanimación Cardiopulmonar (RCP). Ello indica que, teóricamente, se podrían recuperar muchos de estos enfermos si se iniciasen maniobras de RCP. (4)

La RCP comprende un conjunto de maniobras estandarizadas de aplicación secuencial encaminadas a revertir el estado de PCR, sustituyendo la respiración y la circulación espontáneas e intentando su recuperación, de forma que existan posibilidades razonables de recobrar las funciones cerebrales superiores. (4)

La RCP ayuda a mantener el flujo sanguíneo vital a corazón y cerebro e incrementa el tiempo en que el choque eléctrico de un desfibrilador pueda ser efectivo. La RCP efectiva por personal entrenado, dada inmediatamente después del paro cardíaco súbito, puede duplicar o triplicar las oportunidades de supervivencia de las víctimas. (3)

Actualmente la población está mal preparada y es urgente intensificar los esfuerzos encaminados a incrementar el conocimiento de dichas maniobras en la población general. El reconocimiento precoz de la emergencia cardíaca por un miembro de la familia, la llamada precoz al Servicio de Emergencia Médicas y la RCP temprana, son fundamentales para salvar vidas. (4)

Aproximadamente el 94% de las víctimas de paro cardíaco súbito mueren antes de llegar al hospital. En promedio, solo 27,4% de las víctimas reciben RCP adecuado. (3) Conocer las técnicas de RCP significa conocer cómo se pueden salvar vidas. Aprender RCP solo lleva unas pocas horas y es relativamente fácil de proporcionar con un mínimo entrenamiento. Cada año miles de personas mueren por paradas cardíacas por el mero hecho de no recibir tratamiento médico lo suficientemente rápido.

Numerosas instituciones y sociedades médicas internacionales, como la American Heart Association (AHA) o el European Resuscitation Council (ERC), han recomendado de forma decidida que la enseñanza de la RCP básica se introduzca durante la enseñanza obligatoria, ya que la escuela constituye un ámbito ideal para iniciar a la población en el conocimiento y el aprendizaje de las técnicas básicas que forman parte de la RCP. (4)

Con motivo de estas cifras y concienciados con el papel tan importante que pueden llevar a cabo los primeros intervinientes en una situación de PCR, el Colegio San Francisco de Paula, lleva varios años formando a sus alumnos para que, si se les da el caso, puedan intervenir en este tipo de situaciones de la manera más efectiva posible. De este modo, también queremos contribuir a que en un futuro, no muy lejano, se reduzcan las cifras de fallecidos por PCR presenciadas.

En 1960 Noruega inicia la enseñanza de la RCP a los niños en las escuelas. Peter Safar demostró en 1978 la efectividad de la adquisición de habilidades en RCP básica en jóvenes de entre 15 y 16 años. Posteriormente, demostraron que los niños de entre 10 y 12 años eran capaces de realizar las maniobras correctamente en el 100% de los casos utilizando la técnica de autoentrenamiento con un maniquí infantil. La escuela constituye un marco ideal para iniciar a la población en el conocimiento y aprendizaje de la RCP.

En 1973, tuvo lugar en Washington DC (USA) una de las primeras conferencias nacionales sobre "Estándares en RCP y cuidados cardiovasculares de emergencia (ECC)". Entre sus conclusiones, todos los escolares deben empezar a recibir algún tipo de entrenamiento anual en emergencias, accidentes y RCP ya desde el quinto grado (10-12 años). Al mismo tiempo, las autoridades deben es-

forzarse para conseguir este objetivo en el menor tiempo posible.

En España, ha habido experiencias piloto. Los jóvenes son capaces no sólo de aprender, sino también de facilitar y multiplicar sus conocimientos entre sus propios familiares y amigos. Se han desarrollado programas pioneros sobre RCP en Madrid (Programa Alertante), Aragón (SEMES-AHA) y en Cataluña (Programa de Reanimación Cardiopulmonar orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PROCES)).

De este último estudio realizado en Cataluña, lo más destacado, a parte de la propia iniciativa en sí, figura el hecho de haber realizado el seguimiento y análisis posterior de los resultados educativos durante 5 años (2002-2007). Al cabo del año, los alumnos olvidan parte del aprendizaje, con lo que se realizan reciclajes periódicos, manteniendo a lo largo de todo el curso las prácticas de habilidades, incluyéndolo de forma sistemática en el currículo docente de los colegios.

A la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias le parece pertinente elaborar un Plan Nacional de enseñanza de RCP en las escuelas, encaminado a la población infantil, ya que esta formación es uno de los elementos clave para que los adultos del futuro las dominen y las practiquen y tengan repercusión en la protección de la salud del ciudadano, disminuyendo las muertes evitables y las secuelas permanentes.

Como objetivos de este plan:

Introducir la enseñanza de la RCP básica en las escuelas de enseñanza secundaria obligatoria a niños a partir de los 14 años.

Difundir el conocimiento de la RCP básica a la población

Mejorar la supervivencia de la parada cardíaca y disminuir las secuelas de los supervivientes.

Como objetivo secundario, dentro del seno de cada familia habría un joven entrenado, un difusor de las técnicas entre los demás miembros de la familia.

También encontramos estudios recientes en diferentes países, Japón, Estados Unidos, Noruega, Italia,... Estudios en los que no solo se les enseñan a los alumnos de secundaria a realizar maniobras de RCP sino que también se les proporciona el material necesario para que instruyan a sus familiares y amigos. Japón o EEUU, dan un paso más en cuanto a estas enseñanzas, y realizan estudios en los que instruyen también a los alumnos en el manejo del desfibrilador semiautomático, los cuales se encuentran en las escuelas. (5-13)

OBJETIVOS:

General:

Capacitar a la población para aumentar la supervivencia de personas que sufren una Parada Cardiorrespiratoria en el medio extrahospitalario.

Específicos:

Transmitir y recordar al alumnado los conocimientos teóricos y las habilidades técnicas necesarias para actuar de forma eficaz ante una PCR.

Fomentar la divulgación de Soporte Vital Básico en familiares y allegados de los alumnos a través de ellos mismos.

Implantar un algoritmo de actuación en el Centro.

METODOLOGÍA:

Investigación realizada en el colegio San Francisco de Paula de Sevilla durante los cursos escolares 2013/2014, 2014/2015 y 2015/2016. Realizamos un estudio comparativo entre los resulta-

dos obtenidos estos años, ya que nos permite observar la progresión de los conocimientos de los alumnos durante este periodo.

Muestra del estudio:

Los datos se han obtenido de los alumnos que han cursado la Educación Secundaria Obligatoria (entre 12 y 16 años) en el Colegio San Francisco de Paula, siendo unos 330 alumnos aproximadamente por año.

Diseño/Procedimiento:

Se diseña una encuesta de 14 preguntas el primer año tomando como referencia la que aparece en uno de los manuales consultados para el estudio (4), en cada pregunta se ofrecen 5 opciones como respuesta, de las cuales solo una es la correcta.

A lo largo de los dos primeros años detectamos la falta de comprensión de algunas preguntas por nuestros alumnos, los cuales también nos manifestaron su disconformidad con la extensión de la misma, con lo cual para el tercer año realizamos pequeños cambios en ella disminuyendo el número de preguntas a 12 y las opciones de respuesta a 3 (Anexo 1).

Una vez diseñada la encuesta procedemos a realizar el estudio, de modo que realizamos dos sesiones con cada clase de una hora cada una, que se llevan a cabo en diferentes días.

En la primera sesión se realiza la encuesta a los alumnos para valorar los conocimientos previos y posteriormente, se imparte

una exposición teórica mediante una proyección de documento de power point desarrollando los conceptos fundamentales.

En la segunda sesión se lleva a cabo una práctica entre alumnos donde practican la maniobra para apertura de la vía aérea y la posición lateral de seguridad entre ellos mismos, mientras que con varios maniqués practican el masaje cardíaco.

Finalmente los alumnos realizan la misma encuesta para valorar los conocimientos adquiridos tras la formación.

Análisis de los datos:

Se utiliza el programa estadístico Excel© y se realiza un análisis de los datos mediante porcentajes de respuestas correctas a través de tablas, cada una de ellas correspondiente a un curso académico, y gráfico de línea en el que se muestra la evolución de los resultados en estos años.

RESULTADOS:

En cuanto a los resultados, se conceptualizan las preguntas de la encuesta en tres grupos (Cadena de supervivencia, RCP Básica y Obstrucción de la Vía Aérea) para mostrar los valores porcentuales de las respuestas correctas a cada pregunta. Los valores están representados mediante tablas, cada una perteneciente a un curso académico y los valores a cada una de las clases, a su vez, en cada clase realizamos una nueva subdivisión, para mostrar los resultados obtenidos en la encuesta realizada previa y posteriormente a la exposición teórica y la práctica. (Tablas 1, 2 y 3).

	1º		2º		3º		4º	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
1.- Cadena de supervivencia	38,07	71,9	17,3	66,2	28,6	66,2	30,7	70,4
2.- RCP básica	17,5	66,6	22,6	67,3	24,5	76,7	61,8	87,8
3.- RCP básica	15,1	53,03	14,4	63,6	27,7	96,3	43,1	84,3
4.- RCP básica	24,1	50,5	16,1	38,8	39,4	64,3	43,7	65,6
5.- Cadena de supervivencia	68,6	61,06	56,6	66,1	58	73,1	67,5	77,1
6.- RCP básica	13,4	73,3	7,5	76,5	7,48	86,2	10,5	86,4
7.- RCP básica	21,6	55,8	31,3	59,2	24,8	60,03	41,9	86,6
8.- RCP básica	30,2	68,03	15,7	84,1	29,7	83,9	31,8	85,1
9.- RCP básica	17,1	53,5	17,4	51,8	36,1	54,2	32,06	60,7
10.- OVA	36,1	65,5	42,9	80,3	62,06	94,06	80,9	91,5
11.- OVA	41,9	50,8	41,9	63,5	47,5	75,9	71,4	85,2
12.- OVA	11,03	59,9	15,9	57,2	15,6	76,3	18,8	71,1
13.- OVA	58,4	77,4	54,6	80,6	70	87,3	83,1	90,2
14.- RCP básica	53,3	81,9	44,9	75,1	59,1	77,06	68,5	81,06

Tabla 1. Resultados obtenidos durante el curso académico 2013/2014

	1º		2º		4º	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
1.- Cadena de supervivencia	19,3	75,7	41,8	61,5	61,6	78,4
2.- Cadena de supervivencia	15,3	55,3	26,7	68,6	75,1	80,1
3.- RCP básica	20,9	63,5	36,1	70,4	64,7	89,3
4.- RCP básica	33	57,5	44,2	50,4	63,3	62,2
5.- Cadena de supervivencia	52,7	74,8	68,2	70,6	76,6	83,5
6.- RCP básica	10,8	74,3	11,2	79,5	23,8	95,4
7.- RCP básica	24,6	83,7	26,7	82,3	23,5	65,4
8.- RCP básica	20,06	82,2	50,3	82,8	49,9	88,5
9.- RCP básica	17,9	32,9	41,03	49,3	53,03	70,06
10.- OVA	37,5	68,9	70,6	68,4	85,3	95,4
11.- OVA	36,2	57,8	51,5	55,8	79,6	82,8
12.- OVA	6,2	54,1	41,9	58,3	54,5	69,5
13.- OVA	45,5	75,3	80,9	79,2	80,8	90,6
14.- RCP básica	60,4	73,1	67,6	82,1	73,5	87,5

Tabla 2. Resultados obtenidos durante el curso académico 2014/2015

	1º		2º		3º		4º	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
1.- Cadena de supervivencia	27,4	68,1	56,1	85,2	58,9	87,2	58,7	89,6
2.- Cadena de supervivencia	55,9	83,7	79,6	93,6	87,6	98,4	91,9	100
3.- RCP básica	36,9	84,4	88,1	95,8	84,06	92,2	77,8	94,7
4.- RCP básica	40,1	63,2	68,8	80,2	78,3	79,7	81,2	79,1
5.- Cadena de supervivencia	79,4	84,7	87,7	87,7	93,3	93,8	90,5	93,3
6.- RCP básica	7,8	73,5	28,4	88,1	41,8	81,5	36,4	92,9
7.- RCP básica	45,7	92,8	79,5	94,8	80,9	95,4	83,3	98,2
8.- RCP básica	25,6	75,4	54,7	92,01	75,4	90,9	78,8	96,4
9.- RCP básica	25,9	60,7	60,6	69,8	74,4	73,7	65,4	81,2
10.- OVA	52,1	78,2	80,1	80,4	78,1	79,9	74,9	88,2
11.- OVA	5,9	71,5	52,4	77,3	57,7	78,5	33,2	59,7
12.- OVA	58,3	77,4	70,5	83,7	91,6	86,03	88,6	89,9

Tabla 3. Resultados obtenidos durante el curso académico 2015/2016

	1º E.S.O.		2º E.S.O.		3º E.S.O.		4º E.S.O.	
	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST	PRE	POST
2013/2014	31,91	63,54	29,51	65,12	37,91	76,55	50,33	79,87
2014/2015	28,63	66,39	47,07	68,55			61,81	81,36
2015/2016	38,46	76,19	67,25	85,73	75,21	86,48	71,77	88,63

Tabla 4.

Tras el análisis de los datos que podemos observar en las tablas, hemos obtenido los siguientes resultados, similar en los tres años del estudio:

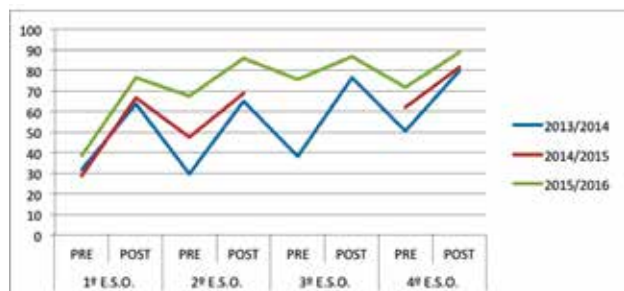
1.- Los resultados de las encuestas previas a la formación en todos los grupos son inferiores a los resultados posteriores generalmente, salvo en ocasiones muy puntuales y con una pequeñísima diferencia entre los valores.

2.- Los resultados en los grupos de 1º de la E.S.O. son más bajos que los resultados del resto de grupos (2º, 3º y 4º), tanto en el primer año como en los posteriores.

3.- Cada año los resultados van mejorando en las clases de 2º, 3º y 4º de la E.S.O., debido a que cada año los alumnos van acumulando más horas de formación, pudiendo llegar a un máximo de 8 horas una vez completado el ciclo, 2 horas por cada curso.

De cada uno de los porcentajes totales hemos considerado oportuno sacar el valor medio entre los resultados previos a la formación y los posteriores a la misma para realizar un estudio comparativo más general entre los diferentes años que hemos desarrollado este proyecto, de tal forma que se puede apreciar de manera aún más clara los resultados anteriormente expuestos. (Tabla 4).

Por otro lado, al representar los valores de la tabla en la siguiente gráfica, podemos destacar:



1.- Los valores aumentan en función de la edad de los alumnos, tanto los resultados previos como los posteriores, de manera que los alumnos de 4º de la E.S.O. obtienen mejores resultados que los de 1º.

2.- Los resultados previos aumentan en función de los años que los alumnos llevan recibiendo esta formación, es decir, los alumnos de 4º de la E.S.O. tienen unos resultados de las encuestas previas a la formación muy superiores a los de 1º.

3.- En la gráfica, la línea verde, correspondiente a este último año, se muestra más lineal en comparación a los otros dos años donde se aprecian picos más pronunciados, lo que significa que los alumnos, salvo en 1º que no reciben formación previa, mantienen los conocimientos de un año a otro.

CONCLUSIONES:

Del estudio realizado obtenemos las siguientes conclusiones:

Los alumnos son capaces de asimilar de forma adecuada los conocimientos tal y como demuestran en los resultados de las encuestas.

Los alumnos demuestran en sus resultados que el recibir la formación de forma reiterada cada año da lugar a una mayor solidez en los conocimientos.

DISCUSIÓN:

Un vez más queda demostrado, al igual que en los artículos consultados para este, que las maniobras de Reanimación Cardiopulmonar son fácilmente asimilables por chicos de entre 12 y 14 años. Los cuales, a pesar de su corta edad, ya son capaces de aplicar estas maniobras obteniendo unos resultados muy satisfactorios. Aunque lo vemos como una heroicidad, lo cual nos parece fantástico porque lo es, todos hemos podido ver en los medios de comunicación alguna noticia relacionada con este tema cuyos protagonistas eran un chico o chica de estas edades aplicando estas maniobras a cualquier familiar o conocido. Podríamos poner como último ejemplo a Eva, una niña de 11 años que salvo la vida de su abuelo tras recibir clases sobre reanimación en su colegio días antes, noticia del día 16/06/2016.

A lo largo de estos tres años, hemos podido ver cumplidos nuestros objetivos año tras año, ya que además de apreciarse en los resultados, las charlas y vivencias del día a día con nuestros alumnos así lo demuestran. Son varios los alumnos que se dirigen a nosotras por los pasillos, llegando a veces a venir a la enfermería

para relatarnos emocionados cómo han visto realizar, o incluso ellos mismos han puesto en práctica, algunas de las maniobras aprendidas durante las clases.

Es por todo esto por lo que seguimos y seguiremos concienciando de la importancia y formando a alumnos, el futuro del mañana, en estas maniobras que nos permiten, en la mayoría de casos de personas conocidas, salvar vidas.

AGRADECIMIENTOS:

Nos gustaría agradecer la implicación y concienciación que ha

tenido la dirección del centro desde que nuestro departamento propuso esta formación tan importante y necesaria en el día a día de las personas, ya que cada vez ocurren más casos de paradas cardiorrespiratorias presenciadas por personal no sanitario.

También agradecer la colaboración que demuestran siempre con el departamento de enfermería los coordinadores y tutores del centro, así como la participación, motivación y entusiasmo de los alumnos de secundaria con respecto a una de las formaciones más importantes que recibirán a lo largo de su trayectoria académica, salvar una vida.

ANEXO 1:

Instrucciones:	
- Rellena esta encuesta de forma individual, no es evaluable.	
- Solo hay una respuesta correcta.	
- Rodea con un círculo la opción que crees correcta.	
1.- ¿Cuál de los siguientes elementos NO es un eslabón de la cadena de supervivencia?	
a) Llamar al 112/061.	
b) La Reanimación Cardiopulmonar (RCP) básica.	
c) La Maniobra de Heimlich.	
2.- ¿Qué debemos tener en cuenta antes de socorrer a cualquier víctima?	
a) Que tenemos tiempo para socorrerla y no se nos hace tarde.	
b) Que el entorno es seguro.	
c) Que no se me ha olvidado el móvil en casa.	
3.- En la RCP básica se pueden utilizar:	
a) Unas pinzas por si tengo que suturar.	
b) Nada, no necesito material alguno.	
c) Una manta para que la víctima no pierda calor.	
4.- Cuando una víctima no nos habla pero responde a los estímulos (se mueve cuando le hablas, lo tocas, zarandeas,...), ¿qué hacemos?	
a) Poner en posición de seguridad y pedir ayuda.	
b) Comenzar la RCP básica.	
c) Observar y esperar a que se recupere.	
5.- Ante un paciente que no responde a los estímulos y no respira, ¿qué hay que hacer?	
a) Poner en posición de seguridad y pedir ayuda.	
b) Observar y pedir ayuda.	
c) Llamar al 112/061 y comenzar la RCP básica.	
6.- La depresión del esternón en un adulto con el masaje cardíaco externo debe ser de:	
a) 1-2 cm.	
b) 2-3 cm.	
c) 4-5 cm.	
7.- El masaje cardíaco se realiza comprimiendo el pecho, con los brazos extendidos y el talón de las manos aplicado sobre:	
a) El pezón izquierdo.	
b) El centro del pecho.	
c) El estómago.	
8.- ¿Cuál es la relación compresiones/insuflaciones que debemos llevar a cabo ante una víctima que está en PCR?	
a) 15/1	
b) 30/2	
c) 100/2	
9.- No dejaremos de realizar RCP a una víctima que está en PCR hasta que:	
a) Estemos exhaustos o llegue ayuda cualificada.	
b) La víctima muestre señales de recuperación.	
c) a y b son correctas.	
10.- En un atragantamiento con obstrucción completa de la vía aérea, la víctima NO puede:	
a) Hablar, toser y respirar.	
b) Puede realizar todo lo anterior.	
c) No puede hablar pero si respirar.	
11.- En un atragantamiento parcial donde la víctima puede toser y hablar, ¿qué debemos hacer?	
a) Darle 5 palmadas en la espalda.	
b) Hacerle la maniobra de Heimlich (5 compresiones abdominales).	
c) Animarle a toser.	
12.- ¿Cuándo debe utilizarse la maniobra de Heimlich o compresiones bruscas abdominales?	
a) Cuando la víctima pierde la conciencia.	
b) Cuando la víctima tose o vomita.	
c) Cuando la víctima de un atragantamiento no puede toser, y la obstrucción persiste después de 5 palmadas en la espalda.	

BIBLIOGRAFÍA:

- Plan Hospitalario de Reanimación Cardiopulmonar y Soporte Vital. 2ª ed. (Internet) http://www.semicyuc.org/sites/default/files/plan_hjrc_rcp.pdf
- Aspectos epidemiológicos, variabilidad y supervivencia en la atención a la parada cardíaca extrahospitalaria por servicios de emergencia en España. Revista Medicina Intensiva (Internet) <http://www.medicina-intensiva.com/2012/10/A150.html>
- <http://www.americanheart.org/presenter.jhtml?identifier=3034352>
- López Mesa J.B., Perales Rodríguez de Viguri N., Ruano Marco M., Tormo Calandín C., Tamayo Lomas L. Manual para la enseñanza de monitores en soporte vital básico y desfibrilación externa semiautomática. 3ª ed. Elsevier Masson, 2008.
- Tanaka H, Nakao A, Mizumoto H, Kinoshita T, Nakayama Y, Takahashi H et al. CPR education in Japan-past, present and future. Source: Trauma, Resuscitation and Prehospital Medicine, Emergency System, Graduate School, Kokushikan University. PMID: 21591420
- Kanstad BK, Nilsen SA, Fredriksen K. CPR knowledge and attitude to performing bystander CPR among secondary school students in Norway. Source: Faculty of Health Sciences, University of Tromsø, Norway. Copyright © 2011 Elsevier Ireland Ltd
- Corrado G, Rovelli E, Beretta S, Santarone M, Ferrari G. Cardiopulmonary resuscitation training in high-school adolescents by distributing personal manikins. The Como-Cuore experience in the area of Como, Italy. Source: Department of Cardiology, Ospedale Valduce, Italy bComocuore Onlus, Como, Italy. gcorr@iol.it PMID: 21045719
- Hassanzadeh A, Vasili A, Zare Z. Effects of two educational method of lecturing and role playing on knowledge and performance of high school students in first aid at emergency scene. Source: MSc, Department of Epidemiology and Biostatistics, School of Health, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. PMID: 21589743
- Omi W, Taniguchi T, Kaburaki T, Okajima M, Takamura M, et al. The attitudes of Japanese high school students toward cardiopulmonary resuscitation. Source: Department of Emergency and Critical Care Medicine, Graduate School of Medical Science, Kanazawa University, 13-1 Takara-machi, Kanazawa 920-8641, Japan. omiomi@m-kanazawa.jp
- Parnell MM, Pearson J, Galletly DC, Larsen PD. Knowledge of and attitudes towards resuscitation in New Zealand high-school students. Source: Department of Surgery and Anaesthesia, Wellington School of Medicine, Wellington, New Zealand.
- Teague G, Riley RH. Online resuscitation training. Does it improve high school students' ability to perform cardiopulmonary resuscitation in a simulated environment? Source: CTEC - Clinical Training & Education Centre, The University of Western Australia, Crawley, Western Australia 6009, Australia. Gavin.Teague@health.wa.gov.au
- Reder S, Cummings P, Quan L. Comparison of three instructional methods for teaching cardiopulmonary resuscitation and use of an automatic external defibrillator to high school students. Source: reders@u.washington.edu
- Rothmiller JD, Drezner JA, Harmon KG. Automated external defibrillators in Washington State high schools. Source: Department of Family Medicine, University of Washington, Seattle, WA 98105, USA.

LA ACTIVIDAD DEL TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIA HOSPITALARIO, TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL “TRIAJE MANCHESTER”

THE TRIAJE ACTIVITY IN A HOSPITAL EMERGENCY SERVICE, AFTER THE IMPLANTATION OF THE “MANCHESTER TRIAJE”

■ M^a DEL CARMEN ÁLVAREZ BAZA. ENFERMERA DEL SERVICIO URGENCIAS DEL HOSPITAL DE CABUEÑES. GIJÓN. ASTURIAS.

Este trabajo ha recibido el “Premio Ética Asistencial Mariano Lacort”, en la XI Edición de Premios de Calidad 2015. Área Sanitaria V de Asturias y fue presentado como comunicación electrónica en el XXXIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. 2015 y en XXVII Congreso Nacional de Enfermería de Urgencias y Emergencias 2016. No ha sido publicado nunca, ni como resumen en el libro de los congresos.

RESUMEN: OBJETIVO: Evaluar la calidad en la actividad del triaje en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón (ASTURIAS), mediante indicadores de estructura y de proceso, tras un año de la implantación del “Triage Manchester”

POBLACIÓN Y MÉTODOS: La población estudiada fueron los médicos y enfermeras/os que trabajaban en el Servicio de Urgencias Hospitalario estudiado, en el área de adultos y pediatría, en el mes de abril de 2014 y una muestra aleatoria y representativa de los pacientes que acudieron a este Servicio de Urgencias con disnea o dolor torácico, entre el 1 de octubre de 2013 y el 31 de marzo de 2014. Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo y se utilizaron como instrumentos en el caso de los profesionales sanitarios un cuestionario y para los pacientes una hoja de recogida de datos que permitió, durante los meses de octubre a diciembre de 2014 revisar, el dossier/informe de triaje u hoja de atención de enfermería en urgencias y el informe médico de urgencias.

RESULTADOS/CONCLUSIONES: Aunque la calidad en la actividad del triaje evaluada resulta ser bastante aceptable, pero quizás un enfoque multidisciplinario y una formación específica, junto con la mejora de los tiempos de primera atención y tiempo de triaje a primera atención médica, ayudarían a mejorar la satisfacción de los profesionales sanitarios, así como la calidad asistencial ofrecida en la unidad.

PALABRAS CLAVE: Calidad. Triage Manchester. Servicio de Urgencias. Hospital. Profesionales Sanitarios. Dossier/informe de triaje.

ABSTRACT: AIM: To assess the quality of triage in Cabueñes Hospital Emergency Services, Gijón (ASTURIAS), using structure and process indicators, a year after implantation of “Manchester Triage”.

POPULATION AND METHODS: The doctors and nurses who were working in the adult and pediatric area of the Hospital Emergency Service here under study, in the month of April 2014 and a random and representative sample of the patients who visited this Emergency Service with dyspnoea or thoracic pain, between 1st October 2013 and 31st of March 2014, were the population used for this study. A descriptive, cross-sectional and retrospective study was carried out and a questionnaire, in the case of the health professionals, and a data collection sheet, for the patients, were used as instruments which allowed us, over the months of October to December of 2014, to review the triage report or the emergency care sheet and the emergency medical report.

OUTCOMES/CONCLUSIONS: Although quality in triage assessed proved quite acceptable, maybe a multidisciplinary focus and specific training, along with time improvements in first aid and triage through to first medical care, would help to improve the health professionals' satisfaction, as well as the quality of assistance offered by the unit.

KEY WORDS: Quality. Manchester Triage. Emergency Services. Hospital. Health Professionals. Triage Dossier/report.

INTRODUCCIÓN

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios (SUH) han pasado de ser un lugar tranquilo en el que los pacientes acudían tan solo cuando tenían una enfermedad grave a convertirse en unidades donde estos llegan masivamente y con procesos que muchas veces no requieren atención médica urgente. Por tanto era imposible atender a todos nada más llegar al Servicio de Urgencias (SU) y se establecieron los sistemas de triaje hospitalario, que permitirían distinguir aquellos pacientes que requieren atención médica de forma inmediata, de aquellos que pueden esperar sin que ello ponga en riesgo su salud (1-5).

El triaje basado en la experiencia, en la intuición dio paso muy rápidamente a un triaje con protocolos locales o sistemas estructurados. Los sistemas de triaje de tres niveles de priorización (emergente, urgente y no urgente) de los años 60, fueron superados por sistemas de 4 niveles y posteriormente 5 niveles (resucitación, emergencia, urgente, semiurgente y no urgente) (1,6).

Actualmente se utilizan sistemas de triaje estructurados con 5 niveles de priorización que permiten clasificar a los pacientes en

función de su gravedad de forma reglada, válida y reproducible y al margen de disminuir el riesgo de los pacientes aumenta la satisfacción de los usuarios y de los profesionales, racionalizando el consumo de recursos y colaborando en la mejora de la calidad global del servicio. De entre todos los sistemas de triaje existentes uno de los de mayor implantación en nuestro país ha sido el “Triage Manchester” (MTS) (1,7-9).

Este sistema informatizado está totalmente optimizado para ser utilizado por enfermeras/os o médicos del área de urgencias, permite aumentar la facilidad y rapidez de aplicación, atenúa la variabilidad inter observador y permite obtener estadísticas a tiempo real para adecuar los medios a las necesidades reales y los recursos a las desviaciones puntuales. (1,3,4,). Tiene una experiencia acumulada de 14 años, permite realizar auditorías de calidad, en la clasificación de pacientes, tanto internas como externas, es válido, reproducible y aplicable, tiene una buena concordancia y es muy ágil y rápido en su aplicación cotidiana. Discrimina bien los pacientes críticos y es aplicable tanto a pacientes adultos como a pacientes en edad pediátrica (1,4,7).

Aunque inicialmente el triaje era realizado por los médicos, actualmente en la mayoría de los SU es enfermería quien desempeña esa función, para la que está capacitada y estudios realizados confirman estadísticamente esta afirmación. Además se ha visto que con el triaje médico se corre el riesgo de hacer una consulta rápida de deficiente calidad, aumenta el tiempo de realización del triaje con el consiguiente aumento del tiempo de espera para la valoración inicial de otros pacientes y la pérdida de los objetivos del sistema de triaje. El profesional que realiza el triaje en un SUH, además de formación en el triaje, ha de tener una buena capacidad de comunicación, conocimiento de la técnica de valoración, experiencia clínica, ha de ser empático, tener tacto, paciencia, capacidad de comprensión y discreción. Ha de tener capacidad organizativa y resolutoria en situaciones difíciles y saber reconocer a los pacientes realmente enfermos, mediante la correcta aplicación de la escala de "Triage Manchester" (4,7).

El sistema de "Triage Manchester" (MTS) fue implantado en el SU del H. de Cabueñes en enero de 2013 y ha supuesto importantes cambios organizativos en la unidad, que han podido afectar de distinta manera a la actividad de los profesionales implicados, siendo por ello necesario conocer la satisfacción del profesional sanitario, elemento crucial del proceso asistencial y relacionado directamente con la calidad de los servicios sanitarios ofrecidos. (10-13).

Enfermería ha pasado a convertirse en un elemento básico en la priorización de la atención al paciente que llega al área de urgencias, utilizando como herramienta fundamental para la valoración del paciente los 52 diagramas de flujo del "Triage Manchester". El seguimiento de los mismos permitirá al profesional, que los utiliza, unificar y consensuar pautas de actuación, evitando el riesgo de variabilidad en la atención prestada, aportando eficacia y sencillez metodológica y teniendo como objetivo último la mejora de la calidad del triaje.

Pero la actividad del triaje en los SUH, además de quedar registrada en el dossier/informe de triaje u hoja de atención de enfermería en urgencias, en la historia clínica del paciente, y servir como información clínica para otros profesionales, debe ser evaluada periódicamente como garantía de calidad de la atención prestada en la unidad de triaje y esto permitirá identificar en cada caso y en cada centro los puntos débiles de la atención a los pacientes, tomar conciencia de ellos y proponer medidas correctoras que puedan ser revisadas en posteriores estudios para valorar su efectividad y así intentar conseguir una calidad asistencial adecuada. Desde hace varios años se realiza en el Departamento de Urgencias de la Fundación Santa Fe de Bogotá (FSFB) una evaluación mensual sistemática del triaje, que comprende la calidad de la información consignada en el dossier de triaje y la concordancia entre el criterio médico y el de enfermería sobre el triaje del paciente (14).

Teniendo en cuenta que el sistema de "Triage Manchester" (MTS) se ha convertido en el sello de identidad del SUH estudiado, desde enero de 2013 y que su implantación ha supuesto un cambio organizativo en la unidad que afecta de manera distinta a las actividades de los médicos y enfermeras/os implicados, pero que es hoy una necesidad ineludible dentro de un sistema sanitario de calidad. Por ello el objetivo del estudio ha sido evaluar la calidad en la actividad del triaje en el SU del H. de Cabueñes, tras un año de la implantación del mismo, valorando la actitud que tiene los profesionales sanitarios hacia él y la cumplimentación en el dossier/informe de triaje de tres de los diagramas de flujo (disnea, dolor torácico y disnea en niños) utilizados en este Servicio.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

La población estudiada fue el personal sanitario (médicos y enfermeras/os) que trabajaba en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes, en el área de adultos y pediatría, en el mes de abril

de 2014, que tenía una antigüedad en su puesto de trabajo de al menos seis meses de desempeño del mismo y en el caso de enfermería, que realizara la función de triaje. Además de una muestra aleatoria y representativa de los pacientes que acudieron a este SU con disnea y dolor torácico entre el 1 de octubre del 2013 y el 31 de marzo del 2014.

El SU analizado, tiene actualmente nueve unidades (u) asistenciales (u. triaje, u. ambulante, u. de urgencias generales-zona amarilla, u. de urgencias generales-zona naranja, u. de traumatología, u. de boxes de observación, u. de servicios especiales: que incluye -ORL, OFT, ginecología y cirugía menor-, u. de RCP y u. de pediatría) y recibió 48.872 pacientes del 1 de octubre de 2013 a 31 de marzo de 2014.

La unidad de triaje no pediátrica, comenzó a funcionar en enero de 1996, tras la penúltima reestructuración del SU, siguiendo unas guías de actuación o algoritmos y utilizando tres niveles de priorización. Las guías fueron elaboradas por un grupo de enfermeras/os del SU ("Manual de enfermería para la unidad de triaje" del SU analizado) (9), revisadas por todo el personal de la unidad, avaladas por las Direcciones del Hospital y editadas en un "Manual de bolsillo" en los años 2000/ 2006 y utilizadas hasta la implantación del "Triage Manchester".

En el caso de la unidad de pediatría del SU, antes del 2010 el triaje de los pacientes (niños) se realizaba de forma no protocolizada por el personal de enfermería pediátrica y se basaba en la impresión subjetiva del triador, en función de una serie de variables como eran la impresión de gravedad, la respiración, la circulación, estado neurológico, dolor, deshidratación, exantemas, heridas, quemaduras, traumatismos o ingesta de tóxicos. A partir de 2010, contó con una herramienta más válida y reproducible que establecía tiempos de espera mediante el triángulo de evaluación pediátrica, con cinco niveles de atención, que permaneció hasta la implantación del "Triage Manchester" para todo el SUH analizado.

En enero de 2013 la Dirección del Hospital decide cambiar el sistema de triaje que se estaba utilizando en el SUH por un sistema estructurado, eligiendo el "Triage Manchester", que ya funcionaba desde hacía varios años en el resto de la provincia. Esto supuso la apertura de una segunda sala de triaje (sala 1 para adultos que acuden caminando o en silla de ruedas y sala 2 para pacientes que llegan en camilla y menores de 14 años) y la incorporación de un segundo profesional de enfermería, que también debía tener formación específica en triaje, para poder desempeñar la función específica en la unidad.

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, para valorar la actitud de los profesionales sanitarios, y para la recogida de los datos se utilizó como instrumento un cuestionario que fue distribuido entre los médicos y enfermeras/os, en el mes de abril de 2014 y estaba estructurado en cuatro partes:

- ▶ La primera constaba de 10 ítems que hacían referencia a las variables socio-demográficas y socio-laborales de los profesionales.
- ▶ En la segunda, 16 ítems recogían la opinión de los profesionales sanitarios (médicos y enfermeras/os) acerca de la implantación del "Triage Manchester", en el SUH analizado. Las preguntas fueron realizadas con interrogaciones directas en primera persona. Los registros fueron tomados en unos casos con codificación dicotómica (sí/no). Siete preguntas invitaban a los profesionales sanitarios analizados a expresar de 1 a 7 las características que debería cumplir la/el enfermera/o que realiza la labor de triaje. Una pregunta, les permitía hacer sugerencias que podrían mejorar el triaje en el SUH analizado.
- ▶ La tercera, con 19 ítems permitía conocer la situación del profesional de enfermería que realiza las funciones, en el SUH

estudiado. Las preguntas, en este caso, fueron realizadas con interrogación directa en primera persona. Los registros se hicieron con escala ordinal de recorrido 6 (siempre, casi siempre, normalmente, a veces, casi nunca, NS/NC)

- ▶ La segunda y tercera parte del cuestionario fueron validadas, previamente a su utilización, mediante un estudio piloto realizado a una muestra aleatoria de profesionales del SU. El investigador pudo comprobar que la comprensión de las preguntas era adecuada y que el nivel de respuestas era bueno, así pues consideró que las preguntas eran claras y su interpretación correcta.
- ▶ La cuarta, mediante el Cuestionario Font Roja (1988), se pretendía medir la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios en el medio hospitalario (15). Consta de 24 ítems con 5 opciones de respuesta cada uno y explora nueve factores o dimensiones (satisfacción por el trabajo, tensión relacionada con el trabajo, competencia profesional, presión del trabajo, promoción profesional, relaciones interpersonales con sus jefes/as, relaciones interpersonales con los compañeros, características extrínsecas de estatus, monotonía laboral) que determinan la satisfacción de los profesionales del medio hospitalario, con distintas facetas de su labor profesional:

La valoración del cuestionario se hizo según una escala de Likert con una puntuación que iba desde un valor 1 (mínima satisfacción) al valor 5 (satisfacción máxima). La satisfacción media global se obtiene por recuento de las puntuaciones de los 24 ítems y el cálculo de la media. De la misma forma, se obtienen los valores medios por cada factor o dimensión (a través del cálculo de la media aritmética de los ítems que componen cada dimensión), tal y como han realizado estudios precedentes. Por otro lado este cuestionario que está validado no presenta puntuaciones de referencia, por lo que la interpretación y comparación de los resultados obtenidos se ha realizado teniendo en cuenta los datos aportados por la literatura previa revisada, que lo ha utilizado.

Para controlar la calidad de la actividad del triaje según los pacientes, se ha utilizado como instrumento metodológico una evaluación retrospectiva de la práctica asistencial, revisando la historia clínica de los pacientes que acudieron al SUH analizado con dolor torácico o disnea entre el 1 de octubre de 2013 y el 31 de marzo de 2014. De la historia clínica, se evaluó el dossier/informe de triaje, cumplimentado por enfermería y se utilizó el informe médico de urgencias para conocer el tiempo de triaje a 1ª atención médica, el diagnóstico médico al alta y el destino del paciente. Todo ello según unos criterios de valoración previamente establecidos y según los tres diagramas de flujo evaluados (dolor torácico, disnea y disnea en niños).

Los criterios de valoración no están ponderados, estableciéndose un estándar de cumplimentación para cada uno de ellos del 100%. El índice de calidad es el porcentaje de criterios cumplidos por 100 sobre el número total de criterios establecidos. El índice de calidad global es la media aritmética de los índices de calidad del dossier.

Las respuestas al cuestionario de los profesionales sanitarios y los parámetros recogidos en la historia clínica, fueron codificados e introducidos en una base de datos y para el tratamiento y análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico de Ciencias Sociales SPSS/PC +15.0.

Se realizó un análisis descriptivo de cada una de las variables objeto de estudio y para el examen de las relaciones entre las variables se utilizó el Chi cuadrado (considerando significativo $p < 0,05$).

RESULTADOS

1. LA ACTIVIDAD DEL TRIAJE EN EL SUH ANALIZADO, SEGÚN LOS PROFESIONALES SANITARIOS

De los 84 profesionales sanitarios (médicos y enfermeras/os) que

trabajaban en el SUH analizado, a los que se les entregó el cuestionario, contestaron 64.

Las características de la muestra se exponen en la *Tabla 1*.

La actitud, de los profesionales sanitarios estudiados, hacia el "Triage Manchester" se recoge en la *Tabla 2*.

La situación del profesional de enfermería que realiza las funciones de triaje en el SUH analizado, se refleja en la *Tabla 3*.

Lo que más les gustaba al 38,46% de los profesionales, que respondieron a esta pregunta, de su labor en la unidad de triaje era .. "Que es un trabajo diferente al del resto de las unidades del SU". "Que es una unidad dinámica en la que hay que estar alerta todo el tiempo". "Todo en general". "La relación directa que pueden tener con el paciente y su familia". "La independencia y la capacidad de tomar decisiones".

Un 57,69 % de los profesionales analizados consideran, que lo que menos les gustaba de su labor en la unidad de triaje era "La presión asistencial", "La sobrecarga de trabajo que supone triar al paciente al mismo tiempo que recibe ambulancias, teléfono, ...multitareas, "La crítica de los demás profesionales y la falta de apoyo dentro del equipo" El horario y las condiciones de la unidad (ergonomía)

El profesional encargado de realizar el triaje, fue enfermería en el 100% de los casos. Todos los profesionales de enfermería habían recibido formación específica para realizar la función de triaje por parte del Hospital, pero creen que esta sería necesaria, periódicamente y cambiarían el sistema de triaje utilizado actualmente en el SU estudiado el 34,61% de las/los enfermeras/os.

Los datos de la Satisfacción laboral en los profesionales analizados y en cada una de los factores o dimensiones del cuestionario (Font Roja, 1988), se muestran en la *Tabla 4*. Los resultados varían en función del factor o dimensión objeto de estudio. Resulta destacable la dimensión satisfacción por el trabajo ($3,50 \pm 0,46$), seguido de la promoción profesional ($3,45 \pm 0,58$) y en el otro extremo destaca la presión del trabajo ($2,28 \pm 0,81$) y las relaciones interpersonales con los compañeros ($2,62 \pm 0,91$) *Tabla 5*.

Se encontraron relaciones significativas *Tabla 6*, entre algunas variables socio-laborales (la categoría profesional, la antigüedad en el SU, el tipo de contrato) y diversas dimensiones de la satisfacción (el reconocimiento y la satisfacción en el trabajo), así como con distintos aspectos del triaje (estar de acuerdo con que realice el triaje enfermería y que el usuario se ha beneficiado de su puesta en marcha).

2. LA ACTIVIDAD DEL TRIAJE EN EL SUH ESTUDIADO, SEGÚN LOS PACIENTES

De las 222 historias clínicas revisadas, se consiguió toda la información en 218 (98%), careciendo el resto de la hoja de atención de enfermería en urgencias o dossier/informe de triaje, o del informe médico de urgencias *Anexo 1*.

El informe médico de urgencias, permitió detectar los diagnósticos médicos al alta, el destino del paciente, las pruebas diagnósticas realizadas y el tiempo de triaje a primera atención médica.

En cuanto al nivel de cumplimentación del dossier/ informe de triaje y del informe médico de urgencias, según los criterios de calidad establecidos y los diagramas de flujo evaluados (disnea, dolor torácico y disnea en niños), se expone en la *Figura 1*

Se encontraron relaciones significativas *Tabla 5* entre: El código de priorización y el tiempo de triaje a primera atención médica y el destino del paciente. Así como entre la unidad de atención y la cumplimentación del diagrama de flujo, según tiempo de triaje a primera atención médica.

DISCUSIÓN

Los contenidos de este estudio han sido parcialmente abordados en otros trabajos (16-41), pero de una forma más global se tienen elementos de comparación con los trabajos realizados por Álvarez Baza MC (16), Fernández Durán NA (17), García González RF (21), Corujo Fontes (22), Del Castillo Arévalo (26), Mañas Bernard A (27) y Suarez Ruiz JL (28).

La tasa de participación de los profesionales sanitarios estudiados (76,19%) ha sido elevada (20,22), y representativa del SUH analizado.

El perfil se corresponde con un profesional mayor 45 años, con contrato fijo, con más de 12 años de ejercicio profesional y de antigüedad en el SU, que no se encuentra demasiado satisfecho con su trabajo (11,13, 20,28,31), donde la tensión es alta, además no perciben reconocimiento de su trabajo, ni posibilidades de promoción profesional (11,19,20,28), sin embargo las relaciones interpersonales con los compañeros y con los jefes son cordiales (20,28). El nivel retributivo no es muy adecuado al trabajo que realizan, pero si tienen independencia para organizar su trabajo y no lo consideran monótono (12,20,28,32).

La totalidad de los profesionales analizados conocen las funciones del triaje (16-17, 21,25), una mayoría están de acuerdo que lo realice una/un enfermera/o (16,21,26-27), y piensan que el triaje no es una tarea para ser realizada por el médico, pero si debería ser compartida por ambos profesionales (16-17,21-22). Consideran que la implantación del "Triage Manchester" ha facilitado un mejor seguimiento de los tiempos de espera en el SUH analizado y que el usuario se ha beneficiado de su puesta en marcha (16,21).

Más de la mitad de los profesionales señalan formación, capacidad de priorización y organización, mínimo un año de experiencia en urgencias agilidad mental, dinamismo y capacidad de decisión, entre las características que debe cumplir la/el enfermera/o que realice el triaje (16-17,21-23,27).

Los entrevistados apuntan como mejoras del "Triage Manchester" en el SU estudiado una adaptación del sistema a los tiempos y servicios (unidad de pediatría), una comisión de seguimiento y evaluaciones periódicas, más trabajo en equipo, personal siempre cualificado en triaje, mejoras en las instalaciones del triaje, incentivación a los profesionales de la unidad de triaje mediante reconocimiento, participación, sin olvidarse de la recompensa económica, elevar el valor social de los profesionales que desempeñan la labor de triaje y mejorando la calidad profesional y de asistencia mediante formación continuada, como señalan en el estudio realizado anteriormente en la unidad (16). También se detecta esta aportación en otros estudios revisados (13,17, 21-22,26-27, 30).

El 100% de los profesionales de enfermería han recibido formación específica para realizar la labor de triaje por parte del Hospital y piensan que esta sería necesaria periódicamente. Esto no sucede en otros estudios revisados (16-17, 21-22,26-27,30).

El criterio de la/el enfermera/o que realizan el triaje es tenido en cuenta normalmente, por el resto de los profesionales del SU (16). Cuenta, siempre o casi siempre, con el apoyo de las/los demás enfermeras/os, de la supervisora de enfermería del SU (16) y normalmente por pacientes y familiares y tan solo a veces o casi nunca por los médicos o coordinadora de urgencias. No se consideran casi nunca menospreciados, intimidados o presionados por los pacientes.

Más de la mitad de las/os enfermeras/os consideran que el sistema de triaje utilizado actualmente en el SUH estudiado garantiza una mejor asistencia a los pacientes más urgentes, es fiable y útil para garantizar casi siempre o siempre la calidad del SUH (21) y tan

solo un 34,6% de las/los enfermeras/os lo cambiarían (30), aunque apuntan moderada validez en las urgencias pediátricas, coincidiendo con los estudios realizados por Sotoca Covalada R (18).

La ausencia de 4 dossier/informes de triaje, en las historias clínicas revisadas, supone una pérdida de información. Las cifras son inferiores a las obtenidas en el estudio realizado en el año 2005 (16) en el SUH estudiado.

En las 218 historias clínicas analizadas se pudo comprobar, que en el dossier/informe de triaje, la cumplimentación de la identificación del paciente, el motivo de consulta, el código de priorización, las alergias, la zona de atención y el código de la/el enfermera/o que realizó el triaje del paciente es buena y bastante superior a la obtenida en la bibliografía revisada (33,34). La valoración y priorización que realiza enfermería en la u. de triaje condicionará muchas veces las actuaciones posteriores en urgencias (35).

Merece la pena destacar que en el 100% de los pacientes coincide la valoración inicial realizada por enfermería en el dossier/informe de triaje con el diagnóstico médico al alta, reflejado en el informe médico de urgencias (36).

El factor tiempo, en sus dos facetas, es un indicador de calidad o funcionamiento del triaje en los SUH. El tiempo de primera atención o tiempo desde la llegada del paciente al SU hasta el momento en que se inicia el triaje (admisión-triaje), en el (73,9%) de los pacientes había sido de 0-10', no alcanzando los estándares de calidad establecidos (85%<10'), como sucede en otros estudios analizados (36-38), pero es aceptable. En el SU la afluencia discontinua y no programada, implica la coincidencia en el tiempo de diferentes pacientes que consultan simultáneamente, válidos, en camilla, solos o acompañados, con documentación o sin ella, influyendo en el incremento del tiempo de primera atención.

El tiempo de triaje a primera atención médica o tiempo de espera para ser visitado por el médico, se aproxima a los estándares de calidad establecidos (38). Mientras que un 97,7% de los pacientes habían esperado para ser vistos por el médico tras el triaje un tiempo < de 2 horas y un 100% habían esperado < 4 horas, según marcaban los estándares de calidad (90% y 100%). También pudo observarse que el tiempo de triaje a primera atención médica, se había cumplimentado según el código de priorización del dossier/informe de triaje (ROJO...0, NARANJA...10', AMARILLO... 60', VERDE...120', Azul... 240') tan solo en el 68,8% de los pacientes, resultando inferior al obtenido en otros estudios revisados (39). Sobre él inciden los requerimientos de la propia labor médica y los recursos humanos disponibles, el equipamiento y la organización interna del Servicio. Sería interesante en un futuro hacer hincapié acerca de este aspecto de la práctica médica para intentar mejorarlo.

Es importante para que el sistema de triaje funcione y se obtengan los resultados esperados, que el ciudadano esté informado de la existencia del triaje en los SU y que conozca que el objetivo del mismo no es la disminución de los tiempos de espera, sino mejorar la asistencia en dichos servicios gestionando la afluencia de los pacientes con el fin de ser atendidos por orden de gravedad y no de llegada (40).

La calidad en la cumplimentación tanto del dossier/informe de triaje (93,78±8,06), como del motivo de consulta (dolor torácico/disnea) según diagrama de flujo (dolor torácico, disnea y disnea en niños) (87,50±12,52), según tiempo de triaje a primera atención médica (78,61±23,28), según fase de cierre (diagnóstico médico) (93,80±6,26), ha sido buena y coincide con la obtenida en otros estudios (37,41). En cuanto al índice de calidad global, alcanza un valor (88,42±12,53) alto, teniendo en cuenta que el estándar de cumplimentación establecido estaba en 100, y bastante parecido al obtenido en el estudio realizado en el 2005 en la unidad (16).

Los profesionales sanitarios del SUH estudiado consideran útil la herramienta de "Triage Manchester", para ser utilizada en el SU, pero no están demasiado contentos con la forma en que se realiza. Las/os enfermeras/os que trabajan en la unidad de triaje del SUH analizado tienen una actitud muy positiva hacia el triaje, que utilizan actualmente, confiesan que les gusta su trabajo porque es diferente que en el resto de las unidades del SU, es dinámico, les permite estar alerta todo el tiempo, desarrollar sus habilidades, su experiencia, su formación, porque tienen una relación directa con el paciente y su familia, porque tienen en ella independencia y capacidad de tomar decisiones. La presión asistencial en la que trabajan en la unidad de triaje, la sobrecarga de trabajo que supone triar al paciente al mismo tiempo que reciben ambulancias, teléfono,... y las condiciones de la unidad, son barreras importantes para la realización del triaje, pero son más de 20 años de experiencia en "traje" en hospitales los que avalan a los profesionales de enfermería, con unas aptitudes, habilidades comunicativas con el paciente y su familia, con una empatía y claridad de juicio clínico, en su capacidad de resolución ante situaciones conflictivas y extremas en niños, adultos y ancianos (16).

En cuanto a la documentación analizada, se ve que enfermería cuida bastante la cumplimentación del dossier/informe de triaje, siguiendo fielmente los diagramas de flujo evaluado y los criterios de valoración establecidos, conocedores de que es la fuente de información relacionada con la atención que ha proporcionado al paciente en la u. de triaje y que su actuación en dicha unidad condicionará muchas veces las actuaciones posteriores en el SUH estudiado.

Aunque la calidad en la actividad del triaje en el Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes, según los indicadores de estructura y de proceso analizados, resulta ser bastante buena, pero determinadas intervenciones ayudarían a mejorar la satisfacción de los profesionales sanitarios, así como la calidad asistencial ofrecida en el Servicio: Una dotación adecuada de recursos humanos cualificados para la unidad de triaje, mayor reconocimiento profesional por parte de los superiores, de los demás profesionales del SU, del paciente y su familia, formación continuada en "Triage Manchester" (MTS), para el personal de enfermería, mejora de las instalaciones, mejora del tiempo de 1ª atención o tiempo transcurrido desde la llegada del paciente al SUH hasta el momento en que se inicia el triaje, mejora del tiempo de triaje a 1ª atención médica o tiempo transcurrido desde que el paciente es triado hasta que recibe atención médica, evaluación periódica de la satisfacción de los pacientes y de los profesionales sanitarios que trabajan en el SU, valoración sistemática de la cumplimentación del dossier/informe de triaje, según diagramas de flujo y según los criterios de valoración, así como la comunicación posterior de los resultados a los profesionales de enfermería (feed-back), revisiones periódicas del "Sistema de Triage Manchester" Manual de enfermería para la u. de clasificación o triaje", por parte de un grupo de trabajo creado en el SU y comunicación posterior de los resultados de las auditorías y por último sería un gran estímulo para los profesionales sanitarios recibir algún tipo de incentivo, como días de formación, en jornadas, congresos, cursos y compensación económica.

		TOTAL	MÉDICOS	ENFERMERAS/OS
EDAD	20-34 años	3,1%	5,2%	----
	35-45	29,7%	31,6%	26,9%
	> 45	67,2%	63,2%	73,1%
SEXO	Hombre	29,7%	44,7%	7,7%
	Mujer	70,3%	55,3%	92,3%
PROFESIÓN	MÉDICOS		59,4%	---
	ENFERMERAS/OS		--	40,6%
ESTADO CIVIL	Casada/o o pareja	71,8%	78,9%	61,6%
	Sotera/o	14,1%	10,6%	19,2%
	Separada/o	14,1%	19,5%	19,2%
TIPO DE CONTRATO	Fijo	76,1%	73,7%	80,8%
	Eventual Interino	20,3%	26,3%	19,2%
AÑOS DE EJERCICIO	0-4 años	3,1%	5,3%	----
	5-12	6,3%	7,9%	3,8%
	>12	90,6%	86,8%	96,2%
ANTIGÜEDAD EN EL SU	0-4 años	14,1%	18,4%	7,7%
	5-12	26,5%	18,4%	38,5%
	>12	59,4%	63,2%	53,8%
HORARIO DE TRABAJO	1 turno	1,6%	2,6%	---
	2 turnos	7,8%	13,2%	---
	3 turnos	40,6%	---	100%
	Guardias 24 h y/o 2-3 turnos	50%	84,2%	----
¿HA EXPERIMENTADO BAJA LABORAL EN EL ÚLTIMO AÑO?	SI	26,6%	21,1%	34,6%
	NO	73,4%	78,9%	65,4%
CAUSAS DE LA BAJA LABORAL	FÍSICAS	25%	23,7%	26,9%
	PSÍQUICAS	1,6%	----	3,8%
	NS/NC	70,3%	76,3%	61,5%
	FÍSICAS Y/O PSÍQUICAS	3,1%	-----	7,7%
FORMACIÓN EN "TRIAJE MANCHESTER"		100%	-----	100%

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

	MÉDICOS		ENFERMERAS/OS		TOTALES	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Conoce las funciones del triaje en Urgencias	100%	---	100%	----	100%	---
Está de acuerdo con que el triaje lo realice una/un enfermera/o	68,4%	31,6%	92,3%	7,7%	78,1%	22,66%
Piensa que el triaje es una tarea para ser realizada por un médico	47,4%	52,6%	15,4%	84,6%	34,44%	65,6%
Cree que el triaje debería ser compartido por ambos profesionales (médico y/o enfermera/o)	73,7%	26,3%	36,4%	65,4%	57,8%	42,2%
Está de acuerdo con la forma como se realiza la labor de triaje en el SUH analizado	13,2%	86,8%	50%	50%	92,1%	7,9%
Cree que el usuario se ha beneficiado de la puesta en marcha del "Triage Manchester" en el SU del Hospital	47,4%	52,6%	73,1%	26,9%	57,84%	42,2%
Le genera o generaría algún tipo de tensión o ansiedad el desempeño de la labor de triaje	26,3%	73,7%	53,8%	46,2%	40,05%	59,95%
Piensa que la implantación del "Triage Manchester" ha facilitado un mejor seguimiento de los tiempos de espera en el SU	57,9%	42,1%	69,2%	30,8%	62,5%	33,5%
Las características que debería cumplir una /un enfermera/o para realizar la labor de triaje.....						
Un mínimo de 1 año de experiencia en urgencias.		4		2		5
Formación general en urgencias específica en triaje		2		1		7
Agilidad mental, dinamismo y capacidad de decisión		3		3		4
Habilidades interpersonales y de comunicación		6		4		2
Capacidad de trabajo en equipo		5		5		3
Capacidad de priorización y organización, así como flexibilidad ante los cambios		1		2		6

Tabla 2. ACTITUD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS ANALIZADOS HACIA EL "TRIAJE MANCHESTER"

	SIEMPRE/CASI SIEMPRE	NORMAL MENTE	A VECES/CASI NUNCA	NS/NC
Consideras que el criterio de la/el enfermera/o de triaje es tenido en cuenta?	19,23%	61,53%	15,38%	---
Los pacientes son atendidos por el médico según el nivel de prioridad y motivo de consulta establecidos en el triaje?	46,15%	46,15%	7,70%	---
El sistema de triaje utilizado actualmente garantiza una mejor asistencia a los pacientes más urgentes?	69,23%	19,23%	11,54%	----
Realizas reevaluaciones cuando el paciente supera los tiempos máximos de espera recomendados para la asistencia médica?	----	7,70%	88,46%	3,84%
Te consideras menospreciado, intimidado, presionado por los pacientes?	3,84%	7,70%	88,46%	----
Consideras fiable el sistema de triaje utilizado actualmente en el SU (rinde los mismos resultados independientemente de quién realice el triaje)?	22,07%	34,63%	42,30%	----
Piensas que el "Triage Manchester" es útil para garantizar la calidad del Servicio de Urgencias?	42,30%	23,08%	30,78%	3,84%
Consideras el "Triage Manchester" como una herramienta útil en el SUH estudiado?	53,84%	15,39%	26,93%	3,84%
Piensas que todo el mundo cree en la importancia del triaje?	11,53%	26,94%	61,53%	---
Consideras válido el sistema de triaje, utilizado en el SU (asigna el nivel de prioridad a los pacientes que están en ese nivel)?	50%	38,46%	11,54%	----
Existe un apoyo /respeto al profesional que realiza el triaje por parte de las Enfermeras/os.....	42,30%	34,61%	23,09%	-----
Existe un apoyo /respeto al profesional que realiza el triaje por parte de los Médicos.....	3,84%	26,94%	65,38%	3,84%
Existe un apoyo /respeto al profesional que realiza el triaje por parte de la Supervisora.....	73,07%	19,23%	7,7%	-----
Existe un apoyo /respeto al profesional que realiza el triaje por parte de la Coordinadora.....	23,09%	19,23%	34,61%	23,07%
Existe un apoyo /respeto al profesional que realiza el triaje por parte de los Pacientes/familiares.....	19,26%	42,30%	26,91%	11,53%
	SI	NO	NS/NC	
Cambiarías el sistema de triaje utilizado actualmente en el SUH analizado	34,61%	46,16%	19,23%	

Tabla 3. SITUACIÓN DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA QUE REALIZA LA FUNCIÓN DE TRIAJE

Factores o Dimensiones	TOTALES	MÉDICOS	ENFERMERAS/OS
1. Satisfacción por el trabajo	3,50±0,46	3,55±0,59	3,42±0,4
2. Tensión relacionada con el trabajo	3,05±0,49	2,96±0,49	3,20±0,52
3. Competencia profesional	3,38±0,72	3,42±0,70	3,30±0,70
4. Presión en el trabajo	2,28±0,81	2,25±0,76	2,34±0,90
5. Promoción profesional	3,45±0,58	3,43±0,58	3,47±0,59
6. Relación interpersonal con sus jefes	2,78±0,89	2,81±0,81	2,73±1,02
7. Relación interpersonal con sus compañeros	2,62±0,91	2,47±0,82	2,84±1,00
8. Características extrínsecas del estatus	3,10±0,69	2,84±0,70	3,48±0,47
9. Monotonía laboral	3,0±0,75	2,93±0,78	3,32±0,64
SATISFACCIÓN GLOBAL MEDIA	3,02±0,29	2,96±0,30	3,12±0,26

Tabla 4. FACTORES O DIMENSIONES DE LA SATISFACCIÓN LABORAL EN LOS PROFESIONALES ANALIZADOS

	Media +DS
1. Mi actual trabajo en el Hospital es el mismo todos los días, no varía nunca	3,44±1,19
2. Creo que tengo poca responsabilidad en mi trabajo en el Hospital	4,38±0,91
3. Al final de la jornada de un día de trabajo corriente y normal me suelo encontrar muy cansada/o	2±1,00
4. Con bastante frecuencia me he sorprendido fuera del Hospital pensando en cuestiones relacionadas con mi trabajo	2,28±1,22
5. Muy pocas veces me he visto obligada/o a emplear "a tope" toda mi energía y capacidad para realizar mi trabajo	3,81±1,09
6. Muy pocas veces mi trabajo en el Hospital perturba mi estado de ánimo, o a mi salud o a mis horas de sueño	3,75±1,35
7. En mi trabajo me encuentro muy satisfecha/o	3,17±1,01
8. Para organizar el trabajo que realizo, según mi puesto concreto o categoría profesional tengo poca independencia	2,58±0,92
9. Tengo pocas oportunidades para aprender a hacer cosas nuevas	2,73±1,06
10. Tengo muy poco interés por las cosas que realizo en mi trabajo	4,22±1
11. Tengo la sensación de que lo que estoy haciendo no vale la pena	3,88±1,12
12. Generalmente el reconocimiento que obtengo por mi trabajo es muy reconfortante	3,58±1,12
13. La relación con mis superiores (supervisora/ coordinadora) es muy cordial	2,55±1,11
14. Las relaciones con los compañeros son muy cordiales	2,61±0,91
15. El sueldo que percibo es muy adecuado	3,64±1,16
16. Estoy convencida/o que el puesto de trabajo que ocupo es el que me corresponde por capacidad y preparación	2,77±1,13
17. Tengo muchas posibilidades de promoción profesional	4,05±1,11
18. Con frecuencia tengo la sensación de que me falta tiempo para realizar mi trabajo	2,16±1,02
19. Estoy segura/o de conocer lo que se espera de mi en el trabajo, por parte de mis superiores (supervisora/coordinadora)	3,09±1,06
20. Creo que mi trabajo es excesivo, no doy abasto con las cosas que hay que hacer	2,39±0,90
21. Los problemas personales de mis compañeras/os de trabajo, habitualmente me suelen afectar	2,86±0,92
22. Con frecuencia tengo la sensación de no estar capacitada para realizar mi trabajo	4±0,99
23. Con frecuencia siento no tener recursos suficientes para hacer mi trabajo tan bien como sería deseable	2,55±1,11
24. Con frecuencia la competitividad, o el estar a la altura de los demás, en mi puesto de trabajo me causa estrés o tensión	3,61±1,09

Tabla 5. ITEMS DE SATISFACCIÓN LABORAL

(1) P<0,05

	RECR	TENF	BUSUA	SAT
CPROF	9,7 (1)	5,15 (1)	4,18 (1)	
ANT	10,56 (1)		7,15 (1)	
TCON				6,74 (1)

CPROF: Categoría profesional; ANT: Antigüedad; TCON: Tipo de contrato; RECR: El reconocimiento que se obtiene por el trabajo es muy reconfortante; TENF: Estar de acuerdo con que el triaje lo realiza una/un enfermera/o; BUSUA: Creer que el usuario se ha beneficiado de la puesta en marcha del "Triage Manchester" en el SU; SAT: En mi trabajo me encuentro muy satisfecho;

Tabla 6 . SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

	H17	H18	H19
H3	15.38 (2)	27.95 (3)	
H4			23.98 (3)

(2) p<0,01; (3) p<0,001
H3=Color del código de priorización; H17=Tiempo triaje a 1ª atención médica
H18=Destino del paciente; H4: Unidad de atención; H19= Cumplimentación del diagrama de flujo según tiempo de triaje a primera atención médica

Tabla 7. SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA

EL DOSSIER/INFORME DE TRIAJE	EL INFORME MÉDICO DE URGENCIAS
- Identificación: 100% - Código de priorización: 100%: N: 46,3% A: 43,1% V: 10,1% AZUL: 0,5% - Hora de llegada: 100% - Tiempo de primera atención: 100% <10': 73,9% >10': 26,1% - Motivo de consulta: 100% Dolor torácico: 84,9% Disnea: 15,1% Unidad de atención: U. de Naranjas: 47,3% U. Amarillos: 41,3% U. Ambulante: 9,2% U. Pediatría: 1,8% - Antecedentes de interés: Dolor torácico: 42,7% Disnea: 6,9% No tiene: 0,5% No se sabe: 50% - Alergias: 94% - Código Enfermera/o: 100%	- Pruebas diagnósticas realizadas: 98,6% de los pacientes. - Diagnóstico final: Disnea- 15,1% D. torácico- 84,9% - Destino final del paciente: Alta-78% Ingreso-7,8% Boxes de observación-14,2% - Hora de 1ª atención médica : Tiempo de triaje a 1ª atención médica: 53,2%: 11-60' 2,3%: >120' 37,2%: <10' 7,3%: 61-120' - Los tiempos de primera atención médica, según códigos de priorización (ROJO... 0, NARANJA... 10', AMARILLO... 60', VERDE... 120' y Azul... 240'), se siguen en 150 informes médicos de urgencias (68,8%)

ANEXO 1 INFORMACIÓN CONTENIDA EN....

VI-P=Cumplimentación del dossier/informe de triaje: identificación, código, hora de llegada, tiempo de 1ª atención, motivo de consulta, unidad de atención, antecedentes de interés, alergias, código de la/el enfermera/o; MC/P=Cumplimentación del dolor torácico/disnea según diagrama de flujo: Tipo de motivo de consulta, tipo de antecedentes, color del código de triaje, unidad de atención; MC/T=Cumplimentación del diagrama de flujo de dolor torácico/disnea en niños, según el tiempo de triaje a 1ª atención médica: Tipo de motivo de consulta, tipo de antecedentes, color del código, unidad de atención, tiempo de triaje a 1ª atención médica; MC/FC=Cumplimentación del diagrama de flujo de dolor torácico/disnea en niños, según fase de cierre (diagnóstico médico): Tipo de motivo de consulta, tipo de antecedentes, color del código, unidad de atención, diagnóstico médico al alta; ICG=Índice de calidad global :media aritmética de todos los índices de calidad

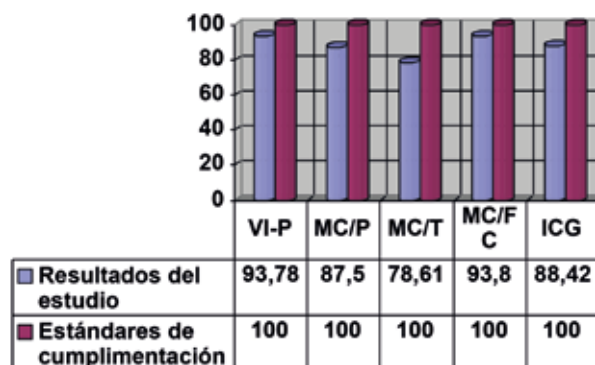


Figura 1. CUMPLIMENTACIÓN DEL DOSSIER /INFORME DE TRIAJE Y DEL INFORME MÉDICO DE URGENCIAS, SEGÚN LOS CRITERIOS DE VALORACIÓN Y SEGÚN LOS TRES DIAGRAMAS DE FLUJO EVALUADOS (DISNEA, DOLOR TORÁCICO Y DISNEA EN NIÑOS)

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Serrano Benavente RA. Sistemas de triaje en urgencias generales. Proyecto final del Curso de experto Universitario en Medicina de Urgencias y Emergencias. Ed electrónico. Universidad Internacional de Andalucía. 2014.
- (2) Gómez Jiménez J, Torres Trillo M, López Pérez J, Jiménez Murillo L. Sistema Español de Triage (SET). Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Edicomplet. Madrid 2004.
- (3) Mackway-Jones K, Blanco Ramos MA, Caeiro Rey JR, Pascual Clemente FA. Triage de urgencias hospitalarias. Grupo de Triage Manchester. Ourense. 2005.
- (4) Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triage estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15: 165-74.
- (5) Álvarez Baza MC. El triage en los servicios de urgencias hospitalarios: papel de la enfermera. *Enfermería Clínica*, 2001; 11(5): 230-8.
- (6) Molina Álvarez RA, Zavala Suárez E. Conocimiento de la guía práctica clínica de triaje por personal de enfermería. *Rev. Conamed* 2014; 19(1): 11-16.
- (7) Soler W, Gómez Muñoz M, Bragulat E, Álvarez A. El triaje: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. *An Sist. Sanit. Navar* 2010, vol 33. Suplemento 1: 55-65.
- (8) Salmerón JM, Jiménez L, Miró O, Sanchez M. Análisis de la efectividad y seguridad de la derivación sin visita médica desde el triaje del servicio de urgencias hospitalarias por personal de enfermería acreditado utilizando el Programa de Ayuda al Triage del Sistema Español de Triage. *Emergencias* 2011; 23: 346-355.
- (9) Enfermeras/os del SUH analizado Manual de funcionamiento de enfermería para la unidad de clasificación o triage del Servicio de Urgencias de un Hospital de 2º nivel. 2009.
- (10) Jiménez Jiménez M. Sistema de Triage de Urgencias Hospitalarias Manchester. Manual visual de la aplicación para nuevos usuarios.
- (11) Álvarez Baza MC. Satisfacción laboral en los profesionales de la salud de un servicio de urgencias. *Granate* 91. 1997; 11: 65-80.
- (12) Álvarez Baza MC. Evaluación de los criterios satisfacción del cliente/paciente y satisfacción del personal/profesional. *Rev. Calidad Asistencial* 2007; 22(5): 227-33.
- (13) González Rodríguez EM, Gutiérrez Benito A, Molina Raya L, Otero Romero M, Posa Val V. Pasado, presente y futuro. Los diferentes sistemas de triaje, hacia un triaje enfermero como futuro para la gestión de los servicios de urgencias. Trabajo fin de curso de master de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería Sant Matrona de Fundación "La Caixa". 2008.
- (14) Velandia Escobar ML. Triage de urgencia. [http:// www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria/5102-triage.htm](http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria/5102-triage.htm).
- (15) Aranaz J, Mira J. Cuestionario Font Roja. *Todo Hospital* 1988. 52: 1963-66.
- (16) Álvarez Baza MC. Evaluación de la calidad en la actividad del triage en un servicio de urgencias hospitalarias. *Revista Científica HYGIA de Enfermería* 2008; 68: 5-15
- (17) Fernández Durán NA. Evaluación del impacto tras la implantación del triaje de adulto gestionado por enfermería de urgencias. XIII Encuentro Internacional de Investigación de Enfermería 2009.
- (18) Sotoca Covalada R. El triaje de urgencias en pediatría ¿qué tan bien separa el grano de la paja?. *Biblioteca Cochtane Plus*. 2013; numero 12. ISSN 1745-9990.
- (19) Iriarte Cerdán L. Factores que influyen en la satisfacción laboral de enfermería en el Complejo Hospitalario de Navarra. Memoria del trabajo fin de Master Universitario en Investigación en Ciencias de la Salud, en la Universidad Pública de Navarra 2013.
- (20) Martínez Lara C, Praena Fernández JM, Gil García E. Satisfacción laboral de los profesionales de enfermería en las unidades de Gestión Clínica. *Rev. Rol Enf.* 2013; 36(1): 33-38.
- (21) García González RF, Gago Fornells M, García Villalpando A, Rodríguez Palma M, Gaztelu Valdés V, Guerrero Espejo J. Visión de la enfermería de urgencias hospitalarias ante la herramienta de triage. *Emergencias* 2003; 15: 28-32.
- (22) Corujo Fontes, Molina Orosio J. Triage hospitalario ¿intervención enfermería independiente?. *Rev ROL Enfermería* 2014;37(3): 176-180.
- (23) Pascual Fdez MC, Ignacio-Cerro MC, Jiménez-Carrasco MA. Evaluación de los triajes realizados en una unidad de urgencias infantil de un hospital terciario. *Rev. Rol Enferm.* 2014; 37(3): 182-187.
- (24) Ayuso Raya MC, Pérez López N, Simarro Herráez MJ, Escobar Rabadán F. Valoración de un proyecto de triage de urgencias por enfermería en atención primaria. *Rev. Clin MED fam* 2013; 6(3): 144-151.
- (25) Parrilla Ruiz FM, Cárdenas Cruz DP, Vargas Ortega DA, Parrilla Ruiz EI, Díaz Castellanos MA, Cárdenas Cruz A.; Triage en urgencias: Facultativo versus enfermería. *Emergencias* 2003; 15: 148-51.
- (26) Del Castillo Arévalo F, Losada García A, Salido González M, García García M, Fernández Prieto T, Blanco Gutiérrez ML. Satisfacción de los profesionales tras la implantación de un protocolo de triaje en un área de Atención Primaria.
- (27) Mañas Bernad A. Evaluación del triaje en los Servicios de Urgencias del Hospital Obispo Polanco de Teruel. Trabajo fin de grado. Escuela Universitaria de Enfermería de Teruel 2013. Universidad de Zaragoza.
- (28) Juárez Ruiz JL. Estudio de la motivación y satisfacción en los profesionales de enfermería y auxiliares de enfermería, en el Hospital Comarcal de Úbeda. "San Juan de la Cruz". Biblioteca Las Casas 2007: http://www.index-f.com/las-casas/documento/lc_0216.php.
- (29) Pérez-Ciordia I, Gullén-Grima F, Brugos Larumbe A, Aguinaga Ontoso I, Fernández Martínez C. Validación de un cuestionario de mejora de la satisfacción labor (CMSL) en profesionales de atención primaria. *An Sist. Sanit. Navar* 2012. Vol 35, nº3 septiembre-diciembre.
- (30) Sánchez Bermejo R, Cortés-Fradique C, Rincón-Fraile B, Fernández Centeno E, Peña Cueva S, De las Heras Castro. El triaje en urgencias en los hospitales españoles. *Emergencias* 2013; 25: 66-70.
- (31) González Álvarez L, Guevara Sotomayor E, Morales Figueroa G., Segura Hernández P, Luengo Martínez C. Relación de la Satisfacción Laboral con estilos de liderazgo en enfermeros de hospitales públicos. Santiago, Chile. *Ciencia y Enfermería XIX* (1):11-21, 2013. Versión On-Line ISSN 0717-9553.
- (32) Álvarez Baza MC. Motivación laboral en un servicio de urgencias hospitalario. *Enfermería Clínica* 2003; 13(1): 16-25.
- (33) Bilbao I, Idígoras I, López A, Nieves B, Basabe J.; Nueve años de experiencia en triage. *Revista Oñarri* 2001 mar. 26:8-14.
- (34) Díaz González EP, Concheiro Guisán A, Luaces Cubells C, García García J, Gelabert Colome G. Evaluación y control de calidad asistencial en un servicio de urgencias pediátrico. *Emergencias* 2001; 13: 98-101.
- (35) Gómez Jiménez J. Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias: Hacia un modelo de triage estructurado de urgencias y emergencias. *Emergencias* 2003; 15: 165-74.
- (36) Gavalda Espalta E, Irigoyen García MT, Monllao Villalobos D, Llorens Insa E. El dolor torácico: papel del triage de enfermería. Libro de Comunicaciones del XVIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias. Madrid. 2006.
- (37) Álvarez Baza MC. La administración de los medicamentos en un Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH). *Revista Hygia de Enfermería* 2006, nº 62: 14-21.
- (38) Gómez Jiménez J, Faura J, Burgues L, Pámiés S. Gestión Clínica de un Servicio de Urgencias Hospitalario: indicadores de calidad, benchmarking y análisis de la casuística (case- mix). *Gestión Hospitalaria* 2004; 15(1): 3-12.
- (39) García M M. Estudio de triaje en un Servicio de Urgencias Hospitalario. *Rev. enferm Cy L*, vol 5, nº 1. 2013.
- (40) Musarra Expósito MS. El triage de enfermería de urgencias: presente y futuro. Experiencias internacionales. <http://www.salud y cuidados.net/> número 4/ musarra.htm >ISSN 1578-9128.
- (41) Aranguren E, Capel JA, Solano M, Jean Louis C, Larumbe JC, Elejalda JL. Estudio de la validez pronóstica de la recepción, acogida y clasificación de pacientes en el área de urgencias en un hospital terciario. http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol_28/n2/orig1.html.

CASO CLÍNICO: ACTUACIÓN ANTE UN CASO DE HEPATOPATÍA CRÓNICA

CLINICAL CASE: NURSING INTERVENTION IN A CASE OF CHRONIC LIVER DISEASE

- CRISTINA CAMPOS MÁRQUEZ. GRADUADA EN ENFERMERÍA.
- MACARENA ROMERO MARTÍN. DIPLOMADA EN ENFERMERÍA, CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA CRUZ ROJA, UNIVERSIDAD DE SEVILLA.
- JOSÉ ANTONIO PONCE BLANDÓN. DIPLOMADO EN ENFERMERÍA, CENTRO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA CRUZ ROJA, UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

RESUMEN: La cirrosis hepática es una patología crónica del hígado que destruye el tejido hepático y la vascularización del mismo. Es frecuente sobre todo en personas menores de 65 años pertenecientes a la población activa. Se estima que la mortalidad está entre el 30% y 60% aproximadamente. Es asintomática hasta que empiezan a aparecer las complicaciones características de la cirrosis.

En este caso, se ha elaborado un proceso de atención de enfermería para una persona pluripatológica de 76 años que ha debutado con una hepatopatía crónica y cirrosis hepática hace varios meses, y debido al deterioro físico ocasionado por la enfermedad presenta muchas limitaciones para la realización de sus Actividades de la Vida Diaria (AVD). Por este motivo el plan de cuidados planteado está enfocado a los autocuidados y la movilidad por las dificultades que presenta, dirigiendo la actuación enfermera a la autonomía del individuo contando con la cuidadora principal.

PALABRAS CLAVE: Cuidados de enfermería, Proceso de enfermería, Cirrosis hepática, Enfermedad hepática.

ABSTRACT: Liver cirrhosis is a chronic liver disease in which tissues and vascularisation are destroyed. It occurs mainly in people under 65 (labour force). It is estimated that the mortality is between 30% and 60% approximately. It is an asymptomatic disease until complications of cirrhosis appear.

In this case we have developed a process of nursing care for a patient of 76 years old who has debuted with a chronic liver disease and cirrhosis several months ago. Due to his physical deterioration caused by the disease, the patient has many limitations for his Activities of Daily Living (ADL). For this reason the proposed care plan is focused on self-care and the lack of mobility that the patient is suffering. The care plan will be delivered counting on the main caregiver.

KEYWORDS: Nursing Care, Nursing Process, Liver cirrhosis, Liver disease.

INTRODUCCIÓN

El Proceso Enfermero (PE) es un instrumento de atención de enfermería conocido a nivel mundial que se utiliza para ofrecer un cuidado sistemático bajo una visión holística a las necesidades que tienen las personas en materia de salud. Gracias a la utilización del PE, el profesional de enfermería puede tomar decisiones sobre los cuidados que ofrece, confiriendo a la atención enfermera un carácter más científico¹.

La enfermería, según Virginia Henderson, tiene como función ayudar a las personas sanas o enfermas en las actividades que favorecen su salud, recuperación o conducen a una muerte tranquila, las cuales harían sin ayuda si tuvieran la fuerza, el conocimiento o la voluntad requerida para ello. Esto significa que la enfermería se encarga de ayudar a las personas en distintos momentos de la vida (enfermedad, infancia, senectud) a que sean independientes favoreciendo el autocuidado por parte de los mismos². Henderson identificó 14 necesidades básicas que ayudan al ser humano a garantizar su bienestar y conservar su vida. Es responsabilidad de Enfermería ayudar o suplir al individuo en la realización de actividades encaminadas a satisfacer estas necesidades, alcanzando así la independencia³.

La cirrosis es la formación de nódulos que se rodean de bandas fibrosas debido a una lesión hepática crónica que puede llevar a la hipertensión portal y la enfermedad hepática. Por tanto la cirrosis hepática es una patología crónica del hígado en la que se destruyen los tejidos y la estructura vascular del mismo, es decir, el hígado se endurece y se encoge cambiando su estructura⁴. Se trata de una enfermedad crónica e invariable del hígado que se caracteriza por la presencia de fibrosis y de nódulos que alteran la vascularización

del hígado, con pronóstico grave⁵. Las causas más frecuentes de la cirrosis hepática son el consumo de alcohol (alcoholismo) y la enfermedad viral crónica. Otras causas son las enfermedades hepáticas autoinmunes, las enfermedades metabólicas y la esteatosis hepática no alcohólica⁶. La cirrosis es una enfermedad asintomática hasta que empiezan a aparecer las complicaciones. Muchos de las personas que la padecen no son diagnosticados a tiempo ni llegan a tiempo para la asistencia clínica. El diagnóstico se realiza por radiología, pruebas serológicas (detección de transaminasas) y biopsia hepática⁴. El tratamiento de la cirrosis consiste en terapias de apoyo para la abstinencia, tratamiento nutricional puesto que estos pacientes tienen deficiencias de vitaminas, ácido fólico etc y necesitan suplementos alimenticios. Y por último, el trasplante de hígado que es el único tratamiento definitivo para la cirrosis hepática⁷.

La cirrosis hepática supone un 8-20% de la población alcohólica y el riesgo de esta enfermedad depende de varios factores como son la cantidad de alcohol consumido, el tiempo que la persona haya bebido y factores étnicos. Las personas con cirrosis tienen mal pronóstico y se estima que la mortalidad está entre el 30% y el 60% aproximadamente⁸. La cirrosis hepática es frecuente en personas que pertenecen a la población activa menores de 65 años donde se ha incrementado el índice de mortalidad, aunque también aparece en ancianos mayores de los 65 años. En Reino Unido representa la tercera causa de muerte prematura entre las personas en edad de trabajar. La cirrosis hepática y el resto de enfermedades relacionadas con el alcohol suponen un gasto económico importante por la atención sanitaria que requieren estos pacientes. Por estos motivos es necesario proponer intervenciones eficaces para reducir el consumo de alcohol en la

población y realizar un rápido diagnóstico de la enfermedad para poder actuar antes que la enfermedad avance demasiado y de ese modo conseguir reducir la mortalidad⁹.

Las complicaciones más relevantes de la cirrosis hepática son: ascitis, síndrome hepatorenal, hemorragia digestiva alta (por varices esofágicas), miocardiopatía y carcinoma hepático o hepatocarcinoma¹⁰. Todas estas complicaciones potenciales hacen necesaria una gran demanda asistencial por parte del paciente y frecuentes reingresos. Además la cirrosis hepática ocasiona tal deterioro físico como psicológico, que los pacientes necesitan ayuda para la realización de los autocuidados porque pierden la capacidad para hacer las cosas por sí solos. Los enfermos cirróticos se caracterizan por necesitar un cuidador principal que conozca y lleve a cabo los cuidados pertinentes para de ese modo evitar la aparición de las complicaciones anteriormente mencionadas⁵.

Tras consultar en varias bases de datos como son Cuiden Plus, Pubmed y Scopus se han encontrado dos casos clínicos en referencia a la cirrosis hepática. Para realizar dicha búsqueda se han utilizado como palabras clave cirrosis hepática, enfermedad hepática y cirrosis. Se restringió la búsqueda a los últimos cinco años, por tanto se han excluido de la búsqueda todos los artículos que no eran casos clínicos y que no pertenecían al intervalo de tiempo comprendido entre 2010 y 2015.

Uno de los casos identificados versa sobre una persona de 51 años que ha desarrollado una cirrosis hepática debido a su adicción al alcohol desde hace varios años, lo que ha provocado el distanciamiento de su familia, aunque lo apoyan económicamente y se interesan por su estado de salud. Gracias al PE se consiguió una mayor unión entre la persona y su familia, la cual se comprometió en los cuidados del mismo. Se mejoró el equilibrio hídrico, se le explicó su enfermedad tras la recuperación de su estado neurológico y se logró que se interesara por cambiar su estilo de vida¹¹.

Otro artículo describe el PE dirigido a una mujer de 54 años de edad que tiene antecedentes patológicos de cirrosis desde hace 6. Sigue una dieta adecuada y realiza ejercicio físico aunque no sabe muy bien en qué consiste su enfermedad ni comprende lo que le ocurre y tiene incertidumbre sobre el futuro que le espera, puesto que le preocupan sus hijos. A través de este proceso, se logra que el grado de conocimientos sobre su enfermedad fuese mayor y la comprensión de los síntomas debidos a la misma. Este artículo pone de manifiesto la importancia de informar a la persona sobre el estado de la cirrosis hepática porque de ese modo pueden cuidar mejor de sí mismos y el afrontamiento de la enfermedad es mejor¹².

CASO CLÍNICO

Varón de 76 años diagnosticado de hepatopatía crónica y cirrosis hepática enólica hace 9-10 meses aproximadamente. Varios ingresos por ascitis peritoneal con extracción de líquido ascítico mediante paracentesis en tres ocasiones. En su último ingreso se descubrió que tenía varices esofágicas de grado II, hernia de hialo por deslizamiento y gastropatía por hipertensión portal leve. Actualmente está estable aunque tiene muchas limitaciones para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD) por la debilidad y el deterioro físico que padece y también presenta depresión para la cual tiene prescrita medicación.

Antecedentes.

Alergias/ Reacciones adversas a medicamentos: intolerancia al Enantyum. Profesión: jubilado (antes trabajaba en la construcción). Hábitos tóxicos: fuma 3-4 puros diarios. Ex bebedor de cerveza.

Antecedentes patológicos.

Trastorno de la ansiedad generalizada (2004). Hipertensión arterial esencial (actualmente no toma medicación para la hipertensión porque tiene la tensión estabilizada) (2008). Asma. (2008). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (2010).

Síndrome de apnea obstructiva del sueño (2010). Angor inestable Síndrome Coronario Agudo sin elevación del segmento ST (2010). Hiperuricemia (2010). Espondiloartrosis (2010). Lipomatosis mediastínica (2010). Tolerancia alterada a la glucosa (antes, diabetes tipo II) (2010). Artrosis de rodilla (2010). Hepatopatía crónica alcohólica con hipertensión portal y ascitis (2014). Depresión (2014).

Intervenciones quirúrgicas.

Prótesis de cadera reintervenida (2007). Colecistectomía (2011) tras la cual requirió ingresar en unidad de cuidados críticos intensivos (UCI) por shock séptico, se le realizó traqueostomía y ventilación mecánica invasiva. Herniografía umbilical. Faquectomía bilateral (cataratas).

Tratamiento farmacológico.

Omeprazol 20 mg, 1 cápsula/ 24 horas, Plusvent (Salmeterol xinafoato), 2puff/ 12 horas, Spiriva (Tiotropio bromuro), 1 puff/24 horas, Sertralina 50 mg, 1 comprimido/ 24 horas, Uniket retard 50 mg (Mononitrato de Isosorbide), 1 comprimido/ 24 horas, Fero-Gradumet 105 mg (Sulfato ferroso), 1 comprimido/ 24 horas, Espironolactona 25 mg, 1comprimido/ 24 horas, Metamizol si precisa (para el dolor).

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Signos vitales:

Tensión arterial: 130/80 mmHg. Frecuencia cardíaca: 60 lat/min. Talla: 1,77 m. Peso: 80 kg. Índice de masa corporal: 25,54 (sobrepeso).

1. Respirar normalmente.

Manifestaciones de independencia: no presenta expectoración.

Manifestaciones de dependencia: tiene disnea puesto que es asmático y padece apnea del sueño. Concretamente tiene disnea para realizar cualquier tipo de ejercicio grado IV según la "Escala de Disnea-MRC Modificada". Precisa de una CPAP nasal todas las noches para poder respirar mientras duerme y evitar el colapso de las vías respiratorias. Es fumador y fuma entre 3 y 4 puros diarios. No tiene intención de dejarlo lo cual queda reflejado a través del Test de Motivación para dejar de Fumar en el que ha obtenido una puntuación de 0, es decir, que no tiene motivación para abandonar el hábito tabáquico.

Datos a considerar: presenta tos sin expectoración desde hace unos días porque está resfriado (habitualmente no tiene tos).

2. Comer y beber adecuadamente.

Manifestaciones de independencia: no presenta signos de deshidratación. Bebe entre 1-1,5 litros entre agua y otros líquidos, no consume café ni alcohol. Normalmente come en el salón acompañado de su mujer mientras ven la televisión. No tiene ningún tipo de dificultad para mantener un buen control de peso y está de acuerdo con su peso actual. Sigue una dieta hiposódica variada y hace cuatro comidas diarias: desayuno, almuerzo, merienda y cena (aunque a veces añade un poco de sal a las comidas).

Manifestaciones de dependencia: le faltan piezas dentarias por eso tiene una prótesis dental total. Presenta problemas digestivos. En estos últimos meses ha perdido 16 kilos debido a la enfermedad que padece.

Datos a considerar: No tiene problemas de deglución ni de masticación, sin embargo, tritura todas las comidas antes de ingerirlas porque no quiere masticar. No sabe cocinar necesita que su mujer le haga la comida. Dado a sus hábitos relacionados con el consumo de alcohol se le realizó el test "Detección del Consumo de Alcohol- Cuestionario Cage Camuflado" en el que obtuvo una puntuación de 2 lo que quiere decir que no es alcohólico al no haber tenido más de dos respuestas afirmativas en dicho test.

3. Eliminar los desechos corporales.

Manifestaciones de independencia: es continente tanto en la orina como en la defecación. Orina unas 15 veces diarias aproximadamente, la orina es de aspecto normal y la cantidad que excreta a diario es de 2 litros. Heces de aspecto normal, defeca entre 1-2 veces diarias.

Manifestaciones de dependencia: necesita ayuda para evacuar porque se estriña, por lo que, toma 3 sobres de Duphalac a diario. Aunque es continente, no puede ir al baño porque necesita ayuda debido a su equilibrio inestable y utiliza una botella para orinar si no está su mujer para acompañarlo al baño.

Datos a considerar: no se observan

4. Moverse y mantener una postura adecuada.

Manifestaciones de independencia: no tiene dificultad para mover los miembros superiores. Es diestro.

Manifestaciones de dependencia: Presenta equilibrio inestable. Tiene disminución de movimientos porque tiene mucha debilidad muscular y pasa muchas horas sentado. Tiene dificultad para moverse y caminar por lo que tiene que utilizar un andador si se va a desplazar por su casa y la silla de ruedas para salir a la calle, aunque precisa que alguien le empuje la silla porque él sólo no puede al no tener suficiente fuerza. No realiza ejercicio físico, ni ahora por la enfermedad que presenta ni antes de estar enfermo.

Datos a considerar: actualmente está empezando a usar un poco más el andador para caminar por la calle distancias cortas (50-100 metros aproximadamente).

5. Dormir y descansar.

Manifestaciones de independencia: duerme habitualmente 5 horas diarias y duerme siesta de 30 minutos diarios, y con ello consigue un sueño reparador. Es capaz de utilizar técnicas de relajación propias para dormir. Antes de dormirse suele escuchar un rato la radio porque le ayuda a relajarse antes de quedarse dormido. No necesita ningún tipo de ayuda para dormir ni medicación.

Manifestaciones de dependencia: necesita que alguien lo ayude a acostarse porque él sólo no puede levantarse del sofá y necesita que su mujer lo ayude a levantarse e ir a la cama.

Datos a considerar: Tiene dificultades para dormir porque se despierta para orinar varias veces durante la noche (nicturia), lo cual, hace que duerma menos horas.

6. Elegir la ropa adecuada.

Manifestaciones de independencia: es capaz de seleccionar la ropa de acuerdo con la situación. Suele llevar ropa cómoda y adecuada. El calzado que usa normalmente es cerrado con cordones y cómodo.

Manifestaciones de dependencia: No puede vestirse ni desvestirse sólo, necesita que su mujer lo ayude. Es dependiente para vestirse, lo cual, queda claramente reflejado en las escalas que se le han realizado sobre las actividades de la vida diaria, que han sido: la "Escala de Lawton y Brody" en la que ha obtenido 2 puntos, lo que nos indica que es dependiente en las actividades instrumentales de la vida diaria; también se le realizó el "Índice de Katz" en el que obtuvo 4 puntos y esto significa que es dependiente para las actividades de la vida diaria y por último se le hizo el "Índice de Barthel" en el que consiguió 35 puntos y de nuevo significa que el paciente tiene una dependencia severa para la realización de sus actividades de la vida diaria entre las que se encuentra el vestido.

Datos a considerar: su aspecto físico es limpio.

7. Mantener la temperatura corporal.

Manifestaciones de independencia: su temperatura corporal habitual es de 36° C.

Manifestaciones de dependencia: no se observan.

Datos a considerar: normalmente tiene sensación de calor, es decir, es más bien caluroso. En su hogar dispone de estufa

y agua caliente para combatir el frío durante el invierno y aire acondicionado para las épocas de calor. En caso de tener fiebre suele tomar medicación prescrita por su médico y tiende a ponerse más ropa.

8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Manifestaciones de independencia: su piel está normocoloreada, mucosas normocoloreadas y en buen estado general y uñas con buen relleno ungueal. No presenta cianosis ni edemas. Se lava los dientes 1 vez al día y no tiene caries. Se interesa por las medidas higiénicas, él mismo se afeita, se lava los dientes y se peina todos los días. Para hidratar su piel y protegerla utiliza aloe vera a diario

Manifestaciones de dependencia: requiere ayuda para ducharse. Usa prótesis dental. No puede lavarse sólo precisando la ayuda de su mujer, se ducha todos los días por la tarde en su plato ducha en el cual dispone de una alfombra de baño para evitar las caídas y también dispone de asidero para poder entrar. Esta dependencia para el baño queda comprobada a través de las tres escalas mencionadas anteriormente.

Datos a considerar: tiene varices esofágicas de grado II.

9. Evitar los peligros del entorno.

Manifestaciones de independencia: está orientado en todos los aspectos (espacio, tiempo y personas). Acude a revisiones médicas cada vez que le toca (cada 2 meses más o menos) según les vayan dando las citas. Para disminuir el dolor suele tomar metamizol o paracetamol que es lo que tiene prescrito por su médico.

Manifestaciones de dependencia: no sufre caídas con frecuencia porque su mujer está muy pendiente de él y va con él a todas partes para evitar que se caiga, tan sólo se cayó una vez hace dos o tres meses aproximadamente. Requiere que su mujer lo ayude para la mayoría de las actividades, porque no tiene equilibrio, y presenta riesgo de caídas según el test de "Conducta de Prevención de Caídas" por no tener adaptadas las sillas, la cama ni el váter y también por la presencia de barreras arquitectónicas en algunas zonas de la casa que pueden favorecer las caídas del paciente en cuestión. El plan terapéutico prescrito lo cumple parcialmente, puesto que, la medicación la sigue correctamente gracias a su mujer que está muy pendiente de él pero la dieta le cuesta más seguirla. No tiene capacidades para resolver sus propios problemas de salud porque es su mujer la que se encarga de todo desde hablar con el personal sanitario la administración de medicación.

Datos a considerar: es alérgico al Enantyum. Presenta signos de depresión aunque él se niega a admitirlo a pesar de tomar medicación para la misma y refiere tener dolor crónico sobre todo en las piernas. Tras comprobar su calendario de vacunación se observa que tiene puesta la vacuna antitetánica y la antigripal.

10. Comunicarse con los otros.

Manifestaciones de independencia: no tiene ningún tipo de déficit sensorial. Tiene amigos con los que habla a diario porque sale todos los días a la calle para despejarse y no estar todo el día en casa.

Manifestaciones de dependencia: generalmente es capaz de manifestar sus emociones con su mujer sin embargo con otras personas le cuesta más.

Datos a considerar: convive con su mujer habitualmente que es la persona encargada de cuidarlo, aunque sus 4 hijos viven cerca de su casa y los ayudan cuando pueden debido a que todos están trabajando

11. Vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

Manifestaciones de independencia: vive según sus creencias y valores.

Manifestaciones de dependencia: no se observan.

Datos a considerar: refiere no ser de ninguna religión aunque de algún modo cree en Dios y en la Virgen. Su percepción de salud actualmente es buena, en comparación con todo lo que ha vivido en meses anteriores por su enfermedad.

12. Ocuparse de su propia realización.

Manifestaciones de independencia: a pesar de su estado de salud ha cambiado sus hábitos tóxicos de forma parcial, es decir, ha dejado el alcohol pero no deja el tabaco y tampoco tiene intención de hacerlo.

Manifestaciones dependencia: Antes se sentía más útil que ahora porque desde que empezó con sus problemas de salud cada vez puede hacer menos cosas y depende más de los demás, pero tampoco se inútil por completo. A raíz de sus problemas de salud el paciente se encuentra más desanimado y padece depresión según el "Test de Yesavage" en el que obtuvo una puntuación de 7, considerándose depresión a partir de 5 o más respuestas erróneas. No es capaz de dejar el tabaco.

Datos a considerar: está jubilado desde hace varios años.

13. Participar en actividades recreativas.

Manifestaciones de independencia: conoce los recursos disponibles en la comunidad para poder estar más entretenido en su día a día. Considera que es importante dedicar tiempo a sus actividades de ocio para sentirse bien consigo mismo y pasar su tiempo de forma más entretenida, lo cual, le ayuda a no pensar tanto en sus problemas de salud.

Manifestaciones de dependencia: no se observan.

Datos a considerar: Las actividades que le gusta realizar son: ver la televisión, escuchar la radio y salir a la calle.

14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad.

Manifestaciones de independencia: es conocedor de los problemas de salud que padece y refiere no necesitar más información.

Manifestaciones de dependencia: no se interesa por aprender nada, delegando en su mujer. Desconoce para qué sirven los medicamentos que toma (su cuidadora sí porque es la mayormente que se ocupa de su salud). No conoce medidas para mejorar su salud pero tampoco se interesa en conocerlas cuando se le propone puesto que, sabe que su mujer está muy pendiente de él.

Datos a observar: sabe leer y escribir más o menos, lo cual hace que no comprenda ciertas palabras o frases que no pertenezcan al lenguaje común.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

En esta fase se identifican y formulan los diagnósticos enfermeros según la taxonomía de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)¹³ y problemas de colaboración.

- 00085 Deterioro de la movilidad física R/C deterioro músculo-esquelético y disminución de la fuerza muscular M/P inestabilidad postural, disnea de esfuerzo y enlentecimiento del movimiento.
- 00109 Déficit de autocuidado: vestido R/C deterioro músculo-esquelético y debilidad M/P incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior y superior del cuerpo.
- 00108 Déficit de autocuidado: baño R/C debilidad y deterioro músculo-esquelético M/P incapacidad para acceder al cuarto de baño, incapacidad para lavarse el cuerpo e incapacidad para secarse.
- 00062 Riesgo de cansancio de rol del cuidador R/C cantidad de tareas de cuidados, complejidad de los cuidados, falta de actividades recreativas del cuidador y falta de respiro para el cuidador.
- PC: Hemorragia digestiva s/a varices esofágicas.

PLANIFICACIÓN

Este plan de cuidados se ha elaborado utilizando la taxonomía NANDA¹³, Nursing Interventions Classifications (NIC)¹⁴ y Nursing Outcomes Classifications (NOC)¹⁵.

Diagnóstico: 00085 Deterioro de la movilidad física R/C deterioro músculo-esquelético y disminución de la fuerza muscular M/P inestabilidad postural, disnea de esfuerzo y enlentecimiento del movimiento (tabla 1).

Para evitar el riesgo de caídas y mejorar la ambulación hay que informar al individuo sobre el hecho de utilizar un calzado sólido y con suela de goma (antideslizante), puesto que muchas de las caídas de los ancianos se deben al uso de un zapato inadecuado (zapatillas, ir descalzo...) ¹⁶. Por otra parte, los dispositivos de ayuda para caminar (bastones, muletas, sillas de ruedas, andadores...) tienen que estar en perfectas condiciones para que la deambulación sea segura y fácil, por ello es importante vigilar al paciente cuando utilice este tipo de dispositivos, para instruirles sobre el adecuado uso de dichos elementos ¹⁷. Por último, la realización de ejercicio programado y controlado es beneficioso para aumentar la capacidad del paciente en la deambulación, es una medida eficiente para mejorar la capacidad motriz del anciano y que éste adquiera más fuerza muscular, lo que permitirá que pueda caminar de forma independiente dentro sus límites ¹⁸.

Diagnóstico: 00109 Déficit de autocuidado: vestido R/C deterioro músculo-esquelético y debilidad M/P incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior y superior del cuerpo (tabla 2).

El trabajo que realiza enfermería en el autocuidado de vestido/arreglo personal es incrementar, ultimar, consolidar o suplir la fuerza, el conocimiento o la voluntad de la persona para que sus necesidades básicas estén cubiertas ¹⁹. Por este motivo todas las actividades que se proponen están dirigidas a ampliar las capacidades de la persona enferma y de su cuidador para asegurar dentro de sus posibilidades la independencia en la ejecución de sus actividades de la vida diaria ²⁰.

Diagnóstico: 00108 Déficit de autocuidado: baño R/C debilidad y deterioro músculo-esquelético M/P incapacidad para acceder al cuarto de baño, incapacidad para lavarse el cuerpo e incapacidad para secarse (tabla 3).

Nuestra función en el autocuidado baño/higiene es asistir al individuo en las actividades que le resulte más difícil como son la ducha y el baño. Controlar que realice convenientemente aquellas actividades menos complicadas como son lavarse la cara, los dientes, peinarse etc. Y por último evitar que los cuidadores o familiares lo protejan demasiado, puesto que, de ese modo nunca será capaz de realizar sus actividades básicas por sí mismo ²¹.

Diagnóstico: 00062 Riesgo de cansancio de rol del cuidador R/C cantidad de tareas de cuidados, complejidad de los cuidados, falta de actividades recreativas del cuidador y falta de respiro para el cuidador (tabla 4).

El trabajo que realiza enfermería para disminuir el riesgo de cansancio de rol del cuidador está orientado en primer lugar a conocer al paciente para saber el grado de dependencia del mismo y a su cuidadora para determinar el grado de conocimientos que tiene sobre la enfermedad y su manejo. De esta forma podremos ver sus puntos fuertes y débiles y saber cómo vamos a actuar. ²² Otra de las intervenciones que se llevan a cabo está dirigida a proporcionar estrategias para disminuir el estrés en el cuidador, para ello se pone a disposición del cuidador grupos de autoayuda, programas psicoeducativos y psicoterapéuticos. ²³ Por último otra de las actividades que se está utilizando mucho en dicho aspecto es la intervención telefónica, a través de la cual, se proporciona apoyo al cuidador para solucionar determinados problemas, sirve para reducir el estrés y la depresión del mismo, mejorando su calidad de vida. ²⁴

Problema de colaboración: Hemorragia digestiva s/a varices esofágicas (tabla 5).

Diagnóstico: 00085 Deterioro de la movilidad física R/C deterioro músculo-esquelético y disminución de la fuerza muscular M/P inestabilidad postural, disnea de esfuerzo y enlentecimiento del movimiento.				
Resultados				Intervenciones
NOC: 0200 Ambular				NIC: 0221 Terapia de ejercicios: ambulación
Indicador	Valor inicial	Valor esperado	Tiempo	Actividades
20003 Camina a paso lento	1 Gravemente comprometido	3 Moderadamente Comprometido	3 meses	-Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulaci3n y evite lesiones
20010 Camina distancias cortas	2 Sustancialmente comprometido	3 Moderadamente comprometido	3 meses	-Vigilar la utilizaci3n por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.
20014 Anda por la habitaci3n	2 Sustancialmente comprometido	3 Moderadamente comprometido	3 meses	-Ayudar al paciente a establecer aumentos de distancias realistas para la deambulaci3n.
20015 Anda por la casa	2 Sustancialmente comprometido	3 Moderadamente comprometido	3 meses	-Fomentar una deambulaci3n independiente dentro de los l3mites de seguridad.

Fuente: elaboraci3n propia con las taxonom3as NANDA¹³, NOC¹⁴ y NIC¹⁵.

Tabla 1: Plan de cuidados para el diagn3stico Deterioro de la movilidad f3sica

Diagn3stico: 00109 D3ficit de autocuidado: vestido R/C deterioro m3sculo-esquel3tico y debilidad M/P incapacidad para ponerse la ropa en la parte inferior y superior del cuerpo.				
Resultados				Intervenciones
NOC: 0302 Autocuidados: vestir				NIC: 1802 Ayuda con el autocuidado: vestirse/arreglo personal
Indicador	Valor inicial	Valor esperado	Tiempo	Actividades
30204 Se pone la ropa en la parte superior del cuerpo	1 Gravemente comprometido	2 Sustancialmente comprometido	3 meses	-Disponer las prendas del paciente en una zona accesible.
30205 Se pone la ropa en la parte inferior del cuerpo	1 Gravemente comprometido	2 Sustancialmente comprometido	3 meses	-Estar disponible para ayudar a vestir, si es necesario.
30210 Se pone los zapatos	1 Gravemente comprometido	2 Sustancialmente comprometido	3 meses	-Utilizar equipo de extensi3n para ponerse la ropa, si corresponde.
30214 Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo	1 Gravemente comprometido	2 Sustancialmente comprometido	3 meses	-Reforzar los esfuerzos por vestirse solo.

Fuente: elaboraci3n propia con las taxonom3as NANDA¹³, NOC¹⁴ y NIC¹⁵.

Tabla 2: Plan de cuidados para el diagn3stico *D3ficit de autocuidado: vestido*

Diagnóstico: 00108 Déficit de autocuidado: baño R/C debilidad y deterioro músculo-esquelético M/P incapacidad para acceder al cuarto de baño, incapacidad para lavarse el cuerpo e incapacidad para secarse.				
Resultados				Intervenciones
NOC: 0301 Autocuidados: baño				NIC: 1801 Ayuda con el autocuidado: baño/higiene
Indicador	Valor inicial	Valor esperado	Tiempo	Actividades
30101 Entra y sale del cuarto de baño	2 Sustancialmente comprometido	3 Moderadamente comprometido	3 meses	-Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios a la cabecera del paciente o en el baño.
30102 Obtiene los suministros para el baño	2 Sustancialmente comprometido	3 Moderadamente comprometido	3 meses	-Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada.
30111 Seca el cuerpo	1 Gravemente comprometido	2 Sustancialmente comprometido	3 meses	-Considerar la edad del paciente al fomentar las actividades de autocuidado.
301115 Se lava la parte inferior del cuerpo	1 Gravemente comprometido	2 Sustancialmente comprometido	3 meses	-Controlar la integridad cutánea del paciente.

Fuente: elaboración propia con las taxonomías NANDA¹³, NOC¹⁴ y NIC¹⁵.

Tabla 3: Plan de cuidados para el diagnóstico *Déficit de autocuidado: baño*

Diagnóstico: 00062 Riesgo de cansancio de rol del cuidador R/C cantidad de tareas de cuidados, complejidad de los cuidados, falta de actividades recreativas del cuidador y falta de respiro para el cuidador.				
Resultados				Intervenciones
NOC: 2210 Resistencia del papel del cuidador				NIC: 7040 Apoyo al cuidador principal
Indicador	Valor inicial	Valor esperado	Tiempo	Actividades
221001 Relación mutuamente satisfactoria entre el cuidador familiar y el destinatario	4 Sustancialmente adecuado	5 Completamente adecuado	3 meses	-Determinar el nivel de conocimientos del cuidador y la adaptación del cuidador de su papel.
221004 Servicios necesarios para ayudar en los cuidados	4 Sustancialmente adecuado	5 Completamente adecuado	3 meses	-Admitir las dificultades de rol del cuidador principal.
221005 Apoyo social para el cuidador familiar	4 Sustancialmente adecuado	5 Completamente adecuado	3 meses	-Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento al cuidador mediante llamadas de teléfono y/o cuidados de enfermería comunitarios.
221008 Descanso para el cuidador familiar	4 Sustancialmente adecuado	5 Completamente adecuado	3 meses	-Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés.

Fuente: elaboración propia con las taxonomías NANDA¹³, NOC¹⁴ y NIC¹⁵.

Tabla 4: Plan de cuidados para el diagnóstico: *Riesgo de cansancio de rol del cuidador*

Hemorragia digestiva s/a varices esofágicas.
Intervenciones
NIC: 4022 Disminución de la hemorragia: digestiva.
Actividades
-Evaluar la respuesta psicológica del paciente a la hemorragia y su percepción de la situación.
-Monitorizar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente (comprobar todas las secreciones para ver si hay sangre franca u oculta).
-Realizar análisis de sangre oculta en todas las excreciones y observar si hay sangre en el vómito, esputo, heces, orina, drenaje nasogástrico y drenaje de heridas, según corresponda.
-Monitorizar los estudios de coagulación, incluidos el tiempo de protrombina (TP), tiempo de tromboplastina parcial (TTP), fibrinógeno, productos de degradación/escisión de fibrina y recuento de plaquetas, según corresponda.
-Administrar medicamentos (p. ej., lactulosa o vasopresina), según corresponda.
-Establecer una relación de apoyo con el paciente y la familia.
-Instruir al paciente y a la familia acerca de la restricción de las actividades y progresos.
-Favorecer la reducción del estrés.
-Mantener la vía aérea permeable, si es necesario.
-Administrar líquidos i.v., si es oportuno.
-Vigilar los signos de shock hipovolémico (p.ej., descenso de presión arterial, pulso rápido y filiforme, frecuencia respiratoria aumentada, diaforesis, inquietud, piel fría y sudorosa).
-Medir el perímetro abdominal, según corresponda.

Fuente: elaboración propia con las taxonomías NANDA¹³, NOC¹⁴ y NIC¹⁵.

Tabla 5: Plan de cuidados para el problema de colaboración *Hemorragia digestiva*

El objetivo más inminente en cualquier hemorragia es restaurar la volemia mediante la administración de sueros para lograr la recuperación²⁵. Los cuidados para detener una hemorragia producida por varices esofágicas son realizar una breve evaluación del paciente (exploración física) y del tipo sangrado para averiguar si se trata de un sangrado por una herida externa o si se debe a una causa interna. También hay que medir las constantes al paciente (tensión arterial y frecuencia cardíaca) y vigilar si hay signos de shock hipovolémico²⁶. Tras realizar este tipo de intervenciones iniciales debemos canalizar dos vías venosas periféricas de calibre grueso para la administración de líquidos que van a ayudar a que el paciente recupere la volemia. Se le extrae analítica para realizar las pruebas cruzadas por si hay que hacerle una transfusión al paciente y hay que tener cerca el carro de parada. Además también es muy importante además de realizar todas estas actividades tan técnicas hay que informar al paciente y su familia para que estén más tranquilos. Mientras se atiende al paciente éste tiene que permanecer monitorizado y valorar al paciente en todo momento para evitar que haya una sobrecarga de líquidos²⁵. Una vez que el paciente esté más o menos estabilizado hay que instruir al paciente y su familia sobre la restricción de actividades.

EJECUCIÓN

La ejecución se lleva a cabo tras la realización de la valoración y la elaboración de los diagnósticos de enfermería. Esta etapa corresponde a la implantación de prioridades dentro de las actividades del plan de cuidados de enfermería, las cuales, se realizarán posteriormente para mejorar la eficacia de dichos cuidados y de este modo proporcionar al paciente el máximo bienestar posible²⁷.

Existen varios criterios para establecer prioridades, entre ellos se encuentra el que propone Alfaro, quien propone la jerarquía de Maslow (Pirámide de Maslow) para establecer prioridades. Los criterios de la jerarquía de Maslow son²⁷:

-Prioridad 1: necesidades fisiológicas.

-Prioridad 2: seguridad y protección.

-Prioridad 3: amor y pertenencia.

-Prioridad 4: autoestima.

-Prioridad 5: autorrealización.

Según estos criterios podemos clasificar los diagnósticos de enfermería del plan de cuidados de la siguiente forma:

1. Hemorragia digestiva.
2. Deterioro de la movilidad física.
3. Déficit de autocuidado: baño.
4. Déficit de autocuidado: vestido.
5. Riesgo de cansancio de rol de cuidador

También utilizando esta misma jerarquía de Maslow podemos priorizar los NIC propuestos en este plan de cuidados de enfermería:

1. Disminución de la hemorragia digestiva.
2. Terapia de ejercicios: ambulación.
3. Ayuda con el autocuidado: baño/ higiene.
4. Ayuda con el autocuidado: vestirse/ arreglo personal.
5. Apoyo al cuidador principal

EVALUACIÓN

- El usuario caminará 30 minutos tres veces por semana dentro y fuera de casa (15 minutos dentro de casa y otros 15 minutos fuera del hogar) durante los tres meses en los que estaremos realizando el plan de cuidados.

Realizaremos una observación directa en su casa para ver si camina por la habitación y por la casa, si camina muy despacio

o sólo un poco... Es decir tenemos que valorar sus limitaciones cuando camina para ayudarlo en lo que más le cueste hacer y seguir fomentando el hecho de que camine para que cada vez dependa menos de los dispositivos de ayuda (concretamente de la silla de ruedas que utiliza para salir a la calle y que a veces utiliza también en casa).

- El paciente colaborará a la hora de vestirse todos los días de la semana durante los tres meses que vamos a estar yendo a su domicilio para que adquiera más independencia.

Para ello evaluaremos por la mañana mediante observación directa mientras se esté vistiéndose para ver lo que es capaz de hacer por sí mismo y poder intervenir sobre aquellos aspectos en los cuales necesite más ayuda.

- El paciente aprenderá a ducharse sólo dentro de sus posibilidades durante los tres meses que durará la realización del plan de cuidados.

Para que este objetivo pueda cumplirse realizaremos una entrevista al individuo y su cuidador puesto que, de este modo podremos averiguar en qué momentos del baño necesita ayuda (al entrar del plato ducha, al salir, para lavarse ciertas partes del cuerpo...).

Bibliografía

1. Dutra Pereira CD, Vieira Tourinho FS, Arnoldo Nunes de Miranda FA, María de Medeiros S. Teaching of Nursing Process: Contextual Analysis. *Journal of Nursing UFPE* [Internet]. 2014 [acceso 03 junio 2015]; 8 (3):757-64. Disponible en: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5473/pdf_4780.
2. Nicely B, DeLario GT. Virginia Henderson's principles and practice of nursing applied to organ donation after brain death. *Progress in Transplantation* [Internet]. 2011 [acceso 03 junio 2015]; 21 (1): 72-77. Disponible en: <http://O-search.proquest.com.fama.us.es/docview/858241664/fulltext/D38256350FDD46E1PQ/13?accountid=14744>.
3. Arribas Cachá A, Aréjula Torres JL, Borrego de la Osa R, Domingo Blázquez M, Morente Parra M, Robledo Martín J, Santamaría García JM. Valoración Enfermera Estandarizada. Clasificación de los criterios de valoración de enfermería. Madrid: Ed. FUDEN; 2006.
4. Schuppan D, Afdhal NH. Liver Cirrhosis. *Lancet* [Internet]. 2008 [acceso 03 junio 2015]; 371(9615): 838-851. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2271178/>.
5. Rodríguez Caballero JM, Nuñez Rodríguez A, Grima Peña P, Del Castillo Muñoz S, Estrada Beardo M. Información y conocimientos del cuidador principal del paciente cirrótico. *Nure Investigación* [Internet]. 2005 [acceso 03 junio 2015]; marzo nº 13. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/221>.
6. Bustíos C, Dávalos M, Román R, Zumaeta E. Características Epidemiológicas y clínicas de la Cirrosis Hepática en la Unidad de Hígado del HNERM Es- Salud. *Revista Gastroenterol Perú* [Internet]. 2007 [acceso 15 junio 2015]; 27 (3): 238-245. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rgp/v27n3/a03v27n3.pdf>.
7. Jaurique M, Capell M. Therapy for alcoholic liver disease. *World Journal of Gastroenterology*. 2014; 20(9): 2143-2158.
8. Xie YD, Feng B, Gao Y, Wei L. Characteristics of alcoholic liver disease and predictive factors for mortality of patients with alcoholic cirrhosis. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2013; 12(6): 594-601.
9. Hazeldine S, Hydes T, Sheron N. Alcoholic liver disease – the extent of the problem and what you can do about it. *Clinical Medicine*. 2015; 15(2): 179–85.
10. Oksenberg D. Cirrosis hepática: manejo moderno de las antiguas complicaciones. *Medwave* [Internet]. 2010 [acceso 03 junio 2015]; 10 (5). Disponible en: <http://www.medwave.cl/medios/medwave/mayo2010/PDF/10.5867med-wave.2010.05.4518.pdf>.
11. Tun González DT, Ojeda Vargas MG. Proceso de Enfermería en Paciente con Cirrosis Hepática. *Desarrollo Científ Enferm*. [Internet]. 2011 [acceso 12 junio 2015]; 19 (2): 62-66. Disponible en: <http://O-www.index-f.com.fama.us.es/dce/19pdf/19-062.pdf>.
12. Guevara Valtier MC, Rodríguez Aguilar L, Luna López SA, Guzmán Facundo FR. Divulgación del cuidado especializado a una mujer con cirrosis hepática. Proceso de enfermería para su aplicación práctica. *Revista científica de la sociedad española de enfermería de urgencias y emergencias* [Internet]. 2010 [acceso 12 junio 2015]; Marzo-Abril 2010 nº12. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/marzo2010/pagina4.html>.
13. North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y Clasificación. 2012-2014. Madrid: Elsevier; 2012.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
15. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
16. Pellicer García B, Juárez Vela R, Delgado Sevilla D, Redondo Castan LC, Martínez Abadía B, Ramón Arbués E. Caídas en ancianos válidos institucionalizados. *Rev ROL Enferm*. 2013; 36(12): 8-16.
17. Tapia Villanueva M, Salazar Ceferino MC, Tapia Colex L, Olivares Ramírez C. Prevención de caídas. Indicador de calidad del cuidado enfermero. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico*. 2003; 11(2): 51-57.
18. Rodríguez Díaz B, Moreno C, Jaimes N. Efecto de estrategias de cuidado de enfermería en el adulto mayor con deterioro de la movilidad física y conductas generadoras de la salud en centros de bienestar en la ciudad de Bucaramanga. Febrero a Junio de 2010. *Revista Cuidarte* [Internet]. 2011 [acceso 15 junio 2015]; 2(1): 155-160.
19. Tejada Domínguez FJ, Ruiz Domínguez, MR. Abordaje asistencial en el paciente en fase avanzada de enfermedad y familia. *Enfermería Global* [Internet]. 2009 [acceso 15 junio 2015]; 15 (2). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/49551/47401>.
20. Fuentes Simón P, Gasco Gasco P, Gata Yepes V, Marco Contreras R, Martín Sánchez E, Morán García T, Piqueras Rodríguez P, Sobrino Sánchez JA. Guía de recomendaciones de autocuidado al alta del paciente geriátrico intervenido quirúrgicamente de fractura de cadera. *Nure Investigación* [Internet]. 2005 [acceso 20 junio 2015]; nov-diciembre nº 13. Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/266>.
21. Rodríguez Fernández Z, Acosta González D, Fong Estrada J, Pagés Gómez O. Conducta ante la hemorragia digestiva alta por úlcera gastroduodenal en el anciano: consideraciones actuales. *Revista Cubana Cir* [Internet]. 2010 Mar [acceso 25 junio 2015]; 49(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-74932010000100011&script=sci_arttext.
22. Vicente Ruiz MA, De la Cruz García C, Morales Navarrete RA, Martínez Hernández CM. Cansancio del rol en cuidadores informales de adultos mayores con enfermedades crónico-degenerativas. *Eur J invest health psycho educa* [Internet]. 2014 [acceso 25 junio 2015]; 4(2): 151-160. Disponible en: <http://www.ejhppe.es/index.php/journal/article/view/62>.
23. García Díaz S, García Díaz MJ, Illán Noguera C, Álvarez Martínez M, Martínez Rabadán M, Pina Díaz LM, Guillén Pérez F, Bernal Barquero M. Intervenciones enfermeras dirigidas a los pacientes de Alzheimer y a sus cuidadores una revisión bibliográfica. *Enferme Docente* [Internet]. 2013 [acceso 25 junio 2015]; 101: 36-40. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluz-desalud/huvv/sites/default/files/revistas/ED-101-09.pdf>.
24. Liébano Fernández JL, Quero Cabeza A, Romero Pérez I, Castillo Quintero A. Efectividad de la intervención enfermera consulta por teléfono para mejorar el diagnóstico de cansancio del rol de cuidador. *Rev Paraninfo Digital*. [Internet]. 2011 [acceso 25 junio 2015]; 11. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n11-12/0200.php>.
25. García Ruiz E, Alcáin Martínez G, Cañero J, Vázquez Pedreño L. Hemorragia digestiva en el área de urgencias. [Monografía en internet]. Málaga: Servicios de Aparato Digestivo y Urgencias del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria; 2010 [acceso 25 junio 2015]; 49(1). Disponible en: <http://www.medynet.com/usuarios/raguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/hemodige.pdf>.
26. Cuidados de Enfermería ante una hemorragia aguda. [Monografía en internet]. Madrid: Comunidad de Madrid, Hospital Gregorio Marañón; 2012. [acceso 25 junio 2015]; 49(1). Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadername3=filename%3Dcuidados+de+enfermer%C3%ADa+ante+una+hemorragia+aguda>.

CONCLUSIÓN

Tras la realización de este trabajo hemos podido llegar a varias conclusiones sobre todo lo que concierne a la vida de una persona con cirrosis hepática.

Una de ellas es que los pacientes cirróticos tienen problemas y complicaciones fisiológicas pero también tienen muchos problemas en la ejecución de sus autocuidados y necesitan mucha ayuda por parte del cuidador principal debido al deterioro físico que presentan este tipo de pacientes a medida que la enfermedad va avanzando; y quizás esto sea lo más desconocido de esta enfermedad, puesto que, siempre se le da mucha importancia a las consecuencias fisiológicas de la cirrosis hepática pero no se presta demasiada atención a la calidad de vida del individuo ni a la del cuidador que se encarga de ayudarlo a lo largo del proceso de enfermedad.

Además al no conocerse los problemas de autocuidados que subyacen a la enfermedad tampoco se tiene en cuenta la sobrecarga del cuidador, que como se puede comprobar en este caso clínico es muy frecuente por los múltiples problemas que tienen estas personas lo que hace que requieran mucha atención y ayuda en la realización de sus Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

LA HIPNOSIS TERAPÉUTICA EN LA ENFERMERÍA. UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

THERAPEUTIC HYPNOSIS IN NURSING. REVIEW OF THE LITERATURE

■ JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ-MONTILLA. GRADUADO EN ENFERMERÍA. CLÍNICA DE FÁTIMA. SEVILLA.
■ BÁRBARA AMADOR-MARÍN. GRADUADA EN ENFERMERÍA.

RESUMEN: La hipnosis es una buena opción terapéutica para los profesionales de la salud, puesto que provoca cambios en los procesos cognitivos, psicofisiológicos, perceptuales y conductuales. Existe cierto misticismo que rodean a esta técnica y que dificultan su utilización en la práctica clínica. Por ello, nos planteamos conocer la aplicación de las técnicas hipnóticas en el campo de la enfermería.

Se ha realizado una revisión de la literatura científica, publicada entre 2010 y 2015 a nivel nacional e internacional, en las siguientes bases de datos: PubMed/Medline, Scopus, Cuiden Plus y Dialnet.

Se identificaron inicialmente un total de 41 resultados, los cuales fueron objeto de sucesivos cribados, resultando elegidos finalmente 10 artículos.

La hipnosis aumenta la eficacia de las intervenciones convencionales, recomendándose su uso como técnica complementaria. Esta fomenta que los pacientes puedan controlar y mejorar una amplia gama de problemas médicos y psicológicos, así como mejorar su calidad de vida.

PALABRAS CLAVE: Hipnosis; Hipnosis Anestésica; Enfermería.

ABSTRACT: Hypnosis is a good treatment option for healthcare professionals, because it causes changes in cognitive, psycho-physiological, perceptual and behavioral processes. There is some mysticism surrounding this technique and hindering their use in clinical practice. Therefore we have addressed the application of hypnotic techniques in the field of nursing.

It was conducted a review of the scientific literature, published between 2010 and 2015 at national and international level in the following databases: PubMed/Medline, Scopus, Cuiden Plus y Dialnet.

A total of 41 results were initially identified, which they were the subject of successive screens, resulting finally selected 10 studies.

Hypnosis increases the effectiveness of conventional interventions, recommended for use as a complementary technique.

This encourages patients to monitor and improve a wide range of medical and psychological problems, and improve their quality of life.

KEYWORDS: Hypnosis; Hypnosis, Anesthetic; Nursing

INTRODUCCIÓN

Los fenómenos de sugestión, entre ellos la hipnosis, constituyen uno de los aspectos del comportamiento humano que más han llamado la atención desde los inicios de la humanidad¹. La hipnosis tiene su asentamiento en la zona inconsciente, allí es donde el hipnólogo “siembra” las sugestiones². El estado de hipnosis puede darse de forma natural, inducido por otra persona o auto-inducido. En este proceso, el hipnólogo puede modular y controlar diversos procesos, que se clasifican en: virtuales (como la imaginación, situaciones, recuerdos, percepciones, ilusiones, alucinaciones, etc.), automáticos (como conductas reflejas, patrones emocionales), viscerales (como el dolor, la temperatura, la propiocepción, el equilibrio, etc.) y operacionales (como el sistema motor del sujeto, y su coordinación sensorio-motriz)³. Este proceso consiste en hacer que el paciente alcance un estado de atención en el que aumente la receptividad a determinados estímulos y sugerencias⁴.

La hipnosis en sus comienzos se encontraba relacionada con la religiosidad y lo místico. Sin embargo, su desarrollo logra la condición científica cuando se libera de lo místico, y se ingresa en la capacidad sugestiva de cada individuo. Por tanto, la hipnosis clínica empieza a establecer relaciones entre los procesos psicológico y fisiológicos, así como con las condiciones ambientales que rodean su ejecución^{2,3}.

James Braid (1841), neurocirujano escocés, es considerado el padre del hipnotismo moderno. Este fue el primero en demostrar que el sueño hipnótico puede ser provocado por agentes físicos, y empleó por primera vez la palabra “hipnotismo”. Esta palabra

proviene de la palabra griega “hypnos” que significa sueño. James Braid aseguró que el grado de expectación en la hipnosis incrementaba la susceptibilidad del paciente a la sugestión^{2,3,5}.

Las técnicas hipnóticas sigue constituyendo, una de las áreas de estudio más controvertidas que existen, encontrándonos con una gran dificultad para encontrar definiciones claras y operativas. A menudo, la hipnosis se confunde y se entremezcla con diversos términos como, sugestión, persuasión, obediencia, imitación, influencia social o el propio de hipnosis, dificultando seriamente la investigación rigurosa sobre estos tópicos, por lo que el consenso resultan casi utópico¹.

Autores como Martínez y Asís⁶ la definen como un estado alterado de la conciencia en la cual las sugestiones se incorporan de manera automática. Por otro lado, Hewitt⁷ la define como una técnica que reduce el ciclaje del cerebro hasta Alfa, y aquí, el subconsciente es receptivo a los mensajes sugestivos.

Debido a lo anterior, se considera la hipnosis como un estado especial de sueño, intermedio entre la vigilia y el sueño paradójico. Presenta varias etapas, como son: hipnosis simple, media y profunda^{2,6}. Así, durante la hipnosis, una persona que pueda alterar su estado de conciencia es capaz de permitir que determinadas experiencias que se perciben, como por ejemplo el dolor, no lleguen a la conciencia o que lo hagan con una menor intensidad⁸.

La hipnosis, como procedimiento terapéutico, puede ser considerada como una de las técnicas más antiguas que se conocen para provocar cambios en los procesos cognitivos, psicofisiológicos,

perceptuales y conductuales¹. La hipnosis clínica tiene una larga historia, con informes de aplicación médica que data del siglo 18, e incluso descripción de fenómenos hipnóticos en Egipto durante el reinado de Ramsés XII, hace unos 3.000 años⁵.

La relación entre la hipnosis, la relajación y las sugerencias, y el cuerpo humano, procede desde tiempos remotos, especialmente porque el dolor siempre nos ha acompañado a lo largo de la evolución^{2,3}. Y es sabido que la disociación mental es un recurso natural y espontáneo ante situaciones amenazantes².

La hipnosis provoca una supresión de la actividad neuronal entre la corteza sensorial, el sistema límbico y las amígdalas. Esta inhibe la interpretación emocional de las sensaciones que se experimenta como dolor. Se cree que el alivio del dolor durante la hipnosis se debe a un cambio en el flujo sanguíneo cerebral y a la inhibición de centros corticales superiores⁸.

Según la evidencia empírica disponible, la hipnosis utilizada como coadyuvante de los programas cognitivo-conductuales ha demostrado tener beneficios, e incrementa la eficacia de intervenciones para una amplia variedad de problemas físicos y psicológicos, así como a mejorar la calidad de vida^{4,9,10}. Diversos aspectos clínicos, tales como el dolor agudo y crónico, trastornos psicofisiológicos (cefaleas, tabaquismo, pérdida de peso, problemas dermatológicos, elementos emocionales del asma), así como de los trastornos psicopatológicos (ansiedad, estrés, fobias, depresión, ciertos trastornos del sueño) y la preparación para la cirugía, han demostrado su mejoría tras el tratamiento de la hipnoterapia^{4,5,10}.

Actualmente, la hipnoterapia tiene una gran implicación clínica en el área de la obstetricia, a pesar de que esta técnica ha sido utilizada durante siglos. En el parto el objetivo es aliviar o reducir el miedo, la tensión y el dolor, para que el acto fisiológico del nacimiento pueda progresar de manera más cómoda para la madre⁸.

Otra de las implicaciones clínicas de la hipnoterapia ha sido la desarrollada por autores como Cardeña et al.¹¹, donde afirmaron que el uso de esta técnica es especialmente prometedora en los trastornos postraumáticos, teniendo varios usos, desde la sugerencias de apoyo, el trabajo con memorias traumáticas y la reinterpretación cognitiva de sucesos traumáticos, donde se substituye una memoria traumática por una benigna.

Por otro lado Álvaro y Traver¹², encontró útil el tratamiento de la hipnoterapia para el manejo de la fibromialgia, ya que conseguía un equilibrio homeostático.

La evidencia empírica indica claramente que la hipnosis, especialmente en el campo de la salud, aumenta la eficacia de las intervenciones, así como su eficiencia con la satisfacción del paciente y el ahorro de tiempo y dinero que implica ventajas para la administración¹⁰. En esta línea Griñán et al.⁴ afirman que, la hipnosis es una intervención conductual eficaz, donde el profesional de enfermería puede utilizar para el control y tratamiento de diferentes procesos en Atención Primaria, aportando al campo de la Salud nuevos conocimientos en el desarrollo de las dimensiones cognitivas, conductuales y relacionales del ser humano. A pesar de los diferentes estudios mencionados anteriormente, el Servicio de Salud Público Español no ofrece este tipo de técnicas en su cartera de servicios¹⁰.

Vargas², afirma que los profesionales de ciencias de la salud, de ciencias sociales, y de la psicología, que deseen usar este tipo de técnicas, deben de someterse a un entrenamiento personal, ya sea de investigación, así como de experiencia personal. Además, debe de ser hábil con la palabra, mágico, fabuloso, y de buen humor.

A pesar de todos estos beneficios, la hipnosis se ha relacionado con características negativas de los individuos como “debilidad

mental” o “personalidad influenciabile”¹. Por lo que muchos terapeutas se muestran reacios a utilizarla, debido a sus creencias erróneas que les llevan a temerla y a no usarla en la práctica. Todo ello ha contribuido sin duda a que la hipnosis haya sido perdida y descubierta en numerosas ocasiones a lo largo de los siglos^{1,3}.

Según los estudios realizados, la mayoría de los profesionales de distintos países afirma tener pocos conocimientos sobre la hipnosis y necesitar más formación para poder aplicarla. Siendo esto difícil, ya que actualmente, existe una escasa oferta de formación científica en hipnosis por las universidades. Por tanto, se dificulta la reducción de este tipo de creencias y de mitos que están relacionados con las técnicas hipnóticas⁹.

Aunque la hipnosis per se no es una técnica peligrosa, su uso por parte de terapeutas o hipnólogos legos sí puede resultar nocivo para la salud. Puesto que el peligro radica en que los pseudoprofesionales y los terapeutas mal informados transmiten creencias erróneas sobre la hipnosis a sus clientes⁹.

Por todo ello, es por lo que nos planteamos realizar una revisión de la literatura científica para conocer la aplicación de las técnicas hipnóticas en el campo de la enfermería.

METODOLOGÍA

Esta revisión bibliográfica se ha realizado siguiendo las indicaciones del Manual Cochrane¹³, para reunir toda la evidencia empírica y cumpliendo con unos criterios de elegibilidad previamente establecidos, con el fin de responder una pregunta específica de investigación, con el fin de minimizar sesgos, aportando resultados más fiables a partir de los cuales se pueden extraer conclusiones y tomar decisiones. Por otro lado, se han seguido las recomendaciones del informe PRISMA para la elaboración de la metodología de la revisión bibliográfica¹⁴.

Se han realizado búsquedas en la literatura científica publicadas desde 2010 hasta 2015, a nivel nacional e internacional a través de las siguientes bases de datos electrónicas: PubMed/Medline, Scopus, Cuiden Plus y Dialnet. Abordando las diferentes técnicas hipnóticas desarrolladas por enfermería y su aplicación para la salud.

Para establecer los descriptores que se emplearon en las búsquedas, se utilizaron los Descriptores de las Ciencias de la Salud (DeCS) y los “Medical Subject Headings” (MESH). De esta forma se encontraron los artículos indexados al tema en cuestión (Tabla 1).

Los descriptores utilizados fueron los siguientes:

- Descriptores en Inglés: “Hypnosis”; “Hypnosis, Anesthetic”; “Nursing”.
- Descriptores en Español: “Hipnosis”; “Hipnosis Anestésica”; “Enfermería”.

Los límites utilizados en la estrategia de búsqueda fueron acordes con los criterios de inclusión. Los operadores booleanos utilizados fueron la intersección (AND) y el operador sumatorio (OR), para establecer las operaciones lógicas entre los conceptos, usándose truncamientos cuando fue necesario.

Los trabajos seleccionados debían cumplir los siguientes requisitos para su inclusión:

- 1) Artículos originales de investigación.
- 2) Idioma: inglés, español y portugués.
- 3) Relacionados con el tema de revisión: La hipnosis como procedimiento terapéutico desarrollado en el campo de la enfermería.
- 4) Con fecha de publicación entre 01/01/2010 hasta 20/04/2015.

BASE DE DATOS	DESCRIPTORES Y LÍMITES	FECHA
PubMed	("Hypnosis"[Mesh] OR "Hypnosis, Anesthetic"[Mesh]) AND "Nursing"[Mesh] AND ("2010/04/22"[PDat] : "2015/04/20"[PDat] AND (English[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang])).	20/04/15
Scopus	(hypnosis OR "Hypnosis, Anesthetic") AND nursing). Limit: PUBYEAR > 2009. LANGUAGE, "English"	20/04/15
Cuiden Plus	("Hipnosis")AND("enfermería") Limitado: desde 2010-2015	20/04/15
Dialnet	(Hipnosis OR "Hipnosis Anestésica") AND enfermería. Limitado 2010-2015	20/04/15

Fuente: Elaboración propia.

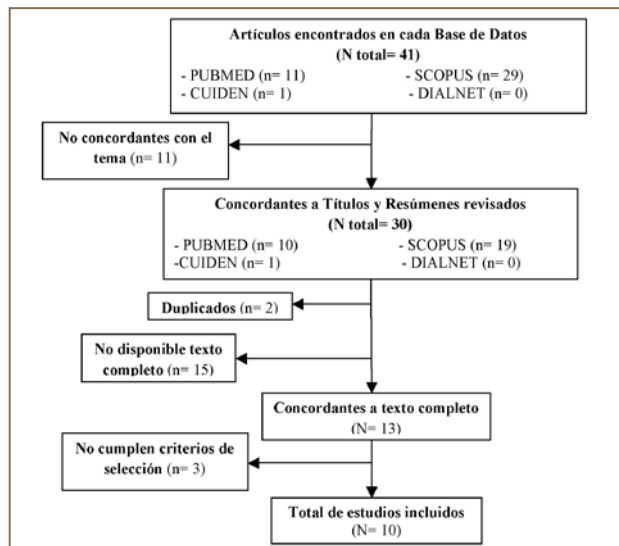
Tabla 1. Estrategias de búsquedas seleccionadas.

Y se excluyeron los estudios con imposibilidad para acceder a texto completo y que no trataban la hipnosis desde el campo de la enfermería.

Tras las búsquedas, se procedió a la eliminación de artículos que no cumplían con los criterios de inclusión, a través de la lectura del título, resumen y texto completo de los trabajos potencialmente relevantes.

RESULTADOS

Las estrategias iniciales de búsquedas identificaron un total de 41 resultados, las cuales fueron objeto de sucesivos cribados conforme a los objetivos de la revisión, resultando elegidos finalmente 10 artículos (Figura 1).



Fuente: Elaboración propia.

Figura 1. Diagrama de flujo. Resultados de las búsquedas bibliográficas.

Se analizaron 10 estudios, 3 revisiones sistemáticas (incluyendo un meta-análisis), 3 revisiones de la literatura, 2 estudios cuantitativos y 2 cualitativos. De los cuantitativos, uno era un ensayo clínico aleatorizado y el otro un estudio cuasiexperimental. Y de los cualitativos, uno de ellos fue un grupo de discusión y otro una entrevista.

En la tabla 2, basada en el Manual Cochrane¹³, se muestran las características de cada uno de los 10 estudios incluidos en esta revisión, clasificados con el nombre del primer autor y el año de publicación, tipo de estudio, muestra, metodología y resultados.

En cuanto al idioma, los 10 estudios estaban publicados en lengua inglesa. De los estudios incluidos, 5 fueron desarrollados en

AUTOR Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Airosa et al., 2011 ¹⁵ .	- Objetivo: Explorar las experiencias y percepciones de recibir masaje e hipnosis como parte de la actividad de promoción del personal de enfermería en una sala de emergencia. - Diseño: Estudio cualitativo. Grupo de discusión. - Duración: Mayo 2005-Febrero 2006.	- Muestra: 16 enfermeras. - País: Suecia.	- Las intervenciones fueron programadas durante las horas de trabajo, 1 vez/semana durante máximo 8 sesiones de 45 min. - Se realizaron 4 grupos de discusión donde se compartieron las experiencias y percepciones. - 1 moderador externo y 1 asistente que no participaron en las intervenciones llevaron a cabo los grupos de discusión (1 hora). Fueron audio-grabadas y transcritas textualmente.	- Los hallazgos indican que el masaje táctil y la hipnosis pueden ayudar al personal de enfermería. Pueden reducir el estrés y el dolor, a la vez que aumentar el bienestar, la conciencia de sí mismo, y la capacidad de trabajo para el personal de enfermería.
Beebe, 2014 ¹⁶ .	- Objetivo: Describir la importancia de la hipnoterapia durante el parto y sus beneficios. - Diseño: Revisión de la literatura.	- País: EE.UU.	Revisión de la literatura. La importancia de la hipnoterapia (hipnosis y autohipnosis) durante el trabajo de parto y sus beneficios.	- La hipnoterapia en el parto pueden reducir la ansiedad y contrarrestar el miedo. - La relajación puede reducir la liberación de catecolaminas y mejorar la contractilidad uterina y el progreso del parto. Algunas mujeres lograr un alto nivel de analgesia a través de la representación subconsciente de las sensaciones de nacimiento en otras sensaciones (como entumecimiento).

Tabla 2. Características de los estudios incluidos.

AUTOR Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	METODOLOGÍA	RESULTADOS
Cyna et al., 2013 ¹⁷ .	- Objetivo: Investigar si el entrenamiento de la hipnosis al final del embarazo reduce la necesidad de analgesia durante el parto. - Diseño: Ensayo Clínico, utilizando un diseño de grupos paralelos de 3 brazos. - Duración: Diciembre 2005- Diciembre de 2010.	- Muestra: 400 mujeres entre 34-39 semanas de gestación, aptas para un parto vaginal. - Sexo: Mujeres en edad fértil. - País: Australia.	- Los participantes en el grupo de hipnosis recibieron un CD, y un entrenamiento sobre hipnosis con un profesional. Al grupo control solo se le dio el CD y fueron atendidos por profesionales sin entrenamiento previo. - Fueron 3 sesiones/semanales, con un CD por sesión y un cuarto para el día del parto. Cada CD que dura entre 21 y 32 minutos - Se les administro un cuestionario postnatal.	- No se encontraron diferencias en los resultados, no hubo diferencia en el uso de analgesia, ni en la disminución del dolor, del tiempo de parto, ni del tiempo de ingreso después del parto. - Hubo un aumento en el uso de prostaglandinas para la inducción en las mujeres asignadas al grupo de hipnosis en comparación con los controles.
Hildebrand et al., 2011 ¹⁸ .	- Objetivo: Contextualizar la aplicación de la hipnosis en la cirugía plástica para enfermería, y proporcionar estrategias básicas y/o recursos para aumentar el conocimiento y las habilidades prácticas en la enfermería. - Diseño: Revisión de la literatura.	- País: Estados Unidos.	Revisión de la literatura.	Las técnicas de relajación e hipnosis proveen una amplia gama de posibles intervenciones para la enfermera de cirugía plástica. Una apreciación de los cambios en el nivel de conciencia, uso terapéutico de la sugestión, y la relajación física y mental puede ayudar a las enfermeras.
Mottern, 2011 ¹⁹ .	- Objetivo: Describir el uso de la hipnosis por enfermería en salud mental. - Diseño: Revisión de la literatura.	- País: EE.UU.	Revisión de la literatura. El uso de la hipnosis por enfermería en la salud mental.	- El incremento en el uso de la hipnosis en la práctica de enfermería en salud mental promete una intervención eficaz para el alivio de tanto sufrimiento físico y psicológico, la prevención de la enfermedad, y la optimización de la salud mental y la calidad de vida.
Pearce, 2013 ²⁰ .	- Objetivo: Conocer la experiencia de una enfermera que aplica la hipnoterapia como parte del tratamiento para pacientes con síndrome de intestino irritable. - Diseño: Cualitativo. Entrevista.	- Muestra: Una enfermera. - Sexo: Femenino. - País: Reino unido.	Entrevista a una enfermera especialista en hipnoterapia para las personas con síndrome de intestino irritable.	- El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica recomienda que la hipnoterapia se podría utilizar para tratar el síndrome del intestino irritable en los casos en que los pacientes que no habían respondido a los tratamientos estándar después de un año. - La gravedad de los síntomas disminuyó el 85% en los pacientes, la salud general mejoró el 88% y el 96% informó de una mejor calidad de vida.
Rutten et al., 2013 ²¹ .	- Objetivo: Revisar la eficacia de la hipnoterapia sistemáticamente de los últimos años. - Diseño: Revisión Sistemática.	- Muestra: 3 ECA. - Edad: Niños. - País: Holanda.	Se revisaron cuatro bases de datos: MEDLINE, EMBASE, PsycINFO, Index de Enfermería, Allied Health Literature y el Registro Central de Cochrane de Ensayos Controlados, hasta el año 2012. Se evaluó la calidad metodológica de los artículos que cumplían los criterios de selección a través de la lista Delphi. Obtención de los resultados.	Los tres ensayos clínicos indican que la hipnoterapia realizada por un terapeuta cualificado o por medio de auto-ejercicios en CD es más efectiva que el tratamiento médico estándar para reducir los síntomas de dolor abdominal funcional o síndrome de intestino irritable en niños.
Schaefer et al., 2014 ²² .	- Objetivo: 1. Actualizar la bibliografía sobre la hipnosis en pacientes con Síndrome de Intestino Irritable (SII). 2. Evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad de la hipnosis en pacientes con SII. - Diseño: Meta-análisis de Ensayos Clínicos Aleatorizados (ECA). - Duración: hasta 2007.	- Muestra: 8 ECA. - País: Alemania.	1. Búsqueda de la literatura hasta 2013: Registro Cochrane de ECA, Scopus, Medline y PsycINFO. 2. Evaluación de calidad metodológica de los artículos. 3. Examinar los principales resultados de interés. 4. Análisis estadístico: media para los datos continuos y riesgo relativo para los datos dicotómicos. Varianzas. 5. Análisis adicionales: análisis de subgrupos y de sensibilidad.	- El 45.9% de los pacientes del grupo de intervención mostró alivio adecuado de los síntomas de SII. El 24,6% en el grupo control. - La hipnosis para reducir la puntuación gastrointestinal global y para los síntomas de hinchazón y distensión fue superior en el grupo control. - Seguimiento a largo plazo: La hipnosis no fue superior en el grupo control para la reducción global de la puntuación gastrointestinal.

Tabla 2. Características de los estudios incluidos (continuación).

América (4 en EE.UU. y uno en Canadá), 4 en Europa (Alemania, Holanda, Suecia y Reino Unido), y 1 en Oceanía (Australia).

De los estudios analizados 4 van dirigidos a mujeres en edad fértil, 2 a niños y 1 a población adulta en general. Además 2 de los estudios iban dirigidos concretamente al personal de enfermería.

La utilización de las diferentes técnicas de hipnosis estuvieron dirigidas a la mejora del síndrome de intestino irritable (N=3), dirigida a la disminución del dolor (N=2), dirigida a la mejora del trabajo de parto (N=2), al control de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y ansiedad (N=1), y para controlar el estrés (N=1).

Además, 2 de los estudios fueron dirigidos como técnica por el personal de enfermería en la cirugía plástica y salud mental.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En nuestro estudio, los principales usos de la hipnosis en el campo de la enfermería, analizados en los últimos 5 años, fueron dirigidos en mayor medida a la mejora del síndrome de intestino irritable (SII)²⁰⁻²², a la disminución del dolor y el estrés^{15,23}, y dirigidas a la mejora del trabajo de parto^{16,17}. Y en menor medida al control de la frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR) y ansiedad²⁴.

En primer lugar, analizaremos los estudios que hacen referencia al uso de la hipnosis en el SII²¹. Ya algunos estudios previos habían demostrado la eficacia de la hipnosis en una amplia variedad de problemas físicos y psicológicos^{4,9,10}, y concretamente en el SII¹⁰. Rutten et al.²¹ en su estudio encontraron que los niveles de dolor debidos al SII después del tratamiento con hipnoterapia fueron significativamente menor en los pacientes que recibieron este tratamiento en comparación con el grupo control. A pesar de que el efecto de la hipnoterapia sobre la hipersensibilidad visceral aun no está bien definido, Rutten et al.²¹, en su estudio afirmaron que durante el tratamiento de la hipnosis se produjo una mejora en la motilidad del colon. Además, comprobaron que la hipnoterapia redujo significativamente los factores psicológicos, como la somatización y el estrés, persistiendo este efecto en el tiempo. De la misma manera, Schaefer et al.²² en su estudio afirmaron la alta seguridad y tolerabilidad de la hipnosis como tratamiento complementario en el SII. Sin embargo, según Pearce²⁰, la hipnoterapia se podría utilizar para el tratamiento del SII en los pacientes que no habían respondido adecuadamente al tratamiento estándar después de un año. Así mismo, Rutten et al.²¹ concluyeron que la mejora de los síntomas de SII también se asoció con una mejora de la calidad de vida general y en la reducción de las psicopatologías, como pueden ser la depresión y la ansiedad.

En segundo lugar, analizaremos los estudios que han utilizado la hipnosis para mejorar el dolor y el estrés. Para ello, Uman et al.²³ afirmaron que se debe usar la hipnosis durante los procedimientos con agujas, tales como la punción venosa, la inmunización y las punciones lumbares, en niños y en adolescentes, para reducir el dolor y la angustia durante estos procedimientos. Esto puede tener su explicación en que la hipnosis provoca una disminución de la actividad neuronal, provocando una disminución del flujo sanguíneo cerebral y por consiguiente, la inhibición de los centros corticales superiores⁹. Sin embargo, su aplicación puede ser reducida, debido a la poca disponibilidad de profesionales de la salud capacitados en las técnicas de hipnosis^{9,23}.

Por otro lado, Airoso et al.¹⁵, obtuvieron como resultado en su estudio con profesionales de enfermería que soportaban una gran carga y estrés en su trabajo, que el "masaje táctil" y la hipnosis puede ayudar a reducir el estrés y el dolor, aumentar el bienestar y la conciencia de uno mismo. En esta misma línea, en un estudio anterior, realizado por Marine et al.²⁵ se indicó que las intervenciones con técnicas de relajación y cognitivo-conductuales pueden

ser efectivas para reducir el estrés, la ansiedad y el síndrome de burnout en estos trabajadores.

Otro uso encontrado para las terapias hipnóticas, en nuestra revisión, fue durante el parto. Diversos autores defienden el uso de esta técnica durante el parto^{8,16,26}. La hipnosis durante el trabajo de parto disminuye el dolor, necesitando menos fármacos; reduce el aumento del trabajo del parto, y disminuye el miedo y la tensión de la mujer. Ya que, el hipnoalumbamiento se basa en la hipótesis de que el dolor relacionado con el parto, es resultado del miedo y la ansiedad que este proceso genera en la mujer, lo que se conoce como el síndrome de "miedo-tensión-dolor"²⁶. En esta misma línea, Beebe¹⁶ afirmó que dado que la hipnosis es una terapia poco invasiva, es una buena alternativa a las intervenciones farmacológicas durante el parto. Sin embargo, otros autores sugieren que la hipnosis debe ser una terapia complementaria al tratamiento convencional^{4,9,10}. Desde otro punto de vista, Cyna et al.¹⁷ en su estudio sobre el uso de la hipnosis durante el parto, aseguraron que el uso de esta terapia no influye en el uso de la analgesia farmacológica durante el parto y el postparto. Así como, no encontraron una disminución del dolor, del tiempo de parto, ni del tiempo de ingreso después del parto. Por el contrario, en este estudio hubo un aumento en el uso de prostaglandinas para la inducción en las mujeres asignadas al grupo de hipnosis en comparación con las del grupo control. Por ello, Cyna et al.¹⁷ no recomiendan el uso de esta terapia durante el parto, ya que no aporta beneficios para las mujeres.

Por último, se encontró en menor medida varios estudios que usaban la hipnoterapia en el campo de la enfermería para reducir la FC, FR y la ansiedad²⁴. Así como, en el campo de la cirugía plástica¹⁸ y la salud mental¹⁹.

VandeVusse et al.²⁴ en su estudio afirmaron que la hipnosis proporciona beneficios a nivel fisiológico y psicológico, pero no encontraron cambios significativos entre el grupo experimental y el control en la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria y los niveles de ansiedad inmediatamente después de la experiencia hipnótica. Sin embargo, en estos hallazgos sí que encontraron que los beneficios de la hipnosis eran medibles cuando fue utilizado por mujeres que no habían tenido una experiencia previa con la hipnosis. Por el contrario Álvaro et al.¹², encontró útil el tratamiento de la hipnoterapia para conseguir un equilibrio homeostático, en su estudio para el manejo de la fibromialgia.

El uso de la hipnosis en el campo de la cirugía plástica fue estudiado por Hildebrand et al.¹⁸. Estos autores sugieren que las técnicas de relajación e hipnosis proveen una amplia gama de posibles intervenciones para la enfermería en este campo, ya que disminuye el dolor percibido por el paciente, proporcionando una mejor atención y mejorando la experiencia general del paciente. Otro estudio sobre el uso de la hipnosis por enfermería, es el llevado a cabo por Mottern¹⁹ en el campo de la salud mental. Este estudio afirma que el incremento del uso de la hipnosis promete ser una intervención eficaz para el alivio tanto del sufrimiento físico y psicológico, como para la prevención de enfermedades, y la optimización de la salud mental, mejorando la calidad de vida. A pesar de ello autores como Elkins et al.⁵, afirman que la hipnosis clínica para pacientes con trastornos psicológicos que implica delirios es desaconsejable. La literatura de la hipnosis clínica ha enumerado comúnmente exclusiones para pacientes diagnóstico de esquizofrenia o trastorno límite de la personalidad.

Finalmente, decir que, la hipnosis debe ser dirigida por profesionales que estén formados en esta técnica^{9,22}, ya que las técnicas hipnóticas suele estar muy mitificadas y asociadas a prejuicios, creando sensación de miedo a perder el control de sí mismo por aquellos que la desconocen^{1,3,15}. Al mismo tiempo, el nivel de

aceptación de estas técnicas y el potencial de futuro de la utilización de estas por parte del personal sanitario hospitalario sigue siendo escaso, ya que existen numerosas barreras institucionales para el uso de ellas^{9,16}. A pesar de esto, autores como Vargas², Griñán et al.⁴ y VandeVusse et al.²⁴ sugieren que las enfermeras pueden aprender más acerca de la hipnosis a través de sus propios métodos de educación y formación continua, pudiendo incorporar estas técnicas directamente en su práctica clínica.

Por todo esto, concluimos que actualmente, sigue siendo difícil cuantificar los beneficios exactos de la hipnoterapia, ya que el número de estudios con una buena calidad metodológica que evalúe la implicación de la hipnoterapia como procedimiento terapéutico en diferentes patologías es limitado.

A pesar de ello, la evidencia empírica indica claramente que la hipnosis, especialmente en el campo de la salud, aumenta la eficacia de las intervenciones convencionales, recomendándose su uso como técnica coadyuvante y no unitaria. Estas técnicas fomentan que los pacientes puedan controlar y mejorar una amplia gama de problemas médicos y psicológicos, así como mejorar su calidad de vida, ahorro de tiempo y dinero, lo que implicaría grandes ventajas para el sistema sanitario.

Por otro lado, si es bien conocido, demostrándose científicamente, como las terapias como la relajación o la hipnosis, tiene una gran repercusión en el control del dolor, el estrés y la ansiedad. Esto es debido a la alteración del estado de conciencia para que las experiencias que normalmente se perciben, como dolorosas o estresantes, no lleguen a la conciencia o lo hagan con menos fuerza. Por lo tanto, los procedimientos hipnóticos se han considerado eficaces, como terapia complementaria, en el tratamiento del dolor, en el tratamiento de la depresión, ciertos trastornos del sueño, pérdida de peso, dejar de fumar, el asma, la enuresis en los niños, y la preparación para la cirugía.

Por tanto los profesionales de ciencias de la salud, como puede ser el campo de la enfermería, debería de desarrollar futuras investigaciones sobre este tipo de técnicas, ya que debido a su relación directa con estos problemas de salud, podría aportar al campo de la salud nuevos conocimientos en el desarrollo de las dimensiones cognitivas, conductuales y relacionales del ser humano. A pesar de ello, debido al misticismo que ha rodeado siempre a este tipo de terapias cognitivo-conductual, existen numerosas barreras para poder usar la hipnosis como procedimiento terapéutico.

Bibliografía

1. Tortosa F, González-Ordi H, Miguel-Tobal JJ. (1999). La hipnosis. Una controversia interminable. *An Psicol*. 1999;15(1):3-25.
2. Vargas W. Consideraciones psicológicas sobre la hipnosis aplicada al manejo del dolor. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*. 2005;4(2):1-33.
3. Ruiz JC, Santibáñez-Hidalgo G. Definiendo la hipnosis desde la psicobiología: algunas líneas de desarrollo científico de los fenómenos hipnóticos. *Cuadernos de neuropsicología*. 2008;2(2):150-66.
4. Griñán F, Iglesias C, Muñoz I, Rodríguez MM, del Rey LM, Sánchez L. Hipnosis como intervención enfermera. Madrid: Congreso Internacional AENTDE/NANDA-I; 2010.
5. Elkins G, Fisher W, Johnson A, Sliwinski J. Clinical hypnosis for the palliative care of cancer patients. *Oncology (Williston Park)*. 2012;26(8):26-30.
6. Martínez P, Asís M. Hipnosis, teoría, métodos y técnicas. La Habana: Editorial Científico-Técnica; 1989.
7. Hewitt W. Hypnosis. A power program for self-improvement changing your life and helping others. St. Paul, Minnesota: Illewellyn Publications; 1989.
8. Semple A, Newburn M. Research overview: Self-hypnosis for labour and birth. *Perspective-NCT's journal on preparing parents for birth and early parenthood*. 2012;16:20.
9. Mendoza ME, Capafons A, Espejo B, Montalvo D. Creencias y actitudes hacia la hipnosis de los psicólogos españoles. *Psicothema*. 2009;21(3):465-70.
10. Mendoza ME, Capafons A. Efficacy of clinical hypnosis: a summary of its empirical evidence. *Papeles del Psicólogo*. 2009;30(2):98-116.
11. Cardeña E, Maldonado J, Galdón MJ, Spiegel D. La hipnosis y los trastornos posttraumáticos. *An Psicol*. 1999;15(1):147-55.
12. Álvaro T, Traver F. Una visión psiconeuroinmunológica de la fibromialgia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2010;15(3):149-63.
13. Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]*. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org
14. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin-Barcelona*. 2010;135(11):507-11.
15. Airosa F, Andersson SK, Falkenberg T, Forsberg C, Nordby-Hörnell E, Öhlén G, et al. Tactile massage and hypnosis as a health promotion for nurses in emergency care-a qualitative study. *BMC Complem Altern M*. 2011;11(83):1-8.
16. Beebe KR. Hypnotherapy for Labor and Birth. *Nursing for Women's Health*. 2014;18(1):50-8.
17. Cyna AM, Crowther CA, Robinson JS, Andrew MI, Antoniou G, Baghurst P. Hypnosis Antenatal Training for Childbirth: a randomised controlled trial. *An International Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2013;120:1248-59.
18. Hildebrand LE, Anderson RC. Hypnosis and Relaxation in the context of Plastic Surgery Nursing. *American Society of Plastic Surgical Nurses*. 2011;31(1):5-8.
19. Mottern R. Using hypnosis as Adjunct Care in Mental Health Nursing. *J Psychosoc Nurs*. 2011;48(10):41-4.
20. Pearce L. Recovery through suggestion. *Nursing standard*. 2013;27(44):20.
21. Rutten J, Reitsma J, Vlieger A, Benninga M. Gut-directed hypnotherapy for functional abdominal pain or irritable bowel syndrome in children: a systematic review. *Arch Dis Child*. 2013;98:252-7.
22. Schaefer R, Klose P, Moser G, Häuser W. Efficacy, Tolerability, and Safety of Hypnosis in Adult Irritable Bowel Syndrome: Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med*. 2014;76:1-10.
23. Uman LS, Birnie KA, Noel M, Parker JA, Chambers CT, McGrath PJ, et al. Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents (Review). *Cochrane Db Syst Rev*. 2013;10.
24. VandeVusse L, Hanson L, Berner MA, White JM. (2010). Impact of Self-Hypnosis in Women on Select Physiologic and Psychological Parameters. *Jognn-J Obst Gyn Neo*. 2010;39:159-68.
25. Marine A, Routsalainen JH, Serra C, Verbeek JH. Preventing occupational stress in healthcare workers. *The Cochrane Library*. 2009;4.
26. Baker K. How to support hypnobirthing. *Midwives*. 2014;5:34-5.

DIETA ALCALINA CONTRA EL CÁNCER DE MAMA

ALKALINE DIET AGAINST BREAST CANCER

■ ANTONIO CASTELLANO CECILIA. D.E., HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, CÓRDOBA
 ■ SOLEDAD FÁTIMA VEGA POZUELO. D.E., HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, CÓRDOBA
 ■ FÁTIMA ORTIZ CLEMENTE. D.E., HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA, CÓRDOBA

RESUMEN: El objetivo es conocer la eficacia de un plan de alimentación basado en una dieta alcalina, para evaluar sus efectos en una población de estudio con Cáncer de mama.

Para ello, 12 mujeres diagnosticadas de Cáncer de mama se incluyeron en un estudio experimental y prospectivo de una dieta alcalina para valorar su eficacia. Se tratará de un ensayo clínico. Impartiéndose una encuesta inicial y una encuesta final. La valoración final mostró un dato significativo, en un 66% de los casos, los efectos colaterales (náuseas, vómitos etc.) de la quimioterapia se ven mermados debido a la dieta alcalina. El 58% de los casos se encuentran mejor de ánimo que al inicio de la misma. Un 66% de los casos bajaron de peso 2 kg. de media, aproximadamente. Parece haber evidencia de que un plan de alimentación alcalino influye directamente en el tratamiento y evolución de las pacientes con Cáncer de mama.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, Dieta, Alimentación, Alcalina, Mujer.

ABSTRACT: The goal is to determine the effectiveness of an eating plan based on an alkaline diet to evaluate its effects in a study population with breast cancer.

To this end, 12 women diagnosed with breast cancer were included in a prospective experimental study of an alkaline diet to assess its effectiveness. It will be a clinical trial. Being imparted an initial survey and a final survey.

The final evaluation showed a significant fact, 66% of cases, side effects (nausea, vomiting, etc.) chemotherapy are diminished due to the alkaline diet. 58% of cases are better mood than at the beginning of it. 66% of cases lost weight 2kg. On average, approximately.

There seems to be evidence that an alkaline food plan directly affects the treatment and outcome of patients with breast cancer.

KEY WORDS: Cancer, Diet, Food, Alkaline, Woman.

INTRODUCCIÓN

El balance ácido-alcalino del cuerpo es crítico para una buena salud. No se puede pensar seriamente en individualizar una dieta sin considerar sus efectos sobre el balance del pH en el cuerpo de uno. Los humanos necesitamos un constante consumo de alimentos alcalinos para neutralizar la continua generación ácida. Nuestra vida y salud dependen del poder fisiológico para mantener la estabilidad del pH de la sangre en aproximadamente 7.4. Este proceso se llama homeostasis. El término pH significa "potencial" de "Hidrógeno." Es la cantidad de iones de hidrógeno en una solución particular. Cuando hay muchos iones de hidrógeno, el pH indica una solución ácida¹. Cuando la cantidad de iones de hidrógeno es pequeña, el pH indicaría una solución alcalina. El pH se mide en una escala de 0.0 a 14.0. Cualquier nivel sobre 7.0 se define como alcalino y cualquier nivel bajo 7.0 es considerado un pH ácido. El pH de 7.0 se define como neutro. El pH del agua pura es 7.0.

El pH normal para todos los tejidos y fluidos en el cuerpo, excepto el estómago, es alcalino². La sangre debe mantenerse entre 7.35 y 7.45. Debido a que el pH de la sangre tiene un rango tan pequeño, el cuerpo da una gran prioridad para mantener la homeostasis del pH de la sangre en 7.4. Por lo cuál el pH de la sangre, está íntima y críticamente relacionado con una buena digestión, ya que los cambios significativos de pH en la sangre son usualmente indicadores de enfermedad.

La segunda prioridad del delicado sistema homeostático es la de mantener la digestión de tal forma que los nutrientes puedan ser asimilados y transportados a las varias partes del cuerpo para mantener un balance ácido-alcalino adecuado de la sangre y del cuerpo en general.

Existe una limitación en relación con cuanto puede compensar el cuerpo en un desbalance de ácido-alcalino si no cambiamos la dieta para balancear³ esta relación en el pH, que entra en el sistema

por medio de los alimentos. Por lo que la ingesta de alimentos juega un papel muy importante en el balance del cuerpo. Las células cancerígenas pueden vivir mejor que las células normales en un fluido extracelular ácido y de baja oxigenación.

Hay una variedad de causas para el desbalance ácido-alcalino, pero la dieta es el factor principal. Generalmente, si nuestra dieta incluye muchos alimentos ácidos tales como: grandes cantidades de carnes, embutidos, granos, leche pasteurizada, grasas, azúcar, y exceso de proteína en general, en personas de cierta estructura, su cuerpo se vuelve ácido. Si se consume muchos alimentos alcalinos tales como: frutas, vegetales, miso y vegetales de mar, con esa misma estructura, se puede volver el cuerpo alcalino.

La grasa, en general, tiende a ser ácida a neutral por su lenta digestión, que crea más putrefacción y por lo tanto, más acidez. En el caso del azúcar blanca, debido al proceso de refinamiento, no tiene minerales alcalinos. Los carbohidratos complejos como los granos, se metabolizan mas lenta y regularmente y no producen los ácidos orgánicos producidos por los carbohidratos simples como el azúcar.

Es importante comprender que no se puede decir qué alimentos son ácidos o alcalinos por su sabor. Existen varios factores que determinan si un específico alimento le hace ácido o alcalino al cuerpo. Por ejemplo, un limón orgánico maduro, que es un alimento que contiene altas concentraciones de ácidos orgánicos, tiene sabor ácido y es clasificado como una fruta ácida, es realmente un alimento de formación alcalina. Esto se debe a que su alta concentración de minerales alcalinos tiene un efecto general de incrementar la reserva alcalina del cuerpo, haciendo al cuerpo más alcalino. Los suaves ácidos orgánicos del limón actúan como agentes de limpieza en el estómago. En el proceso digestivo, estos ácidos se convierten en dióxido de carbono y agua y, por eso, no crean una condición ácida en el sistema. El calcio, el magnesio, el sodio, el potasio y el hierro son los minerales alcalinos principales.

Los alimentos que tienen altas concentraciones de estos minerales son considerados alimentos de formación alcalina. Alimentos que son altos en azufre, fósforo, yodo y cloro son alimentos de formación ácida. La mayor parte de alimentos naturales tienen minerales de formación ácida y alcalina en ellos. Las carnes son de formación ácida. La mayor parte de granos y de productos lácteos también, especialmente si son pasteurizados. La leche de cabra fresca y la leche de vaca fresca son ligeramente alcalinas. Los quesos procesados son ácidos. La mantequilla es neutral a ácida. La mayor parte de aceites son ligeramente ácidos a neutrales. La mayor parte de nueces, fréjol, azúcares simples, y proteínas vegetarianas son ácidas hasta cierto punto.

La vitamina A, también es ácida, aunque eso no se aplica al beta caroteno. La vitamina K es alcalina y ayuda a mantener el calcio, que es uno de los minerales alcalinos principales.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Otto Warburg (1883-1970) – premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1931 por su descubrimiento de la “enzima respiratoria” citocroma oxidasa – postularía que la cancerización de las células sanas la provoca la alteración de los mecanismos de obtención de energía que se encuentran en las mitocondrias. Explicando que mientras las células sanas generan energía mediante la ruptura oxidativa de la glucosa en el interior de la mitocondria o quemando grasas, los tumores y las células cancerosas la obtienen a través de una ruptura no oxidativa de la glucosa mediante un tipo de fermentación de tipo anaeróbico, es decir, sin oxígeno. Y fue debido a esta diferencia entre cómo obtienen la energía las células sanas y las cancerosas lo que llevó a Warburg a sostener que el cáncer debe considerarse una enfermedad mitocondrial. Las células anaeróbicas del organismo, las que no utilizan oxígeno – como las células de la cornea, el cristalino y ciertas regiones de la retina – no desarrollan cáncer.

EPIC es un estudio prospectivo multicéntrico, que se inició en 1993 con la recogida de datos en 22 centros de 9 países europeos: Dinamarca, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Holanda, España, Suecia y el Reino Unido⁴. En España⁵ se realiza con la participación de la Consejería de Sanidad y Servicio Sociales del Principado de Asturias, la Delegación de Salud de Guipúzcoa del Gobierno Vasco, la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra y la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada. El estudio ha sido promovido, y es parcialmente financiado por el Programa de Europa contra el Cáncer de la Unión Europea.

En la actualidad, desgraciadamente la oncología oficial piensa solo que debe destruirse el tumor a toda costa con poderosos “venenos” celulares, a pesar del daño al paciente y el coste-beneficio que implica.

En el futuro, como podemos observar (tabla 1), el aumento en el número de casos de cáncer prevalentes en España, se trata de Estimaciones de la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC) para el año 2012. Mujeres (0-65+). Elaboración a partir de datos de Globocan 2007 (Ferlay et al., 2009). Resalta los datos del cáncer de mama por los resultados representados.

OBJETIVOS

- General** - Determinar la eficacia de una dieta alcalina instaurada en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama.
- Específicos** - Valorar la dieta alcalina como plan de alimentación para regular IMC en pacientes con Cáncer de mama. Valorar como la dieta alcalina puede atenuar los efectos secundarios de los tratamientos llevados a cabo en el cáncer de mama. Valorar la puesta en práctica de un plan de alimentación alcalino desde el punto de vista práctico.

Cáncer	Casos anuales	Defunciones anuales	Prevalencia 1 año	Prevalencia 3 años	Prevalencia 5 años
Cavidad Oral	959	242	821	2122	3136
Nasofaringe	129	43	102	273	422
Faringe (otros)	124	60	85	227	352
Esófago	261	247	137	312	434
Estómago	3046	2491	1740	4130	5900
Colon y recto	9546	5206	7693	19715	29292
Hígado	1339	1583	434	879	1144
Páncreas	1750	1842	349	688	891
Laringe	147	64	141	397	629
Pulmón	2038	1870	943	1965	2575
Melanoma de piel	1747	326	1751	5060	8103
Mama	15855	5914	15753	44602	69993
Cuello del útero	2103	739	1941	5343	8306
Cuerpo del útero	3856	1109	3578	9811	15168
Ovario	3262	1679	2529	6310	9159
Riñón	1307	578	1102	2955	4540
Vejiga	1510	723	1300	3496	5367
Encéfalo, sistema nervioso	1529	1072	644	1404	1903
Tiroides	1154	195	1047	3024	4901
Unfoma no-Hodgkin	2476	1154	1992	5258	7997
Enfermedad de Hodgkin	403	95	356	983	1538
Mieloma múltiple	1042	785	867	2055	2888
Leucemia	1916	1272	1371	3517	5279
Todas las localizaciones, excepto piel	63983	34647	50573	134031	203736

Tabla 1

MATERIAL Y MÉTODO

Las personas sometidas a estudio cumplieron el documento de consentimiento y protección de datos elaborados para el proyecto. (anexo 1)

Cumplimentaron Encuestas Iniciales a mediados del mes de Marzo de 2011 y Encuestas Finales a mediados del mes de Mayo del mismo año. (anexos 2-3)

Para la obtención de datos antropométricos se utilizaron un tallímetro común (precisión calibrada) y una báscula Tanita TBF 300 GS (Biológica Tecnología Médica, S.L.) para el peso total.

Universo de estudio: Asociación Onubense de cáncer de mama Santa Águeda. Huelva.

Muestra: El estudio será constituido por 12 mujeres diagnosticadas de Cáncer de mama, residentes en la provincia de Huelva, con edades comprendidas entre 30 y 60 años, e integradas en la Asociación Onubense de cáncer de mama Santa Águeda. Huelva.

Metodología de estudio: Se realiza la evaluación experimental y prospectiva del Plan de Alimentación Alcalino. Previo a la realización del Ensayo Clínico y una vez explicado el procedimiento y entregado los consentimientos, se les pasó una encuesta inicial a las pacientes diagnosticadas de cáncer de mama de la asociación, las cuales fueron elegidas de forma aleatoria y al azar. Tras la cumplimentación de las encuestas las participantes en el estudio fueron medidas (tallímetro común) y pesadas (báscula Tanita TBF 300 GS). Tras la primera toma de contacto con las mujeres a estudio y realizadas las pruebas diseñadas, se explican las condiciones en las que se llevarán a cabo el Plan de Alimentación Alcalino para pacientes con Cáncer de mama. Se entrega dossier con Plan de Alimentación (anexo 4) explicándose particularidades y dudas de las participantes. A los 2 meses del inicio del Plan de alimentación de realizó la Encuesta Final, documentos imprescindibles para la elaboración de resultados del estudio.

Metodología estadística: Para el análisis de los datos se utilizó el software estadístico SPSS, previamente se elaboraron tablas con software con Microsoft Office Excel, que posteriormente diseñaron gráficas de resultados.

Variables de estudio:

Mediante la encuesta se realizó la recogida de datos a estudio.

Las variables:

✓ Peso.	✓ Quirúrgicos
✓ Talla.	✓ Prevención
✓ IMC.	✓ Diagnóstico
✓ Edad.	✓ Efectos Secundarios.
✓ Hábitos nutricionales.	✓ Dietas alimentarias.
✓ Tratamientos médicos.	✓ Personas de apoyo.

RESULTADOS

El 58% de las encuestadas recibieron información sobre la detección precoz antes del diagnóstico de la enfermedad, el 59% fue detectado en una revisión médica y el 33% con autoexploración. El 83% acuden siempre a las revisiones pautadas. Respecto al tratamiento el 33% fue quirúrgico, del cual el 67% fue mastectomía radical, el 28% quimioterapia, y el 22% hormonoterapia. El 67% realiza o ha realizado algún tipo de dieta. El 67% conoce alguna relación de dieta-cáncer. El 67% no había oído hablar de alimentos

alcalinos o dietas alcalinas. El 58% no fuma durante el proceso de la enfermedad. El 67% tiene sobrepeso u obesidad.

Toda la muestra indagó sobre los conceptos de dietas alcalinas. El 67% le resultó sencillo llevar este tipo de dieta y hábitos alimenticios. El 83% consultó con un experto en nutrición sobre este tipo de dietas. El 58% continuará con este tipo de dieta una vez finalizado el proyecto. El 83% de las pacientes encuestadas creen que dicha dieta ha influido positivamente en su estado.

La dieta sería la causante de más de la tercera parte de los casos. Al mismo tiempo, algunos alimentos y/o nutrientes son protectores frente al cáncer. El papel patogénico de la dieta 7-8 parece especialmente importante en los tumores del tracto gastrointestinal, mama⁹, próstata y endometrio, aunque es difícil conocer con precisión cuál es el efecto atribuible a la dieta en el origen y desarrollo de los tumores por la interrelación de la dieta con otros factores: ambientales, genéticos y de estilo de vida¹⁰.

La población que se estudió era muy heterogénea en cuanto a: diagnóstico, tratamiento médico, estadio de la enfermedad y tiempo de tratamiento, pero nos permitió un primer acercamiento al perfil nutricional de los pacientes adscritos al proyecto de investigación llegado a cabo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Estudios epidemiológicos han demostrado una fuerte relación causal entre el cáncer de mama y determinados hábitos de vida, como el tabaquismo, la exposición a contaminantes ambientales y también con el consumo de alimentos⁶.

Debido a que la investigación no se ha dilatado el tiempo apropiado y a diversas variables no tenidas en cuenta por complejidad del estudio (polimedicación, tratamiento de base, ausencia de análisis de sangre...) la eficacia de la dieta alcalina no es del todo concluyente. Sí es muy destacable que en el 58% de media, en los casos estudiados los efectos secundarios de los tratamientos "anticáncer" se ven mitigados según las personas estudiadas, aunque la fiabilidad del dato se ve mermada cuando preguntamos si ha tomado algún otro fármaco para mejorar la sintomatología, donde nos contestan que "sí he tomado algún que otro antihemético". Para concluir indicar de modo puntual las pautas para alcalinizar el organismo: 1) Bajar o parar el consumo de carnes 2) Bajar el consumo de proteínas en general 3) Bajar el consumo de grasa 4) Bajar el consumo de lácteos pasteurizados, incluyendo el yogurt 5) No comer azúcar blanca 6) Comer mas frutas frescas y crudas, vegetales y sus jugos 7) Comer alimentos crudos como brotes verdes, hierbas y ciertas nueces, semillas y granos de formación alcalina 8) Consumir alimentos alcalinos específicos como: jugo de limón puro, al menos dos veces al día, te, alimentos con vitamina K. La hoja externa de la col tiene alto contenido de vitamina K. El jugo de la hierba de trigo es un excelente alcalinizante⁹) Usar enzimas de plantas para mejorar la digestión de las grasas.

Estamos acostumbrados a considerar el cáncer como un enemigo muy poderoso, capaz de invadir los tejidos y resistir a todo esfuerzo terapéutico. Esto es totalmente equivocado. Las células cancerosas son mucho más débiles que las normales porque su metabolismo es muy ineficiente. Solo pueden usar la glucosa como alimento y obtienen 18 veces menos cantidad de energía de una molécula de glucosa que una célula normal. Sólo pueden vivir en un medio ácido, con muy poco oxígeno y únicamente pueden usar la glucosa como alimento. Cuando el pH baja, el suministro de oxígeno a las células sufre.

AGRADECIMIENTOS

Asociación Onubense de cáncer de mama Santa Águeda. Huelva.

Anexo 1

COMUNICACIÓN Y PETICIÓN DE CONSENTIMIENTO A LOS PACIENTES PARA EL TRATAMIENTO DE SUS DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que:

1. Los datos de carácter personal facilitados no se incorporarán a ninguna base de datos pública, ni con carácter comercial.
2. Los datos facilitados se utilizarán exclusivamente para la elaboración de estadísticas, tablas y gráficos con metodología científica/investigadora.
3. Los datos personales no serán cedidos a terceras personas.

No obstante, sus datos podrán ser consultados por usted mismo o cualquier persona física o jurídica con poder notarial. Asimismo, las estadísticas y encuestas que se elaboren con estos datos podrán ser cedidos a organismos públicos y/o privados.

De todo lo cual se da por notificado de la realización de tales cesiones.

En consecuencia, consiente libre, expresa, específica e inequívocamente el tratamiento y las cesiones de los datos de carácter personal necesarios, incluidos los definidos en el artículo 7 de la citada Ley 15/1.999, consentimiento que podrá revocar en cualquier momento, sin efectos retroactivos, siempre que legalmente proceda.

La negativa a prestar los datos necesarios para la realización del proyecto de investigación, podría excluir del mismo al sujeto de estudio.

Si decidiera ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de acuerdo con la referida Ley 15/1999, puede hacerlo por escrito al responsable del estudio.

Nombre y Apellidos:

DNI:

Firma:

Fecha:

Anexo 2

Esta encuesta se realiza de manera anónima. Sus respuestas ayudarán en un estudio de investigación del cáncer de mama. Las preguntas con (*) son obligatorias.

Marque el símbolo con una X en la respuesta elegida.

¿Ciudad? *

¿Edad? * _____ **años**

¿Peso? * _____ **Kg.**

¿Altura? * _____ **cm.**

¿Recibió información sobre la detección precoz antes de diagnosticarle cáncer de mama?

- ☐ Sí
☐ No

¿Cómo fue detectado?

- ☐ Revisión médica
☐ Por la pareja
☐ Auto-examen o palpación de seno
☐ Otros _____

¿Hace cuanto tiempo que fue detectado? *

- ☐ Menos de 5 años
☐ Entre 5 y 10 años
☐ Más de 10 años

¿Acude a las revisiones de su médico?

- ☐ Siempre
☐ A veces
☐ Nunca

¿Cuál fue/es el tratamiento médico? *

- ☐ Cirugía
☐ Quimioterapia
☐ Radioterapia
☐ Hormonoterapia
☐ Anticuerpos monoclonales
☐ Otros

¿Qué tipo de cirugía se le practicó? *

- ☐ Mastectomía radical
☐ Cuadrantectomía con vaciamiento ganglionar completo.

☐ Cuadrantectomía con vaciamiento ganglionar parcial.

☐ Cuadrantectomía sin vaciamiento ganglionar.

¿Qué efectos secundarios asocia al tratamiento administrado? *

- ☐ Náuseas
☐ Vómitos
☐ Caída del pelo
☐ Astenia(cansancio)
☐ Menopausia precoz
☐ Retención de líquidos
☐ Pérdida de peso
☐ Dificultad de movimientos
☐ Escoror o Quemaduras
☐ Otros _____

Indique ¿que otros efectos secundarios?

Durante la enfermedad ¿tuvo/tiene el apoyo de? *

- ☐ Médico
☐ Enfermera
☐ Farmacéutico
☐ Asociaciones
☐ Familiares y Amigos
☐ Otros _____
☐ No tuve/tengo apoyo

¿Realiza o ha realizado algún tipo de dieta? *

- ☐ Sí
☐ No

¿Toma algún tipo de soporte nutricional? *

- ☐ Sí
☐ No
☐Cuál: _____

¿Conoce algún estudio que relacione la dieta con el Cáncer de Mama? *

- ☐ Si
☐ No

¿Ha escuchado hablar de los alimentos alcalinos o dietas alcalinas? *

- ☐ Si

☐ No
¿Realiza una dieta equilibrada? *

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sabe.

¿Toma más de una bebida alcohólica al día? *

- ☐ Sí
☐ No

¿Tiene sobrepeso u obesidad? *

- ☐ Sí
☐ No

Esta encuesta se realiza de manera anónima. Sus respuestas ayudarán en un estudio de investigación del cáncer de mama. Las preguntas con (*) son obligatorias.

Marque el símbolo con una X en la respuesta elegida.

¿Ciudad? *

¿Edad? * _____ años

¿Peso? * _____ Kg.

¿Altura? * _____ cm.

¿Ha indagado sobre los conceptos de dieta alcalina?

- ☐ Sí
☐ No

¿Le ha sido compleja o de difícil ejecución llevar a cabo la dieta alcalina?

- ☐ Sí, muy difícil de llevar a cabo.
☐ No, me resultó sencillo
☐ Regular, hay puntos que he saltado.
☐ Otros

¿Ha consultado ha algún otro experto (médico, nutricionista,...) sobre los efectos de las dietas alcalinas? *

- ☐ Sí
☐ No

¿Va a continuar la dieta alcalina una vez finalizado el proyecto?

- ☐ Sí
☐ A veces
☐ No

¿Le resultó difícil encontrar los productos aconsejados en la dieta alcalina? *

- ☐ Sí
☐ No
☐ Algunos productos sí

¿La dieta le ha producido estreñimiento?

- ☐ Sí
☐ No

Económicamente, ¿los productos aconsejados en la dieta alcalina son caros?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Algunos productos sí

¿Es usted fumadora? *

- ☐ Sí
☐ No
☐ Ex-fumadora

¿Le gustaría recibir los resultados del estudio?

- ☐ Sí
☐ No

Muchas Gracias por la cumplimentación de la encuesta.

Anexo 3

¿Algún efectos secundarios asociados al tratamiento administrado ha desaparecido o ha mejorado a raíz de instaurar la dieta? Señala cuál/cuales han mejorado o desaparecido *

- ☐ Náuseas
☐ Vómitos
☐ Caída del pelo
☐ Astenia (cansancio)
☐ Menopausia precoz
☐ Retención de líquidos
☐ Pérdida de peso
☐ Otros

Indique ¿que otros efectos secundarios?

¿Toma algún tipo de soporte nutricional? *

- ☐ Sí
☐ No
☐ Cuál:

¿Cree que la dieta alcalina ha influido positivamente en su estado actual? *

- ☐ Sí
☐ No

Si se encuentra mejor anímicamente, ¿cree que es debido a la dieta? *

- ☐ Sí
☐ No

¿Realiza una dieta equilibrada? *

- ☐ Sí
☐ No
☐ No lo sabe.

¿Toma más de una bebida alcohólica al día? *

- ☐ Sí
☐ No

¿Tiene sobrepeso u obesidad? *

- ☐ Sí
☐ No

¿Es usted fumadora? *

- ☐ Sí
☐ No
☐ Ex-fumadora

Muchas Gracias por la cumplimentación de la encuesta.

Anexo 4

PLAN DE ALIMENTACIÓN DISEÑADA PARA PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

LÍQUIDOS: Es importante beber bastante. No tome el agua fría de la nevera, en verano sólo fresca.

Nada mas levantarse un vaso de agua tibia. Consuma los líquidos

entre comidas (porque no es recomendable tomar mucho liquido con las comida).

Bebida alcalinizante: Un litro de zumo de zanahoria cruda, remolacha y pepinos (10/3/3 partes) en 6 dosis por ejemplo. Además 4-5 veces a lo largo del día (entre las dosis del anterior zumo) consuma cada vez el zumo de un limón diluido en un vaso de agua tibia (sin azúcar).

Otra opción es tomar zumo de espinaca y zanahoria (6/10 partes de cada). 1/2 - 1 litro al día. De remolacha y zanahoria (1/1 partes). De zanahoria y manzana. De uvas (solo por la mañana por ser fruta) uvas negras mejor. En enfermedades de estómago o intestinos: zumo de col cruda + zanahoria (1/2 partes). En enfermedad o intoxicación hepática: de remolacha o remolacha y zanahoria.

Infusiones (te verde, tomillo, boldo, valeriana, manzanilla -con o sin anís-, poleo-menta, tila...) o simplemente agua caliente antes o después de las comidas que puede llevarse a la calle en un termo. Se recomiendan 4-5 ó más bebidas calientes al día entre comidas.

- Mastique bien los alimentos. No coma pensando en trabajo, problemas, dinero, o viendo tele.
- Alimentos crudos (ensaladas con verduras picadas) todos los días en comida y/o cena. Preferiblemente ecológicos o, en su defecto, lavados bien.
- Compruebe si es alérgico o intolerante a algún alimento y en tal caso elimínelos.
- Si padece estreñimiento póngase un enema de agua templada-caliente y, si es persistente, añada al agua media taza de café.
- Use las especias con moderación. Las más adecuadas son el tomillo, romero, el clavo, el perejil, el comino, el hinojo y la salvia. La sal marina.
- Especias calientes: jengibre, especias picantes, canela, curri, etc...

FRUTA: Se debe consumir sola (no como postre), la fruta como los dulces se digieren mal y tiene que usar más energía si se toman como postre o mezcladas con otros alimentos. Tómelas entre horas o solas como desayuno o merienda. En invierno sobre todo es recomendable no tomar fruta a partir de la hora de la comida (salvo manzana que se permite en merienda incluso cena) porque al ser un alimento frío no es recomendable por la noche. No se deben mezclar ácidas con dulces. Son **ÁCIDAS:** Melocotón, Cerezas, Arándanos, Albaricoque, Ciruelas, Granada, Grosella, Nectarina, Piña, Zarzamora, Kiwi (solo si estreñimiento); y **DULCES:** Manzana, Pera, Frambuesa, Fresa, Mango, Membrillo, Mora, Níspero.

- El Melón, Sandía o Papaya no se deben mezclar con otras frutas (solo una de las tres y solas).
- Se pueden comer masticadas las semillas de uvas, y manzanas (muy recomendable).
- Restrinja el consumo de cítricos salvo limones (en los zumos).

FRUTOS SECOS: Todos menos cacahuetes. Recomendables nueces, castañas, avellanas. Por ejemplo algunos a media mañana o en la merienda.

Desayuno :

Fruta cruda y fresca de temporada que más le apetezca. Y si le apetece, cualquiera de las infusiones recomendadas, tanto solas como mezclando algunas (las mujeres embarazadas deben consultar a su médico). O leche vegetal (soja, avena, almendras...). Puede añadirle polen o miel virgen.

Sin mezclar con fruta: Pan integral con aceite oliva o con aguacate o miel virgen. O con tomate crudo. Muesli o cereales integrales.

Nos referimos a pan integral de verdad, no pan con salvado, ni panes de moldes ni panes tostados en bolsa, etc. "Pan hecho con harina integral" (trigo, centeno...).

Los cereales integrales en copos (aplastados y nada mas) se compran en herboristerías o tiendas especializadas. Con el pan integral pasa lo mismo.

Comida:

Abundantes vegetales (verduras, legumbres) y también 'verduras crudas' (preferentemente orgánicos) en ensaladas con cualquier verdura que pueda comer cruda. Recomendamos un cuenco de ensalada diaria mínimo. Con verdura abundante aderezada con aceite de oliva virgen extra (sin vinagre) o 1 cucharada de aceite de lino / y otra de aceite de oliva. Hierbas frescas (orégano, tomillo, comino, menta, laurel, hinojo...), sal marina, jugo de limón y especias (pimienta, jengibre, clavo, eneldo, enebro, anís, perejil, orégano...).

Podrá incluir en ella yema de huevo dos veces por semana. Y procure poner siempre en ella ajo, cebolla y perejil.

Entre las verduras más aconsejables están las crucíferas (toda la familia de las coles). Y puede usar otras calabacín pimiento verde, etc además de las típicas lechugas y otras. Puede añadir manzanas o pasas.

También la verdura asada o a la plancha o mejor Wok, o cocidas mejor al vapor. Aliñadas al gusto.

Especialmente tomar coliflor, brécol, brócoli, remolacha, calabacín, espárragos. Los dos primeros meses no se recomiendan al horno, hervidas, luego sí.

También puede comer legumbres siempre que las prepare sin grasa saturada (carne ni tocino, chorizo etc...). Legumbres cocidas con verduras.

Arroz "integral". Puede añadirle hierbas, piñones o pimienta negra. Al tratarse de hidrocarburos no conviene abusar y después tome un vaso de bebida alcalinizante. Lo mismo que si toma pasta integral (hidratos de carbono)

Pescado azul fresco de piscifactoría (a la plancha, ahumado-o cocido) sin piel. 4 veces: máximo en total de la semana.

No se recomienda postre: puede tomar una infusión pequeña.

Después de cenar sólo podrá tomar agua y zumos alcalinizantes o de fruta fresca si tuviera hambre.

Cena

(hágala siempre antes de las 21h):

- Sopa de verduras.
- Verduras.
- Verduras con pescado (si no comió pescado)
- Verduras con arroz integral u otro cereal y zumo alcalinizante después.
- Sopa de verduras con alforfón (trigo sarraceno) no muy caliente, hierbas y aceite de lino.

Complementos:

- Germen de trigo en copos.
- Semillas de sésamo.
- Otros

PRODUCTOS RECOMENDADOS ESPECIALMENTE

- Solo se recomienda la sal "marina", si es biológica mejor.
- Verduras frescas: especialmente crucíferas (coliflores, coles, brécol, brócoli), ajos, cebollas, puerro, pimientos verdes, remolachas rojas y zanahorias.
- Frutas frescas de temporada: especialmente uvas
- Limón: aliños, limonada.

- Aceite de oliva virgen extra.
- Cereales integrales. Sobre todo el trigo sarraceno. No abuse de los cereales (trigo, arroz, cebada, avena, centeno...), porque acidifican y tome después algo de limonada o zumo alcalinizante.
- Frutos secos. Que no tengan sal ni estén fritos. Recomendamos nueces o avellanas. No tomar cacahuete.
- Pipas de calabaza.
- Miel virgen y polen.
- Pescados sin piel. No de piscifactoría a ser posible. Solo 3 veces semana.
- Algas (pero no se obsesione con ellas: son verduras concentradas).
- Pregúnteme antes si puede usar jengibre, chile, pimienta negra como picantes en sopas, caldos o platos, porque si tuviera determinados síntomas o signos sería recomendable evitarlos.
- No coma carnes rojas y grasas. Aumentos fritos, o al horno a altas temperaturas. Tampoco margarinas y ni mantequillas.
- Eliminar por completo los alimentos procesados, cocinados y precocinados, salsas preparadas, comidas preparadas, enlatadas en conserva.
- Elimine por completo las bebidas industriales (sodas, colas, gaseosas, refrescos, etc.). Porque tienen azúcar y otros químicos. Ni supuestos sueros de venta en tiendas de alimentación o bebidas.
- No consuma marisco, ni pescados de piscifactoría: trucha, pez espada, emperador y salmón. No tome cacahuetes, bebidas alcohólicas, caté, o te negro.
- No use sal de mesa, sal fina, o sal yodada que probablemente no sea sal marina.
- Para evitar las candidiasis no consuma azúcares ni cerveza o vino, champán o cava. Tampoco salsa de soja, proteínas vegetales como miso.
- Abandone el tabaco de inmediato si fuma y evite estar en ambiente contaminados por él.

PRODUCTOS PROHIBIDOS

- Nunca: azúcar blanco, harina blanca refinada y sus derivados, bollería, pan blanco, pasta de harina blanca, arroz blanco...
- No tome leche de origen animal ni productos derivados. Salvo el requesón de la crema. Tampoco Kéfir. Tampoco embutidos ni jamón cocido (York-Praga).

El tratamiento es preventivo por lo que es apto para todos, a excepción de casos de insuficiencia cardíaca, circulatoria o renal y presión alta, que precisan control médico. Ayudan a aquellos que quieran mantenerse sanos y en forma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manz F. History of nutrition and acid-base physiology. Eur J Nutr 2001; 40 (5): 189-99.
2. Remer T, Manz F. Potential renal acid load of foods and its influence on urine pH. J Am Diet Assoc 1995; 95 (7): 791-7.
3. Remer T. Influence of nutrition on acid-base balance-metabolic aspects. Eur J Nutr 2001; 40 (5): 214-20.
4. Riboli E. Nutrition and cancer: background and rationale of the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). Ann Oncol 1992; 3: 783-791.
5. Grupo EPIC de España. El estudio prospectivo europeo sobre dieta, cáncer y salud (EPIC) en España. Med Clin (Barc) 1994; 102: 781-785.
6. Camarero E, Candamio S. Recomendaciones Nutricionales en el Paciente Oncológico. En: León M, Celaya S. Manual y Recomendaciones Nutricionales al Alta Hospitalaria. Novartis Consumer Health. Madrid, 2001.
7. Planas M, Camarero E: Plan estratégico para conseguir ingestas adecuadas. Importancia de la nutrición en el paciente oncológico. Mercé Planas y Emma Camarero. 2a Ed. Barcelona: Novartis Consumer Health, 2003. pp. 24-25.
8. Gómez Candela C y cols.: Nutrición artificial en el paciente oncológico adulto. En: Intervención nutricional en el paciente oncológico adulto. Grupo de trabajo de la sociedad española de nutrición básica y aplicada (SEMBA). 1a Ed. Barcelona: Glosa. 2003. pp. 91-101.
9. Costa I, Moral R, Solanas M, Escrich E: High-fat corn oil diet promotes the development of high histologic grade rat DMBA- induced mammary adenocarcinomas, while high olive oil diet does not. Breast Cancer Res Treat 2004; 86:225-235.
10. Segura A, Pardo J, Jara C, Zugazbeitia L, Carulla J, De Las Penas R y cols. An epidemiological evaluation of the prevalence of malnutrition in Spanish patients with locally advanced or metastatic cancer. Clin Nutr 2005 ;24(5):801-814.

RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE Y SATISFACCIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

NURSE – PATIENT RELATIONSHIP SATISFACTION OF INFORMATION RECEIVED IN EMERGENCY SERVICES

■ MORERA DE LA FUENTE, MARTA. ENFERMERA EN RESIDENCIA CRUZ BLANCA (AZNALCÓLLAR) SEVILLA.
 ■ MORAL PÉREZ, ROSA MARÍA. ENFERMERA EN IMD. SEMESUR (SEVILLA).
 ■ CARBALLAR ANDÚJAR, M^a ÁNGELES

RESUMEN: La comunicación en la relación enfermera-paciente es uno de los factores clave a la hora de prestar unos cuidados integrales y de calidad. En muchas ocasiones este proceso comunicativo tan importante puede verse delegado a un segundo plano por la falta de tiempo debida a la sobrecarga de trabajo, o por la falta de entrenamiento de los profesionales en estos aspectos. Este detrimento de la comunicación puede afectar negativamente la calidad de los cuidados y dar como resultado una mala atención a los pacientes.

Desde enfermería debemos adquirir habilidades para comunicar más y mejor, esto se verá reflejado positivamente en la calidad de los cuidados y la visión que los usuarios del sistema de salud tienen de la enfermería.

La satisfacción del paciente, y su confianza en planes diagnósticos y terapéuticos facilita la toma de decisiones, mejora los resultados del tratamiento y reduce los riesgos de una mala práctica profesional.

PALABRAS CLAVE: Enfermería. Urgencias. Enfermera-paciente. Asistencia enfermera. Servicios de urgencias. Comunicación. Burnout. Interacción. Relación.

ABSTRACT: Communication in the nurse - patient relationship is one of the key factors in providing a comprehensive care and quality.

Often this communication process can be as important delegated to the back burner for lack of time due to overwork or lack of training of professionals in these areas. This detriment of communication can negatively affect the quality of care and result in poor patient care.

Since nurses must acquire skills to communicate more and better, this will be positively reflected in the quality of care and vision that users of the health system are nursing.

Patient satisfaction, and confidence in diagnoses and treatment plans facilitates decision -making, improved treatment outcomes and reduces the risks of professional malpractice .

KEY WORDS: Nursing. Emergency. Nurse- patient. Nurse assistance. Emergency Services. Communication. Burnout .Interaction. Relationship

INTRODUCCIÓN:

El término "comunicación" proviene del latín *communicare* y significa, "poner en común". Se entiende, a partir de esta definición, que puede ser considerado como el intercambio completo de significado a través de símbolos, con (o presumiendo) una reciprocidad en la interpretación del mensaje. Independientemente del modo de comunicación, siempre está presente en la escena terapéutica, transmitiendo contenido consciente e inconsciente cuyo significado está relacionado con el contexto en el que se produce .(1) Por consiguiente, el profesional de enfermería requiere manejar unos sistemas de comunicación tales como: intrapersonal (diálogo interior), interpersonal (expresión de sentimientos, resolución de problemas) y transpersonal (meditación-espiritual). De esta manera, la comunicación se torna en una manifestación clara de valores y actitudes como la comprensión, empatía, aceptación, autenticidad y respeto. Es un proceso que permite establecer y consolidar una relación terapéutica que, centrada en un proceso de interacción, tiene como propósito identificar, comprender y satisfacer las necesidades psicológicas y psicosociales a las que se enfrentan tanto el paciente como su familia. La base fundamental de esta es el trabajo en equipo o "concordance" entre paciente y enfermera, y la identificación de objetivos consensuados entre ambos. Si la relación entre profesional y paciente no es efectiva, los resultados son menores. Para lograr una mayor efectividad en la comunicación es necesaria una negociación subjetiva, además, es preciso considerar un trabajo anticipado con respecto a la comunicación,

ya que es una técnica que requiere habilidades personales y sociales para lograr proporcionar bienestar al paciente.(2)

En el escenario de emergencia, la enfermera precisa estar atenta a las diferentes formas de comunicación no verbal, pues muchos pacientes que llegan a la unidad presentan condición clínica desfavorable para la comunicación verbal. La enfermera en ese momento necesita observar lo que la expresión facial y el cuerpo manifiestan como señales y síntomas, a fin de evaluar el cuadro clínico objetivo y subjetivo e instituir el cuidado adecuado. (6)

Una buena comunicación permite conocer las necesidades de información del paciente y sus preocupaciones, así como el nivel de comprensión de su proceso (. Una inadecuada comunicación, sin una buena escucha y sin tener en cuenta la comunicación no verbal, tendrá como consecuencia insatisfacción y peores resultados terapéuticos, además de un peor aprovechamiento del tiempo compartido con el enfermo . La escucha activa significa escuchar y entender la comunicación desde el punto de vista del que habla, de modo que una buena escucha es aquella que el profesional emplea para observar la comunicación no verbal y para dar lugar a la expresión de emociones. Cómo dar malas noticias sigue siendo un reto para los profesionales, pero es muy importante hacerlo de una forma apropiada, eligiendo el momento y lugar adecuados. La confianza entre el paciente y el profesional sanitario es indispensable y solamente es posible si el segundo consigue ponerse en el lugar del otro de manera empática (3).

Los servicios de urgencias presentan unas características especiales, el carácter súbito e imprevisto con que sobrevienen la enfermedad y su desenlace, lo cual lleva consigo una gran carga emocional en sus allegados que necesariamente influye en cómo se deben dar las malas noticias. Estos servicios se hacen claramente diferentes de aquéllos servicios donde las malas noticias son más incidentes y están más estudiadas, como son los servicios de oncología y cuidados paliativos. La enfermería, debido a su importante implicación en el cuidado del paciente necesita una formación y capacitación en el abordaje del paciente de urgencias ante una mala noticia, ya que sólo nos centramos en tecnicismos y nos olvidamos de la valoración y el tratamiento holístico del paciente (5).

Algunos estudios observacionales, mostraron que el tiempo de interacción enfermera-paciente se encuentra entre uno y cinco minutos. Además, la enfermera emplea el lenguaje verbal técnico, establece contactos físicos breves y no planificados basados en el cuidado físico y tecnológico sin considerar las emociones y reacciones de los pacientes. Por lo anterior, algunos expertos recomiendan que la comunicación debería ser tanto verbal como no verbal para lograr una verdadera interacción. Con relación al número de veces que se comunica con la familia, la mayoría lo hace de una a dos veces en el turno. Este hallazgo puede estar determinado por las políticas de visitas restrictivas que impiden un mayor tiempo de contacto con la familia. Esto se evidencia aún más pues los profesionales no han reconocido a la familia como el complemento de un solo núcleo de cuidado con respecto al paciente crítico. Por el contrario, es fundamental incluirla dentro del proceso comunicativo.¹³

Con respecto al proceso de comunicación, la mitad de profesionales participantes siente temor para expresarse verbalmente con el paciente al final de la vida y con su familia. Este hallazgo es alarmante ya que la muerte de un paciente en las UCI es un hecho frecuente. Por ello, numerosas publicaciones, afirman que el tratamiento de los pacientes críticos al final de la

vida y la atención a las necesidades de sus familiares están lejos de ser adecuados. Uno de los estudios más importantes llevados a cabo para mejorar el tratamiento de los enfermos al final de su vida ha sido el SUPPORT, cuya conclusión más relevante sostiene que existe una comunicación deficiente personal de enfermería-paciente-familia, debido en parte a la falta de formación de los profesionales en habilidades comunicativas y cuidado paliativo.

Cabe destacar que un porcentaje importante de enfermeros se considera sensible para satisfacer y responder a las necesidades emocionales del paciente y su familia, no obstante solo algunas veces integran las emociones al cuidado físico de aquel. Todo ello está relacionado pues el profesional es quien está más próximo al dolor y al sufrimiento del paciente, lo que le genera sentimientos de miedo, impotencia y soledad. Algunos autores consideran que la dificultad de integrar emociones se refleja en la escasez del uso del lenguaje no verbal y la atención despersonalizada, por lo cual se evita establecer cualquier tipo de vínculo afectivo, porque se trata de un mecanismo de defensa emocional.⁽⁶⁾

Es cierto, sin embargo, que la familia y el paciente esperan que el profesional está listo para proporcionarles la información que puede aliviar sus ansiedades y dudas, pero el proceso de comunicación no deben limitarse a esto.

Las respuestas también indican que los mensajes verbales emitidas por los profesionales no siempre son comprendidos por el paciente / familia.

Se hace hincapié en que las dificultades de comunicación con los

pacientes / compañeros son a menudo citados por el personal de enfermería y, como una manera de protegerse a sí mismos, técnicos de enfermería tienden a proporcionar la menor cantidad de información posible, solicitando la presencia de enfermeras en muchas de las interacciones necesarias (12). Otro aspecto a considerar es que, para algunas enfermeras, las diferencias sociales, económicas y culturales han sido percibidos como barreras de comunicación. Además, los pacientes citan la comunicación con las enfermeras como efectiva en comparación con otros profesionales del área de la salud. (1)

La comprensión de la acción comunicativa posibilitó observar durante el ejercicio profesional en Unidad de Urgencias 24h, que, al principio, el cuidado de enfermería está directamente articulado con el factor "tiempo". Esto porque ese escenario exige del profesional agilidad y dominio de procedimientos técnicos, cara a la inmediatez de resultados impuestos por situaciones de urgencias y emergencias, así como excesivo número de atenciones/día. (7).

Entre los errores más frecuentes en la comunicación con el entorno familiar cabe citar el creer que lo han entendido a la primera explicación sin comprobar la capacidad de comprensión de los interlocutores; adelantarse a las preguntas; proporcionar información que no han pedido; expresar los hechos con imprecisión e intentar decir muchas ideas en un único enunciado.

Entre las recomendaciones comunicacionales para la enfermería debe hacerse énfasis en la importancia de mantener hasta el final el contacto físico con el paciente. Si está confuso o somnoliento, intentar comunicarse con él mediante frases cortas y preguntas sencillas ("tiene dolor", "está cómodo", etc.) y evitar la sensación de prisa sin adoptar actitudes de negación (8).

Se ha observado que una buena comunicación disminuye además el síndrome de burnout en enfermeros.

OBJETIVOS

✓ General:

conocer la satisfacción de la información recibida y la relación existente entre enfermera-paciente en un servicio de urgencias.

✓ Específicos:

- Analizar el nivel de satisfacción de los usuarios en el servicio de urgencias.
- Analizar la comunicación como objeto preventivo del burnout.
- Medir la satisfacción con el grado de información aportada por los enfermeros al alta.

MATERIAL Y MÉTODO:

Este estudio consiste en una revisión sistemática literaria para conocer el grado de satisfacción de los usuarios con la información recibida por el profesional de enfermería.

Para ello se ha revisado información de actualidad en bases de datos nacionales e internacionales, en la que se han seleccionado artículos procedentes de CUIDEN, MEDES, BVS IBECS, SCIELO y google académico.

También se han consultado la revista metas de enfermería, revista IDEA (investigación en enfermería), y el libro de técnicas de comunicación para profesionales de enfermería.

Los limitadores que se usaron fueron artículos publicados entre el periodo de tiempo comprendido entre 2007 y 2015.

Como estrategia de búsqueda, empleamos descriptores como: Enfermería. Urgencias. Enfermera-paciente. Asistencia enferme-

ra. Servicios de urgencias. Comunicación. Burnout. Interacción. Relación.

REVISION

Tras estudios observados se puede concluir que:

En general, la comunicación con la familia se considera positiva, con el potencial para ayudar en la recuperación de los pacientes, especialmente en situaciones de aumento de la dependencia y al alta.

** La presencia de la familia con el paciente en el servicio de urgencias, por lo general, es positivo e importante, ya que ayuda tanto al personal de enfermería y el paciente, sobre todo en los casos de pacientes más débiles. El hecho de que el paciente tiene una compañera permite a esa persona que se relaciona a la atención proporcionada por el personal de enfermería y otros profesionales a su familiar enfermo*.*

Se ha observado en varios estudios la importancia del proceso de comunicación con la familia para la recuperación del paciente. Se sabe que para el ser humano, la enfermedad es la ruptura de su armonía orgánica, lo que interfiere con todas las partes de su vida y que afecta incluso a los vivos con los familiares más cercanos. Cuando es necesaria la hospitalización, el individuo se retira de su entorno familiar y llevado a un mundo completamente extraño donde las reglas y rutinas estrictas pueden controlar y determinar sus acciones (15).

Los pacientes a menudo informan que el ambiente hospitalario es desconocida y agresivo, donde sufren debido a un cambio forzado de la dieta y la hidratación, el miedo a morir, la dependencia de los demás, la falta de respeto con respecto a su privacidad y la falta de atención individualizada (3). En este contexto, su recuperación puede retrasarse, lo que ha provocado que los hospitales aceptan o incluso fomentan la presencia de acompañar a los familiares.

Además de apoyar al paciente, la familia puede proporcionar la información necesaria para una mejor atención, ya que decodifica los gustos, los gestos y las expresiones de los pacientes con deterioro de la comunicación verbal. Estos datos pueden ser esenciales para la atención de enfermería. (1).

■ RELACIÓN ENFERMERA-PACIENTE: PROCESO COMUNICATIVO EN URGENCIAS

Algunos estudios observacionales, mostraron que el tiempo de interacción enfermera-paciente se encuentra entre uno y cinco minutos. Además, la enfermera emplea el lenguaje verbal técnico, establece contactos físicos breves y no planificados basados en el cuidado físico y tecnológico sin considerar las emociones y reacciones de los pacientes. Por lo anterior, algunos expertos recomiendan que la comunicación debería ser tanto verbal como no verbal para lograr una verdadera interacción. Con relación al número de veces que se comunica con la familia, la mayoría lo hace de una a dos veces en el turno. Este hallazgo puede estar determinado por las políticas de visitas restrictivas que impiden un mayor tiempo de contacto con la familia. Esto se evidencia aún más pues los profesionales no han reconocido a la familia como el complemento de un solo núcleo de cuidado con respecto al paciente crítico. Por el contrario, es fundamental incluirla dentro del proceso comunicativo.¹³

Con respecto al proceso de comunicación, la mitad de profesionales participantes siente temor para expresarse verbalmente con el paciente al final de la vida y con su familia.

Cabe destacar que un porcentaje importante de enfermeros se considera sensible para satisfacer y responder a las necesidades

emocionales del paciente y su familia, no obstante solo algunas veces integran las emociones al cuidado físico de aquel. Todo ello está relacionado pues el profesional es quien está más próximo al dolor y al sufrimiento del paciente, lo que le genera sentimientos de miedo, impotencia y soledad. Algunos autores consideran que la dificultad de integrar emociones se refleja en la escasez del uso del lenguaje no verbal y la atención despersonalizada, por lo cual se evita establecer cualquier tipo de vínculo afectivo, porque se trata de un mecanismo de defensa emocional.

La comunicación tiene un papel fundamental en los procesos de salud y enfermedad de la persona, de modo que cualquier profesional sanitario debería aprender a comunicarse. Una buena comunicación permite conocer las necesidades de información del paciente y sus preocupaciones, así como el nivel de comprensión de su proceso (1). Una inadecuada comunicación, sin una buena escucha y sin tener en cuenta la comunicación no verbal, tendrá como consecuencia insatisfacción y peores resultados terapéuticos, además de un peor aprovechamiento del tiempo compartido con el enfermo (3).

En la unidad de observación, donde los pacientes están ingresados durante 24-48 horas, normalmente sin familiares, se sienten desamparados y desvalidos. Esto, unido a la situación brusca e inesperada de su hospitalización junto al recibimiento de una mala noticia, hace que estos pacientes tengan un alto grado de ansiedad con el consiguiente empeoramiento general. El proceso de la información es un proceso donde intervienen diferentes profesionales de la salud, que va más allá de la simple información al paciente sobre su nueva situación. En este proceso no sólo están implicados médico y paciente, sino que en todos los casos intervienen enfermeros y familiares. La comunicación de una mala noticia no es responsabilidad de ningún profesional, tiene que darla quien disponga de mayor conocimiento de habilidades de comunicación

Es fácil comprender que la comunicación de las malas noticias en los servicios de urgencias entraña una serie de dificultades y requiere un conjunto de actitudes y habilidades para informar adecuadamente a los acompañantes del paciente. El personal de enfermería de las distintas unidades donde existe un alto porcentaje de procesos de duelo, debe estar formado y capacitado en este problema, la mayoría de este personal no ha realizado ningún curso relacionado con el tema pero reconocen la importancia de éstos y la necesidad de hacerlos. (4).

■ REPERCUSIÓN EN PROFESIONALES QUE NO PROCEDEN A UNA COMUNICACIÓN

Hay estudios que afirman que los profesionales sanitarios tienen una mejor salud física, pero una peor salud mental que la población general (1), siendo este uno de los motivos por los que dichos profesionales deberían incorporar de forma sistemática los conocimientos, habilidades y destrezas comunicativas necesarias para enfrentarse al estrés de esas profesiones.

El burnout, o síndrome de desgaste profesional un síndrome que se originaba como consecuencia de trabajar en contacto con gente que sufre, posteriormente se ha detectado también en muchas otros profesionales, sobre todo en aquellos que mantienen un contacto continuado con personas (pacientes, clientes, alumnos, etc.) y que se implican en sus problemas. En la prevención de factores de riesgo relacionados con la relación terapéutica, la comunicación debería ser utilizada como herramienta, para lo cual los profesionales deberán emplearse en desarrollar técnicas o habilidades comunicativas que ayuden a mejorar dicha relación. Para llevar a cabo una buena comunicación, y en definitiva establecer una buena relación con el paciente, es fundamental intentar conocerle y, para ello, se han de emplear recursos como llamar al pa-

ciente por su nombre, interesarse por sus problemas, inquietudes, familia, usar lenguaje sencillo, ordenar la información, estimular que se saquen conclusiones, repetir las ideas principales, permitir la expresión de opiniones, usar distintos canales de comunicación, etc.(6)

Actualmente, los pacientes solicitan más y mejor información. Trabajos realizados en España por Torío Durántez y García Tirado destacan, entre los aspectos más valorados por los pacientes, recibir una información clara y comprensible, así como que se disipen sus dudas.

Los pacientes demandan más información; información sobre tiempos de espera, pruebas diagnósticas, resultados, sobre los tratamientos administrados, el diagnóstico, sobre recomendaciones al alta, etc. (6). Y no solamente los pacientes, sino que los profesionales también debemos tener presente la posible frustración de los acompañantes que desconocen la realidad de lo que está sucediendo acerca de la persona que está siendo atendida.

Con el propósito de conocer la situación actual en cuanto a la satisfacción de los usuarios con la información recibida en urgencias, se presentan encuestas de valoración de la información recibidas por los pacientes y del trato percibido por los acompañantes.

Como aspectos positivos, cabe resaltar la afirmación de los encuestados de haber recibido la información con claridad en un lenguaje comprensible, y estar en general satisfechos o bastante satisfechos con la información recibida. (7).

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Zani Adriana Valongo, Marcon Sônia Silva, Tonete Vera Lúcia Pamplona, Parada Cristina María García de Lima.. Proceso comunicativo en el servicio de urgencias entre el personal de enfermería y los pacientes: representaciones sociales. R3 revista brasileña de enfermería. [Internet].2014 [citado 2016 Ene 02] ;13(2): 139-149. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-42852014000200003&lng=pt.
- (2) Achury DM, Pinilla M, Alvarado H. Aspectos que facilitan o interfieren en el proceso comunicativo entre el profesional de enfermería y el paciente en estado crítico. Investigación y educación en enfermería. 2015; 33(1): 102-111.
- (3) García Cabeza ME. Humanizar la asistencia en los grandes hospitales: un reto para el profesional sanitario. Metas Enferm. 2014; 17(1): 70-74.
- (4) Blanco-Abril S , Sánchez-Vicario F, Chinchilla-Nevado M.A, Cobrero-Jimenez E.M., Mediavilla-Durango M, Rodríguez-Gonzalo A. Satisfacción de los Pacientes de Urgencias con los Cuidados Enfermeros. Enferm. clinica.[Internet]. 2010 [enero-febrero]; 20(01):23-31.Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862109002034>
- (5) Vázquez González A, Moya Meléndez R, Aponte Tomillo I, Nuño Morales P, Beardo Rodríguez G. Actuación de enfermería ante las malas noticias en urgencias. Revista enferm docente. [Internet]. 2015 [enero-junio]; (103): 33-37. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/ED-103-08.pdf>
- (6) Rocha Oliveira Thalita, Faria Simões Sonia Mara. La comunicación enfermera-cliente en el cuidado en las unidades de urgencias 24h: una interpretación en Travelbee. Enferm. glob. [revista en Internet]. 2013 Abr [citado 2016 Ene 02] ; 12(30): 76-90. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000200005&lng=es
- (7) Iglesias Lepine M.L, J Echarte Pazos J.L. Asistencia Médica y de Enfermería al Paciente que Va a fallecer en urgencias. Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias.2013; 19 (4):. 201 a 210.
- (8) Ruiz Romero V , Fajardo Molina J, García-Garmendia J.L, Cruz Villalón F, Rodríguez Ortiz R, Varela Ruiz F.J. Satisfacción de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Revista de calidad asistenc. [Internet]. 2011 [marzo-abril];26(2):111—122. Disponible en : <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-satisfaccion-los-pacientes-atendidos-el-90002932#elsevierItemBibliografias>.
- (9) Fustero MV, García-Mata JR, Junod B, Bárcena M. ¿Funciona el flujo de información entre los niveles primario y especializado? Análisis de la continuidad asistencial en un Área de Salud. Rev calidad asistencial. [Internet]. 2001;16:247-252. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/huvv/sites/default/files/revistas/ED-103-08.pdf>
- (10) García Moyano L, Arrazola Alberdi O, Barrio Forné N, Grau Salameiro L. Habilidades de comunicación como herramienta útil para la prevención del síndrome de burnout. Metas Enferm. 2013; 16(1):57-60
- (11) Bustamante Veas P, Avendaño Cañas D, Camacho Martín B, Ochoa Alvarado E, Alemany González FX, Asenjo Romero M, Mohammad Tariq K, Sánchez Sánchez M. Evaluación de la satisfacción del paciente con la atención recibida en un servicio de urgencias hospitalario y sus factores asociados. Rev. sociedad española medic. de urgen y emergs. 2013; 25: 171-176
- (12) Aneiros Castro MM. Satisfacción con la información recibida en un Servicio de Urgencias. Metas Enferm. 2013; 16(3):22-29.
- (13) Mügggenburg Rodríguez Vigil María Cristina, Riveros-Rosas Angélica. Interacción enfermera-paciente y su repercusión en el cuidado hospitalario: Parte I. Enferm. univ [revista en Internet]. 2012 Mar [citado 2016 Ene 02] ; 9(1): 36-44. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632012000100005&lng=es.

RESULTADOS:

Entre los artículos revisados se destaca la importancia de la información recibida en los pacientes y familiares; es un instrumento fundamental para evitar mayor ansiedad y que conlleve a un empeoramiento de la salud.

Se observa que es necesario que los profesionales de la salud, comprueben la capacidad de comprensión de los interlocutores. Así como también es necesario saber escuchar.

Dicha herramienta conllevara a mejorar la relación entre el profesional de enfermería y el usuario.

CONCLUSIONES:

La mayoría de los autores coinciden que la comunicación es una habilidad que han de desarrollar todos los profesionales de la salud, para mejorar el grado de satisfacción de los usuarios y así poder disminuir el grado de incertidumbre; siempre entendiendo que los servicios de urgencias están relacionados con el factor tiempo conllevando en ocasiones a reducir dicha información. Si cualquier trabajo causa y produce estrés, trabajar con personas a las que hay que atender, cuidar, orientar, ayudar o sencillamente acompañar cansa doblemente produciendo burnout; se ha observado que una buena comunicación disminuye este cansancio en los profesionales de enfermería.

ACTITUD FRENTE A ALIMENTACIÓN Y ACTIVIDAD FÍSICA DE JÓVENES EN JAÉN

ATTITUDE TO FOOD AND PHYSICAL ACTIVITY OF YOUTH IN JAEN

■ MARÍA RODRÍGUEZ MÁRMOL. ENFERMERA. HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ (TERUEL).
 ■ RAFAEL MUÑOZ CRUZ. ENFERMERA. HOSPITAL COMARCAL DE ALCAÑIZ (TERUEL).

RESUMEN: La obesidad es un problema cada vez más frecuente en edades tempranas debido a factores relacionados con la alimentación y la falta de actividad física, por lo que este estudio pretende conocer la actitud de un grupo de adolescentes sobre la alimentación equilibrada y la actividad física saludable. Para ello, se llevó a cabo un estudio descriptivo sobre 180 jóvenes entre 18 y 20 años mediante dos cuestionarios tipo Likert validados con 18 ítems en total. Se obtuvieron resultados de tipo sociodemográfico para hacer un análisis descriptivo y, posteriormente, un análisis bivariante en el que se obtuvieron diferencias en función del sexo, del nivel socioeconómico y del nivel de estudios de los jóvenes. Se observó una mejor actitud de los hombres frente a la actividad física y de las mujeres frente a la alimentación equilibrada.

PALABRAS CLAVE: Alimentación; Actividad Motora; Adolescente; Obesidad Pediátrica.

ABSTRACT Obesity is an increasingly common at an early age due to factors related to diet and lack of physical activity, so this study aims to determine the attitude of a group of teenagers on a balanced diet and healthy physical activity problem. To do this, we conducted a descriptive study of 180 young people between 18 and 20 years using two Likert questionnaires validated with 18 items in total. Results were obtained sociodemographic for a descriptive analysis and then bivariate analysis in which differences were obtained by sex, socioeconomic status and educational level of young people. a better attitude of men was observed against physical and women from a balanced diet activity.

KEYWORDS: Feeding; Motor Activity; Adolescent; Pediatric Obesity.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa importante en el desarrollo de la persona en la que se dan cambios a nivel psicológico y fisiológico, en el que en un tiempo corto se llega a alcanzar hasta el 50% del peso corporal definitivo (1, 2). En este sentido, la obesidad se puede considerar una epidemia en los países industrializados, y es un factor de riesgo para diversas enfermedades cardiovasculares, diabetes, artrosis... etc. (3, 4). Es la enfermedad más frecuente en la infancia y adolescencia (5, 6).

Es necesario educar a los jóvenes sobre los beneficios de una dieta equilibrada (7, 8), por lo que los padres y profesores tienen un papel importante a la hora de la educación alimentaria y física de sus hijos (9). También tienen un papel destacado los profesionales sanitarios, ya que es necesaria la promoción de la salud para mejorar los mensajes hacia los jóvenes (10), fomentando la actividad física y una alimentación adecuada (11).

En los últimos años ha habido un incremento en el consumo de grasas en la población española (12), que deben aportar entre el 20-35% del aporte calórico total (13), y en general en todos los países desarrollados (14). Este hecho, unido a la disminución de la actividad física, la vida sedentaria, la publicidad... etc., han contribuido a aumentar el depósito de grasas (15, 16, 17, 18). Otros factores asociados al sobrepeso son el bajo nivel socioeconómico, residencia en grandes ciudades, instalaciones deportivas de la localidad o la jornada escolar (19). Prácticas como saltarse el desayuno, bajo consumo de frutas y verduras, consumo de bebidas azucaradas o comidas basuras van a influir de manera notable en la incidencia de la obesidad de los adolescentes (20, 21).

Además de una buena dieta, es necesario decir que la práctica regular de ejercicio físico tiene efectos beneficiosos a nivel psicológico, articular, óseo, muscular... etc. (22); es por eso que la Organización Mundial de la Salud afirma que los principales factores

determinantes de la salud están asociados a la alimentación y a la actividad física (23).

El objetivo del presente artículo es el de conocer las actitudes que tienen hacia la alimentación y hacia la actividad física un grupo de jóvenes entre 18 y 20 años, analizando las diferencias que pueden existir en función de diferentes factores sociodemográficos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal en el que se encuestaron a 180 jóvenes de edades comprendidas entre los 18 y los 20 años procedentes de la provincia de Jaén. La muestra fue seleccionada mediante muestreo no probabilístico de conveniencia.

Los datos fueron recogidos durante los meses de septiembre de 2015 a enero de 2016 mediante dos escalas que median actitud, uno frente a la alimentación (10 ítems) y otro frente a la actividad física (8 ítems) (3). Ambas escalas se valoraron a través de una escala tipo Likert, siendo 1 "totalmente desacuerdo" y 5 "totalmente de acuerdo". La escala de alimentación presenta una fiabilidad a través de alfa de Cronbach de 0,72, y la escala de actividad física presenta un alfa de 0,86. Todos los participantes rellenaron las escalas de forma anónima y voluntaria previo consentimiento informado.

Los datos obtenidos se procesaron con el paquete estadístico SPSS 15, realizándose cálculos descriptivos a través de media, desviación estándar (DE) y moda para las variables cuantitativas, mientras que para las variables cualitativas se usaron porcentajes y frecuencias. En los análisis donde la variable independiente era cualitativa dicotómica y la dependiente era cuantitativa se llevó a cabo con el estadístico t-Student, y en los casos donde este no podía utilizarse, ya que no cumplía los requisitos de normalidad y homocedasticidad, se llevó a cabo a través de la U de Mann-Whitney. Para medir la fuerza de asociación se utilizó la D de Cohen y

su intervalo de confianza al 95%. En todos los casos se consideraron diferencias estadísticamente significativas cuando el valor de significación fue menor a 0,05.

RESULTADOS

La muestra estudiada fue de 180 jóvenes de edades comprendidas entre los 18 y los 20 años y con una media de edad de $18,75 \pm 0,804$. Del total de la muestra, 84 (46,7%) fueron hombres y 96 (53,3%) fueron mujeres. El 11,7% (21) habían estudiado hasta la E.S.O., el 29,4% (53) estudiaban algún módulo de Formación Profesional, 8,9% (16) estudiaban Bachiller y el 50% (90) estaban estudiando en Universidad (Tabla 1). El nivel de estudios de los padres de los encuestados fue considerado como variable demográfica y se obtuvieron los resultados expuestos en el Gráfico 1. El 28,3% (51) referían pertenecer a un nivel socioeconómico bajo, el 51,7% (93) a un nivel medio y el 20% (36) pertenecía a un nivel socioeconómico alto.

Al analizar descriptivamente ambos cuestionarios, segmentando por sexo, se obtuvieron los resultados expuestos en la tabla nº 2:

Al realizar un análisis bivalente de ambos cuestionarios, se encontraron diferencias significativas en función del sexo para los ítems expuestos en la siguiente tabla: (Tabla 3).

ACTITUD FRENTE A LA ALIMENTACIÓN						
	Hombres		Mujeres		Total	
	Moda	Media $\pm$ DE	Moda	Media $\pm$ DE	Moda	Media $\pm$ DE
Ítem 1	5	4,42 $\pm$ 0,644	5	4,48 $\pm$ 0,696	5	4,45 $\pm$ 0,671
Ítem 2	4	4,08 $\pm$ 0,764	5	4,80 $\pm$ 0,426	5	4,47 $\pm$ 0,704
Ítem 3	4	3,71 $\pm$ 0,899	5	4,49 $\pm$ 0,665	5	4,13 $\pm$ 0,872
Ítem 4	4	3,82 $\pm$ 0,984	5	4,71 $\pm$ 0,521	5	4,29 $\pm$ 0,889
Ítem 5	4	3,62 $\pm$ 1,118	5	4,21 $\pm$ 1,004	5	3,93 $\pm$ 1,096
Ítem 6	4	3,87 $\pm$ 1,050	5	4,06 $\pm$ 0,982	5	3,97 $\pm$ 1,016
Ítem 7	5	4,25 $\pm$ 0,903	4	3,83 $\pm$ 1,149	4	4,03 $\pm$ 1,059
Ítem 8	3	3,74 $\pm$ 0,730	4	4,24 $\pm$ 0,677	4	4,01 $\pm$ 0,744
Ítem 9	5	4,30 $\pm$ 0,833	4	3,90 $\pm$ 0,774	4	4,08 $\pm$ 0,825
Ítem 10	5	4,33 $\pm$ 0,700	4	4,26 $\pm$ 0,757	4	4,29 $\pm$ 0,817
ACTITUD FRENTE A LA ACTIVIDAD Y EJERCICIO FÍSICO						
Ítem 1	4	4,44 $\pm$ 0,567	4	3,79 $\pm$ 0,882	4	4,09 $\pm$ 0,817
Ítem 2	5	4,38 $\pm$ 0,657	4	3,79 $\pm$ 0,972	4	4,07 $\pm$ 0,888
Ítem 3	2	2,15 $\pm$ 1,070	4	4,00 $\pm$ 0,795	4	3,14 $\pm$ 1,311
Ítem 4	4	4,24 $\pm$ 0,551	4	3,63 $\pm$ 1,098	4	3,91 $\pm$ 0,935
Ítem 5	4	3,30 $\pm$ 1,220	4	4,08 $\pm$ 0,902	4	3,72 $\pm$ 1,130
Ítem 6	4	3,62 $\pm$ 1,334	5	4,35 $\pm$ 0,725	5	4,01 $\pm$ 1,114
Ítem 7	3	3,07 $\pm$ 1,138	5	4,35 $\pm$ 0,858	5	3,76 $\pm$ 1,185
Ítem 8	4	4,13 $\pm$ 0,724	5	4,19 $\pm$ 0,921	4	4,16 $\pm$ 0,833

Tabla 2. Análisis descriptivo de ambos cuestionarios en función del sexo.

Al separar los grupos en función del nivel de estudios de los sujetos se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas para el ítem A6 ($p=0,029$; d de Cohen = 0,58) a favor de los que se encuentran cursando Bachiller. El nivel de estudios de los padres no fue una variable significativa en el análisis bivalente.

En cuanto al nivel socioeconómico, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el ítem E1 para los que referían tener un nivel medio ($p=0,021$; d de Cohen= 0,24).

		Hombres	Mujeres	Total
Sexo		46,7% (84)	53,3% (96)	100% (180)
Media de Edad		18,83 $\pm$ 0,834	18,68 $\pm$ 0,775	18,75 $\pm$ 0,804
Nivel de estudios	ESO	10,7% (9)	12,5% (12)	11,7% (21)
	Formación Prof.	27,4% (23)	31,3% (30)	29,4% (53)
	Bachillerato	6% (5)	11,5% (11)	8,9% (16)
	Universitarios	56% (47)	44,8% (43)	50% (90)

Tabla 1. Análisis demográfico segmentado por sexo.



Gráfico 1. Distribución de nivel de estudios de los padres de los sujetos.

	Valor de p	D de Cohen	IC 95%
Ítem A2	0,000*	1,19	[0,87-1,50]
Ítem A5	0,000	0,56	[0,26-0,86]
Ítem A7	0,008	-0,40	[-0,70; -0,11]
Ítem A8	0,000	0,71	[0,41-1,02]
Ítem E1	0,000*	-0,86	[-1,17; -0,56]
Ítem E3	0,000*	1,98	[1,62-2,34]
Ítem E5	0,000*	0,73	[0,43-1,04]
Ítem E7	0,000	1,28	[0,96-1,60]

*Estadístico U de Mann-Whitney

Tabla 3. Análisis bivalente en función del sexo, a través de la T de Student.

DISCUSIÓN

Al observar la media de puntuación en el análisis descriptivo, se observa que son las mujeres las que tienen una mejor actitud frente a la alimentación, mientras que los hombres presentan una actitud más positiva frente a la actividad física. En este sentido, el estudio de Espejo y cols (2) es similar al presente, ya que los alumnos de ESO muestran deficiencias en los conocimientos sobre una alimentación adecuada, mientras que el de Rodríguez y cols. (7) es comparable debido a que las mujeres tienen peor actitud frente a la actividad física.

Los datos arrojados respecto a la alimentación muestran que son las mujeres las que más de acuerdo están con las afirmaciones sobre que los alimentos caseros son mejores que los precocina-

dos, con que su dieta es saludable, con que el sabor de la comida es más importante que el beneficio para la salud, mientras que los hombres son los que están más de acuerdo con que es normal saltarse el desayuno. En este aspecto, sería conveniente analizar los resultados obtenidos por Casado, Casado y Díaz (12), donde el 35% de los jóvenes encuestados considera que la comida precocinada es tan sana como la casera, o el de López y cols. (21), donde casi el 20% de la muestra acudía a los centros escolares sin haber desayunado, cosa que está totalmente desaconsejada. Siguiendo con el sexo pero hablando de actividad física, las mujeres están más de acuerdo con afirmaciones como que les aburren las actividades deportivas, prefieren ver la televisión y no tienen autodisciplina para hacer ejercicio, mientras que los hombres están más de acuerdo en que hacer deporte les sienta bien. En este apartado hay que hacer mención al estudio llevado a cabo por Castaño y Gómez (13), donde las participantes en su estudio cada vez dedicaban menos horas al transporte para dedicárselo a la televisión, aunque el presente artículo presenta diferencia con el de Hoyo y Sañudo (22), debido a que en el suyo a penas el 17% de los jóvenes varones refieren que hacen deporte porque se sienten bien, mientras que en el presente, marca una de las principales diferencias entre sexos.

El nivel de estudios de los padres no influyó en la actitud de los jóvenes, pero sí el nivel de estudios de ellos mismos, destacan-

do que aquellos alumnos que estaban cursando bachiller son los que más de acuerdo estaban con la afirmación “las comidas sanas son menos cómodas”. El nivel de estudios de los padres sí que influyó en el estudio de Palenzuela en 2014 (23), donde un nivel de estudios bajo estaba relacionado con un mayor consumo de alimentos no recomendados. En función del nivel socioeconómico sólo se encontraron diferencias significativas para la afirmación “hacer deporte hace que me sienta bien”, con la que estaban más de acuerdo aquellos jóvenes de nivel socioeconómico medio; por el contrario, los jóvenes del mismo nivel socioeconómico pero del estudio de Ulloa y cols. (6) se caracterizaban por repetidos fracasos por intentar controlar su peso.

Para concluir, se puede decir que en la muestra se observa una actitud más positiva frente a la alimentación en mujeres, y frente al ejercicio físico en los hombres, hecho que debería ser equiparado para poder beneficiarse de las ventajas de consumir una dieta equilibrada y de realizar actividad física diaria.

Como limitaciones del estudio, están las propias de un descriptivo transversal y de un muestreo no probabilístico, es decir, que no se puede medir temporalidad y que los datos no pueden ser extrapolados a otras poblaciones; por eso, este estudio puede servir de base para posteriores investigaciones en las que se disponga de más financiación y recursos para lograr una población mayor y un diseño más extrapolable.

BIBLIOGRAFÍA

- González-Gross M, Castillo MJ, Moreno L, Nova E, González-Lamuño D, Pérez-Llamas F, et al. Alimentación y valoración del estado nutricional de los adolescentes españoles (Estudio AVENA). Evaluación de riesgos y propuesta de intervención. I. Descripción metodológica del proyecto. *Nutrición Hospitalaria* 2003;18(1):15-28.
- Espejo T, Cros SJ, Torti J, Bolívar M, Moreno MM. Hábitos de alimentación en alumnos de ESO de la Villa de Puerto Real (Cádiz). *Parainfo Digital* 2013;7(18).
- Lima-Serrano M, Lima-Rodríguez JS, Sáez-Bueno Á. Diseño y validación de dos escalas para medir la actitud hacia la alimentación y la actividad física durante la adolescencia. *Revista Española de Salud Pública* 2012;86(3):253-268.
- Ballesteros JM, Dal-Re M, Pérez-Farinós N, Villar C. La estrategia para la nutrición, actividad física y prevención de la obesidad: estrategia NAOS. *Revista española de salud pública* 2007;81(5):443-449.
- Casaña J. Estudio sobre la relación entre obesidad juvenil y actividad física. *Enfermería Integral* 2011(96):34-38.
- Jauregui EE, López JR, Macías AN, Porras S, Reynaga-Estrada P, Morales JJ et al. Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso. *Revista Iberoamericana de Ciencias del Deporte* 2013;2(2):69-75.
- Rodríguez F, Palma X, Romo Á, Escobar D, Aragón B, Espinoza L, et al. Hábitos alimentarios, actividad física y nivel socioeconómico en estudiantes universitarios de Chile. *Nutrición Hospitalaria* 2013;28(2):447-455.
- Olivares S, Bustos N, Moreno X, Lera L, Cortez S. Actitudes y prácticas sobre alimentación y actividad física en niños obesos y sus madres en Santiago, Chile. *Revista chilena de nutrición* 2006;33(2):170-179.
- Nuviala A, Ruiz F, García ME. Tiempo libre, ocio y actividad física en los adolescentes: La influencia de los padres. Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación 2003(6):13-20.
- Salazar AA, Samah T, Escalante EI, Jiménez A. Validación de material educativo: estrategia sobre alimentación y actividad física en escuelas mexicanas. *Revista Española de Comunicación en Salud* 2012;3(2):96-109.
- Martínez-Gómez D, Martínez-de-Haro V, Pozo T, Welk GJ, Villagra A, Calle ME, et al. Fiabilidad y validez del cuestionario de actividad física PAQ-A en adolescentes españoles. *Revista española de salud pública* 2009;83(3):427-439.
- Casado MR, Casado I, Díaz GJ. La alimentación de los escolares de trece años del municipio de Zaragoza. *Revista española de salud pública* 1999;73(4):497-506.
- Castaño MY, Gómez MA. Estado nutricional y actividad física en bailarinas adolescentes de la ciudad de Badajoz. *Metas de enfermería* 2015;18(10):19-23.
- Atalah S, Urteaga R, Rebollo A, Delfín C, Ramos H. Patrones alimentarios y de actividad física en escolares de la Región de Aysén. *Revista chilena de pediatría* 1999;70(6):483-490.
- Burrows R, Díaz E, Sciaraffia V, Gattas V, Montoya A, Lera L. Hábitos de ingesta y actividad física en escolares, según tipo de establecimiento al que asisten. *Revista médica de Chile* 2008;136(1):53-63.
- Pérez G, Laíño FA, Zelarayán J, Márquez S. Actividad física y hábitos de salud en estudiantes universitarios argentinos. *Nutrición Hospitalaria* 2014;30(4):896-904.
- Olivares S, Bustos N, Lera L, Zelada ME. Estado nutricional, consumo de alimentos y actividad física en escolares mujeres de diferente nivel socioeconómico de Santiago de Chile. *Revista médica de Chile* 2007;135(1):71-78.
- Beltrán-Carrillo VJ, Devís-Devís J, Peiró-Velert C. Actividad física y sedentarismo en adolescentes de la Comunidad Valenciana. *Revista internacional de Medicina en Ciencias de la Actividad Física y del Deporte* 2012;12(45).
- Ratner R, Durán S, Garrido MJ, Balmaceda S, Jadue L, Atalah E. Impacto de una intervención en alimentación y actividad física sobre la prevalencia de obesidad en escolares. *Nutrición Hospitalaria* 2013;28(5):1508-1514.
- Lima-Serrano M, Guerra-Martín MD, Lima-Rodríguez JS. Estilos de vida y factores asociados a la alimentación y la actividad física en adolescentes. *Nutrición hospitalaria* 2015;32(6):2838-2847.
- López E, Navarro M, Ojeda R, Brito E, Ruiz JA, Navarro M. Adecuación a la dieta mediterránea y actividad física en adolescentes de Canarias. *Archivos de Medicina del Deporte* 2013;30(4):208-214.
- de Hoyo M, Sañudo B. Motivos y hábitos de práctica de actividad física en escolares de 12 a 16 años en una población rural de Sevilla. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte* 2007;26(2):87-98.
- Palenzuela SM, Pérez A, Pérula LA, Fernández JA, Maldonado J. La alimentación en el adolescente. *Anales del sistema sanitario de Navarra* 2014;37(1):47-58.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE CON TRASPLANTE CARDIACO

NURSING CARE IN PATIENT WITH CARDIAC TRASPLANT

- MARÍA DE SETEFILLA NÚÑEZ GUERRERO: D.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.
- ERNESTO FERNÁNDEZ IGLESIAS: D.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.
- MARINA PONCE ÁLVAREZ: D.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.
- MARÍA SALUD NIETO GONZÁLEZ: D.E. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

RESUMEN: Se presenta caso clínico de un paciente de 59 años de edad que llega a la Unidad de Trasplante Cardíaco (UTC) del Hospital Virgen del Rocío por miocardiopatía dilatada e insuficiencia cardíaca avanzada, en Clase Funcional IV (el paciente tiene disnea al menor esfuerzo o en reposo, y es incapaz de realizar cualquier actividad física).

Para la valoración en el caso clínico se ha seguido el modelo de Virginia Henderson, y en la elaboración del plan de cuidados, se ha utilizado la Taxonomía Internacional Nanda II, la clasificación de los resultados enfermeros (NOC), y la clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC).

PALABRAS CLAVE: -Miocardiopatía dilatada. -Insuficiencia cardíaca avanzada. -Trasplante cardíaco. -NIC. -NOC. -NANDA.

ABSTRACT: Clinical case of a patient of 59 years who arrives at the unit of cardiac transplantation at the Hospital Virgen del Rocio by betrayed cardiomyopathy and advanced cardiac failure, functional class IV (the patient has dyspnea the slightest exertion or at rest and is unable presents performing any physical activity).

To evaluate clinical case have followed the Virginia Henderson model, and the elaboration of the care plan, has been used international NANDA taxonomy II, the classification of nurses results (NOC), and the classification of nursing interventions (NIC).

KEY WORDS: -dilated cardiomyopathy. -advanced cardiac failure. -cardiac transplant. NIC. -NOC. -NANDA

INTRODUCCIÓN

Definición de trasplante cardíaco

El trasplante cardíaco consiste en la sustitución del corazón que presenta una miocardiopatía en fase terminal por el corazón de una persona fallecida.

El trasplante de corazón es el único tratamiento eficaz cuando no hay alternativas médicas ni quirúrgicas; no obstante, debido a la gran desproporción entre órganos disponibles y pacientes que necesitan un corazón, el trasplante cardíaco es solo para un grupo seleccionado de pacientes con insuficiencia cardíaca que por convenio ético, se considera que son los que más se beneficiarán de los órganos en términos de cantidad y calidad de vida. Esta técnica es capaz de salvar a 3 de cada 4 pacientes con alta probabilidad de fallecimiento al año.

Requisitos para ser candidato a recibir un trasplante.

Para que un paciente pueda ser un posible candidato a un trasplante cardíaco y por lo tanto entrar en un protocolo de estudio de trasplante, debe cumplir los siguientes criterios:

1. Enfermedad cardíaca terminal
2. Pobre calidad de vida
3. Riesgo de muerte súbita
4. Ausencia de opción quirúrgica o médica alternativas con mejores resultados
5. Pronóstico de vida malo y expectativas positivas de seguir el tratamiento médico estricto que el trasplante cardíaco conlleva
6. Ausencia de complicaciones psicopatológicas que le impidan adaptarse a su nueva situación

Requisitos del donante

El donante cardíaco idóneo también debe reunir una serie de características, como son la edad, el peso, la compatibilidad de los grupos sanguíneos, la ausencia de historia cardiopata, hemodinámicamente estable, ausencia de enfermedades transmisibles, neo-

plasias, enfermedades sistémicas e infecciones. Aunque también existen una serie de contraindicaciones para el trasplante cardíaco, algunas relativas y otras absolutas.

Éxito del trasplante cardíaco

El éxito del trasplante se debe al importante desarrollo en los últimos años del tratamiento inmunosupresor y anti-infeccioso, método de detección del rechazo, adecuada preservación del órganos, correcta selecta selección del receptor y de los cuidados postoperatorios.

El tiempo de isquemia transcurrido entre el clampaje aórtico en la extracción y el desclampaje durante el implante, éste es uno de los principales determinantes en la supervivencia precoz en el trasplante que se ve disminuida a partir de las 2 horas y significativamente a partir de las 4 horas. Hay pacientes trasplantados que viven gracias a él más de 10,15 años o incluso 20, mientras que de no haberlo realizado tendrían un pronóstico de semanas o pocos meses.

Insuficiencia cardíaca avanzada

Es la incapacidad del corazón para bombear sangre en los volúmenes más adecuados para satisfacer las demandas del metabolismo; si lo logra, lo hace a expensas de la disminución crónica de la presión de llenado de los ventrículos cardíacos.

Miocardiopatía dilatada

El miocardio está dilatado y las cavidades dilatadas. La consecuencia es que disminuye la fracción de eyección o cantidad de sangre que el corazón expulsa en cada latido.

CASO CLÍNICO

Paciente, varón de 59 años de edad, con los siguientes antecedentes personales:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- No hábitos tóxicos.

-Historia cardiológica: miocardiopatía dilatada con coronarias normales diagnosticada en 2001, Clase Funcional I (actividad habitual sin síntomas. No hay limitación de la actividad física), cuando comienza un deterioro clínico rápidamente progresivo.

-Tratamiento previo: Adiro 100 cada 24 horas; Carvedilol 25mg cada 24 horas; Ramipril 2.5mg cada 24 horas; Furosemida 40mg cada 24 horas; Simvastatina 20mg cada 24 horas.

Anamnesis:

Desde el punto de vista cardiológico el paciente estaba diagnosticado de miocardiopatía dilatada desde 2001 aunque realizaba vida prácticamente normal. A partir de finales del año 2005 refiere aparición y aumento progresivo de disnea de esfuerzo, progresivamente en aumento, con aparición de edemas en miembros inferiores y abdomen. Ingresó a principios de enero del 2006 en la UCI en Clase Funcional IV (el paciente tiene disnea al menor esfuerzo o en reposo, y es incapaz de realizar cualquier actividad física). En la UCI presentó un deterioro hemodinámico franco, donde se precisó tratamiento con aminos y furosemida para mantener tensión arterial y una diuresis escasa.

Ante esta situación clínica se inicia el estudio pretrasplante y se incluye en lista de espera para trasplante y se trasplanta a comienzo de año de 2006.

Evolución y curso clínico:

Fue satisfactoria. Se ha mantenido afebril y hemodinámicamente estable. Extubado a las 8 horas del ingreso en UCI. Constantes normales. El tiempo de isquemia fue corto y tras el trasplante fue posible retirar en poco tiempo el soporte inotrópico. Durante los primeros días en situación de anasarca que se controla con perfusión de furosemida intravenosa.

Fue el trasplante cardiaco con buena evolución del injerto realizado por miocardiopatía dilatada severa.

Al mes aproximadamente de la cirugía del trasplante el paciente es dado de alta, manteniendo un tratamiento inmunosupresor convencional con cell-cept, tacrolimus y esteroides.

A los 8 meses postrasplante, el paciente se encuentra asintomático llevando una vida normal.

VALORACIÓN

Se presenta una valoración específica de enfermería según las catorce necesidades básicas de Virginia Henderson. Con éste modelo conceptual de Virginia Henderson tenemos una visión clara de los cuidados de enfermería y permite plantear objetivos enfocados a lograr la independencia del paciente en la satisfacción de sus catorce necesidades fundamentales.

Las necesidades que se verán afectadas, dependerán en gran medida de la etapa postoperatoria en la que se encuentre nuestro paciente. Me he centrado para realizar la valoración enfermera en el postoperatorio mediato, una vez que el paciente es ingresado en la Unidad de Trasplante Cardiaco. Ha pasado ya el postoperatorio inmediato en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Necesidad de Oxigenación:

Paciente no fumador.

A su ingreso en la unidad se encuentra ligeramente taquipneico, aunque mantiene buenas saturaciones con gafas nasales a 1.5 lpm. Ligera disnea al realizar algunos esfuerzos.

No presenta secreciones ni ruidos audibles. Aunque a veces presenta golpe de tos y molestias al tragar posiblemente como consecuencia de la intubación orotraqueal.

Necesidad de Nutrición Hidratación: Peso de 92 kg.

Presenta buen aspecto de la piel y mucosa oral. No palidez cutánea. Mantiene una dieta cardiosaludable (sin sal y sin grasas) y de fácil masticación.

Mantiene sueroterapia (1000cc de suero fisiológico cada 24 horas) Presenta edemas en Miembros Inferiores

Necesidad de Eliminación:

Portador de sonda vesical, con una diuresis aceptable

Necesidad de moverse y mantener una buena postura:

A su llegada a la unidad presenta una aceptable condición motora y sensorial. Pero precisa de ayuda para realizar grandes movimientos y para la realización de sus actividades de la vida diaria, como vestirse, comer, asearse.

Necesidad de Descanso/Sueño:

Descansa poco en la noche y a ratos. Por presentar molestias y porque éste tipo de intervención requiere estar en decúbito supino. Precisa de ayuda farmacológica para dormir.

Necesidad de Termorregulación:

Afebril en la Unidad, pero en UCI si presentó pico febril y se le realizaron hemocultivos.

Necesidad de Higiene y protección de la piel:

Aspecto limpio y aseado, con buena hidratación, piel y mucosas.

En la unidad precisa de higiene asistida, pero el paciente participa activamente.

La herida quirúrgica de la esternotomía presenta buen aspecto, sin signos de infección y con buena evolución, al igual que los puntos de los drenajes mediastínicos.

Portador de una vía central periférica en brazo derecho, sin signos de flebitis.

Necesidad de Comunicarse:

Presenta un funcionamiento adecuado de los órganos de los sentidos. Manifiesta sus emociones. Durante el horario de visitas habla abiertamente con su familia.

A veces muestra miedo y preocupación ante su proceso, pero se muestra fuerte.

Necesidad de vivir según sus creencias y valores: Sin alteración.

Necesidad de trabajar y realizarse:

El paciente tiene estudios universitarios, se dedica a la educación. Se muestra con ganas de retomar su trabajo.

Necesidad de jugar/ participar en actividades recreativas: Patrón no valorable.

Necesidad de aprendizaje:

Verbaliza interés por saber lo que está ocurriendo y todo lo que acontece en su entorno.

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS, INTERVENCIONES

Organización y Registro

El paciente tras ser intervenido pasará inmediatamente a UCI, donde lo mantendrán hemodinámicamente estable, controlarán cualquier tipo de complicación y le prestarán todos los cuidados necesarios. Para la realización de mi plan de cuidados me he centrado cuando el paciente está ingresado en la Unidad de Trasplante Cardiaco, que ingresa una vez dado de alta en la UCI puesto que el paciente ya se encuentra más estabilizado, está ya sin respiración asistida y más estable hemodinámicamente.

Antes de proceder a la formulación de los diagnósticos de enfermería, vamos a analizar la información recogida en la valoración.

• Respirar normalmente:

- Manifestaciones de dependencia: Aunque el paciente presenta respiración espontánea, mantiene gafas nasales a 2 lpm

- como dispositivo de apoyo para la respiración.
- Manifestaciones de independencia: no se observan.
- Datos a considerar: el paciente ya ha sido extubado.

- Comer y beber de forma adecuada:
 - Manifestaciones de dependencia: manifiesta molestias al tragar, por lo que la dieta debe ser de fácil masticación.
 - Manifestaciones de independencia: no se observan.
 - Datos a considerar: vigilar la aparición de aftas a nivel de la mucosa oro-faríngea.
- Eliminación:
 - Manifestaciones de dependencia: portador de sonda vesical.
 - Manifestaciones de independencia: no se observan.
 - Datos a considerar: vigilar la permeabilidad de la sonda y evitar infecciones urinarias. Vigilar la característica y cantidad de la orina.
- Moverse y mantener una postura adecuada:
 - Manifestaciones de dependencia: necesita ayuda para la realización de sus actividades diarias. La movilidad que presenta es aceptable, pero precisa de ayuda.
 - Manifestaciones de independencia: no se observan.
 - Datos a considerar: presenta dolor por la intervención quirúrgica. Hay que tener mucho cuidado en la movilización y posición del paciente para evitar dehiscencia del esternón.
- Dormir y descansar
 - Manifestaciones de dependencia: Tiene dificultad para conciliar el sueño.
 - Manifestaciones de independencia: no se observan.
 - Datos a considerar: Le cuesta conciliar el sueño por el dolor y por la postura que debe tener en la cama.
- Vestirse y desvestirse
 - Manifestaciones de dependencia: precisa de ayudar para realizar esta actividad
 - Manifestaciones de independencia: no se observan.
 - Datos a considerar: no se observan.
- Mantenimiento de la temperatura corporal
 - Manifestaciones de dependencia: sin cambios
 - Manifestaciones de independencia: no se observan
 - Datos a considerar: su temperatura corporal es de 36.4°C y la temperatura periférica es de 36.9° C.
- Mantenimiento de la higiene corporal
 - Manifestaciones de dependencia: por las mañanas se le realiza el aseo al paciente con su colaboración.
 - Manifestaciones de independencia: no se observan.
 - Datos a considerar: no se observan.
- Mantenimiento de la integridad de la piel
 - Manifestaciones de dependencia: tiene cura diaria de las heridas quirúrgicas
 - Manifestaciones de independencia: no se observan
 - Datos a considerar: debemos valorar las características de la incisión, la coloración, calor y rubor de la piel.
- Evitar los peligros
 - Manifestaciones de dependencia: sin cambios
 - Manifestaciones de independencia: sin cambios.
 - Datos a considerar: debemos tener muy presente signos y síntomas sugestivos de complicaciones:
 - Taponamiento cardíaco
 - IAM
 - Bajo gasto cardíaco
 - Insuficiencia renal

- Trastornos de la coagulación
- Arritmias
- HTA
- Insuficiencia respiratoria
- Hipovolemias
- Complicaciones neurológicas.

La función de enfermería permite determinar el tipo de intervenciones en realizar con un previo análisis de la fuente de dificultad detectada, estas intervenciones pueden ser independientes, dependientes e interdependientes.

A través de la valoración de enfermería con el enfoque de las 14 necesidades, nos permite determinar la prioridad de atención en cuanto la necesidad afectada y a definir las fuentes de dificultad en la dependencia del paciente, para promover que las intervenciones y las formas de suplencia tengan como centro principal la independencia del paciente completando o ejecutando las acciones realizadas por el individuo.

La atención de enfermería se ubica en el marco del proceso de atención de forma sistemática y rápida, que permite establecer un vínculo entre la atención de enfermería y la calidad de los cuidados prestados.

Diagnósticos y Planificación

Tras el análisis de los datos obtenidos en la valoración se establecen los siguientes diagnósticos de enfermería y complicaciones potenciales.

1. Retraso en la recuperación quirúrgica r/c procedimiento quirúrgico importante m/p expresa sentir dolor, fatiga, dificultad para moverse en el entorno y necesita ayuda para completar el autocuidado.
2. Riesgo de infección r/c alteración de las defensas primarias m/p signos y síntomas de infección.
3. Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p angustia, incertidumbre.

Considero como diagnóstico principal el del retraso en la recuperación quirúrgica, puesto que, entra a formar parte de las complicaciones habituales tras este tipo de intervención implica un retraso en el proceso de recuperación y del alta hospitalaria. Consecuencia de éste diagnóstico surgen otros que abarcan claramente la situación de cuidados y prioridades que precisa nuestro paciente.

Voy a utilizar el modelo AREA (Análisis del Resultado del Estado Actual) como metodología para agrupar y priorizar los diagnósticos. Este modelo facilita el proceso de razonamiento clínico. La aplicación del modelo Área es circular, incluye los procesos necesarios para identificar un diagnóstico, identificar unos resultados esperados consistentes con el proceso y tomar una decisión sobre cuáles son las intervenciones enfermeras que mejor contribuirán al paso de una situación actual a una futura y deseable. Éste modelo nos ayuda a identificar prioridades de los cuidados y facilita la recuperación de la persona. El plan de cuidados debe ser claro, conciso y realizable.

Es imprescindible que valoremos al paciente de una manera integral, incluyendo a la familia como destinatario de sus cuidados desde el primer contacto con el paciente.

Me centraré en los diagnósticos más importantes y los que al resolverse van a determinar también la resolución de otros diagnósticos que son dependientes de él.

A continuación desarrollaremos la planificación de los diagnósticos establecidos.

DIAGNÓSTICOS:**1.- Retraso en la recuperación quirúrgica (00100)**

Aumento del número del día postoperatorio requeridos por una persona para iniciar y realizar en su propio beneficio actividades para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

1. 1.- Resultados:**1.1. 1.- Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. (0204)****1.1.2.- Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD). (0300)****1.1.3.- Curación de la herida: por primera intención. (1102)****1.1.4.- Estado nutricional. (1004)****1.1.5.- Nivel del dolor. (2102)****1.1.6.- Resistencia. (0001)****1.1.1. Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. (0204)**

Grado de compromiso en el funcionamiento fisiológico debido a la alteración de la movilidad física.

☐ **Intervenciones.**

- Ayuda al autocuidado.
- Cuidados al paciente encamado.
- Fomentar el sueño.
- Manejo de la nutrición.
- Terapia de ejercicios: deambulación.

1.1.2. Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD). (0300)

Capacidad para realizar la mayoría de las tareas básicas y las actividades del cuidado personal.

☐ **Intervenciones**

- Ayuda al autocuidado.
- Terapia de ejercicios: deambulación.

1.1.3. Curación de la herida: por primera intención. (1102)

Magnitud a las que las células y los tejidos se regeneran tras un cierre intencionado.

☐ **Intervenciones**

- Administración de medicamentos.
- Control de infecciones.
- Cuidados de las heridas.
- Cuidado del sitio de incisión.
- Manejo de la nutrición.
- Regulación de la temperatura.
- Terapia nutricional.
- Tratamiento de la fiebre.

1.1.4. Estado nutricional. (1004)

Magnitud a la que están disponibles los nutrientes para cumplir con las necesidades metabólicas.

☐ **Intervenciones**

- Etapas en la dieta.
- Manejo de la energía.
- Manejo de la nutrición.
- Manejo de las náuseas.
- Manejo de líquidos/ electrolitos.
- Terapia nutricional.

1.1.5. Nivel del dolor. (2102)

Intensidad del dolor referido o manifestado. o **Intervenciones**

- Administración de medicación.
- Fomentar el sueño.
- Manejo de energía.
- Manejo de la medicación.
- Manejo del dolor.
- Monitorización de los signos vitales.

1.1.6. Resistencia. (0001)

Grado de energía que posibilita a una persona a mantener una actitud.

☐ **Intervenciones - Ayuda al autocuidado.**

- Fomentar el sueño.
- Manejo de energía.
- Terapia de ejercicios: deambulación.

2.- Riesgo de infección

Aumento del riesgo de ser invadido por microorganismos patógenos r/c:

Procedimientos invasivos e inmunosupresión.

2.1. Resultado**2.1.1. Control del riesgo (1902): Indicadores:**

- Reconoce el riesgo
- Sigue las estrategias del riesgo seleccionadas

Curación de la herida (1102): Indicadores:

- Aproximación cutánea

Intervenciones

Control de infecciones (6540) Actividades:

- Mantener técnicas de aislamiento si procede.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad con el paciente.
- Fomentar una respiración profunda y tos si procede.

Cuidado del sitio de incisión (3440) Actividades:

- Inspeccionar el sitio de incisión en busca de signos de infección.
- Tomar nota de las características de cualquier drenaje.
- Aplicar antiséptico según prescripción.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en la zona de la herida.

Mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (2440) Actividades:

- Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter.
- Cambiar los sistemas, apósitos y tapones según protocolo del centro.
- Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.

Ansiedad r/c cambio en el estado de salud m/p angustia, incertidumbre

Resultado

Autocontrol de la ansiedad (1402) Indicadores:

- Busca información para reducir la ansiedad
- Refiere dormir de forma adecuada
- Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad

Intervenciones

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Reforzar el comportamiento, si procede.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación: favorecer respiración lenta, profunda e intencionada, ofrecer líquidos calientes y reforzar el comportamiento.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si están prescritos.

POSIBLES COMPLICACIONES:

- Infección
- Insuficiencia cardíaca
- Hipertensión arterial
- Edema periférico
- Arritmias
- Rechazo
- Insuficiencia renal
- Dehiscencia esternal
- Atelectasia
- Disminución del gasto cardíaco
- Edema agudo de pulmón
- Dolor

INTERVENCIONES:

- Cuidados cardíacos
- Protección contra infecciones
- Cuidados del sitio de incisión
- Ayuda a la ventilación

EJECUCIÓN

Una vez elaborado nuestro plan de cuidados se procedió a la puesta en práctica del mismo durante la estancia de nuestro paciente en la unidad de trasplante cardíaco, teniendo en cuenta siempre sus necesidades.

En el proceso de recuperación de nuestro paciente colaboran un equipo multidisciplinar de profesionales, entre ellos los especialistas de nutrición, fisioterapeutas tanto para la realización de ejercicios motores como respiratorios y psicólogos.

Realizamos una primera valoración, nada más llegar el paciente a la unidad, cuyos resultados se exponen a continuación, la cual nos sirvió para comprobar la validez y efectividad de los cuidados que se plantearon. Puesto que al cabo de 10 días se le volvió a realizar la misma valoración, tras la aplicación de nuestras actividades. Los resultados serán valorados según la escala de medida de indicador Likert, indicando la eficacia e idoneidad de las actividades propuestas para cada diagnóstico de enfermería.

Consecuencias de la inmovilidad:

Gravemente comprometido: 1

Sustancialmente comprometido: 2

Moderadamente comprometido: 3

Levemente comprometido: 4

No comprometido: 5

En la valoración inicial se puntuó a nuestro paciente con un 2 (sustancialmente comprometido), puesto que presentaba una movilidad muy limitada, presentaba mucho miedo y temor a realizar cualquier movimiento. Al cabo de 10 días, en la última valoración se le otorga un 4 (levemente comprometido), porque gracias a la visita diaria de los fisioterapeutas y a la actividad del personal de enfermería, el paciente fue perdiendo el miedo y ya presentaba buena tolerancia a la movilidad.

Cuidados personales: actividades de la vida diaria (AVD)

En la valoración inicial se le puntuó con un 3 (a veces demostrado), puesto que había que ayudarlo a realizar las tareas de la vida cotidiana, como comer, el aseo, etc. Pero en la valoración final se puntuó con un 5 (siempre demostrado), porque el paciente es capaz de realizar por sí mismo éstas actividades, aunque siempre con la supervisión de otra persona.

Curación de la herida:

En la valoración inicial fue de 3 (moderada), puesto que a su lle-

gada a la unidad la herida quirúrgica presentaba buen aspecto, sin signos de infección, pero aun con los puntos. Tras la aplicación de cuidados y al cabo de los 10 días, se puntuó con un 4 (sustancial), puesto que ya le fueron retirados los puntos y se deja la herida al aire.

Estado nutricional:

La puntuación inicial que se le otorgó a este criterio fue de 3 (desviación moderada del rango normal), ya que el paciente no conseguía comer mucho por las molestias que presentaba al deglutir. Con los cuidados que se les prestaron más un apoyo nutricional extra de batidos hiperproteicos al cabo de los 10 días la valoración paso a ser 4 (desviación leve del rango normal).

Control del dolor:

La puntuación que se le otorgó a este ítem en un principio fue de 4 (frecuentemente demostrado), porque el paciente es capaz de reconocer cuando se iniciaba el dolor y relacionarlo con determinados movimientos que realizaba, como toser o incorporarse, así como también era capaz de solicitar analgésicos. Pero al cabo de los 10 días la puntuación es de 5 (siempre demostrado), porque el paciente controla perfectamente su dolor, sabe cómo manejarlo y el mismo con sus propios medios lo domina. El paciente sabe ya cómo moverse, como incorporarse y así el dolor disminuye.

Resistencia:

En la valoración inicial se puntuó a nuestro paciente con un 2 (raramente demostrado), puesto que pasaba la mayor parte del día encamado, soportando muy poco tiempo estar sentado en el sillón. Pero en el momento de la valoración final, se le otorga un 4 (frecuentemente demostrado), puesto que aprovecha la noche y la hora de la siesta para estar en cama, el resto del tiempo lo pasa sentado en el sillón e incluso da pequeños paseos por la habitación.

Detección del riesgo

En ambas valoración se le otorga un 4 (frecuentemente demostrado), puesto que el paciente es capaz de reconocer cualquier anomalía y avisar al personal de la unidad.

Autocontrol de la ansiedad :

Nunca demostrado: 1

Raramente demostrado: 2

A veces demostrado: 3

Frecuentemente demostrado: 4

Siempre demostrado: 5

En ambas valoración se le otorga un 4, porque el paciente es capaz de expresar sus preocupaciones, debidos a los cambios en sus acontecimientos vitales, y las consecuencias inespecíficas. Expresa sus miedos, su nerviosismo y en ocasiones agitación. Pero en el primer momento de la valoración el paciente siempre busca información para reducir su ansiedad y busca a poyo, pero transcurridos los 10 días el paciente es capaz de controlar por sí mismo su ansiedad.

EVALUACIÓN

Los objetivos que se buscaban para nuestro paciente era que fuese capaz de realizar las acciones de autocuidado, que le garantice la independencia que tenía previamente o haya iniciado el proceso de recuperación. El paciente y su familia deben de haber adquirido los conocimientos y capacidades necesarias para los cuidados básicos del paciente en su domicilio, así como sobre el control de su proceso.

Nuestro objetivo principal es conocer los resultados que nuestras

actuaciones como enfermeras integradas en un equipo multidisciplinar produce sobre nuestro paciente y su entorno familiar.

El plan de cuidados que se elabora es teniendo en cuenta las necesidades del paciente desde la perspectiva del modelo de Virginia Henderson. A partir de ésta metodología, se recogen los datos que más nos interesan para intervenir en los diagnósticos, tanto a nivel fisiopatológico como psicosocial. Éste modelo conceptual da una visión clara de los cuidados de enfermería y nos permite plantear los objetivos dirigidos a lograr la independencia del paciente.

El paciente es dado de alta al mes aproximadamente de la cirugía, con buen estado psicológico, integridad cutánea de la piel y buena movilidad. Se le indican las pautas y recomendaciones a seguir en su domicilio, junto con el apoyo de su familia. Y debe acudir a todas sus revisiones periódicas.

Al alta del paciente se realiza una evaluación del plan de cuidados mediante los indicadores de resultados, y observamos que éstos han mejorado significativamente.

DISCUSIÓN

Es tan importante el cambio que experimenta el paciente en su estado de salud, que enfermería tiene un papel fundamental, proporcionándoles todos aquellos conocimientos acerca de la higiene, movilización progresiva, curas, dieta, medicación y apoyo psicológico (5).

La actuación sobre la familia es fundamental y debe comenzarse desde el mismo momento del ingreso de la unidad.

En este trabajo se pudo identificar la importancia y trascendencia del proceso de enfermería y el impacto en la recuperación de la persona sometida al trasplante cardiaco.

El manejo de este tipo de pacientes hace necesaria una formación del personal de enfermería para poder prestar cuidados de calidad, así como la coordinación entre todos los miembros del equipo para realizar una actuación inmediata y eficaz.

La aplicación del plan de cuidados personalizados y con un lenguaje estandarizado, nos garantiza unos cuidados de calidad y una continuidad en ellos, y además establece objetivos comunes para todo el equipo de enfermería.

La supervivencia de los pacientes trasplantados ha mejorado sensiblemente en los últimos años, gracias al avance en los tratamientos inmunosupresores y antiproliferativos. En la evolución del paciente trasplantado el rechazo es la complicación más temible, pero el éxito a largo plazo del trasplante cardiaco se basa en el mantenimiento de una supresión efectiva de la respuesta inmune que prevenga rechazo agudo y crónico del injerto.

Así debemos de resaltar la necesidad de la continuidad del plan de cuidados. El cumplimiento de las indicaciones médicas por parte del paciente, así como el seguimiento correcto por parte del equipo asistencial, son los pilares para una buena evolución. El objetivo fundamental debe de detectar precozmente las complicaciones para tratarlas adecuadamente y lograr así el máximo bienestar bio-psicosocial del paciente.

Los pacientes que han sido sometidos a un trasplante suelen crear una enorme dependencia de las enfermeras/os que están a su cuidado. Por eso, nuestro papel es esencial. El esfuerzo que se realiza es considerable, pero la gratificación por la calidad del trabajo y por el afecto del paciente y de su familia es muchísimo mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) López Farré A, Macaya Miguel C. Libro de la Salud Cardiovascular del Hospital Clínico San Carlos y la Fundación BBVA; 2007; p. 337.
- (2) Primer trasplante cardiaco. Historia de los trasplantes. Organización Nacional de trasplantes.
- (3) Enfermería 21. Educare; Julio 2006 N° 7. Trasplante Cardiaco. Reseña histórica.
- (4) Registro Español del Trasplante XIX. Informe oficial de la sección de Insuficiencia Cardiaca, trasplante cardiaco y otras alternativas de la sociedad española de cardiología.
- (5) La Enfermería y el trasplante de órganos. Lola Andreu Periz, Enriquet Force Sanmartin. 2004 Education.
- (6) Revista Española de Cardiología. Volumen 63. Núm. Supl. 1. Enero 2010.
- (7) Fundación Española del Corazón. Nota de prensa Junio 2012 "Más del 90% de los trasplantados admite con éxito su nuevo corazón".
- (8) Actualización de trasplantes VVAA H.U. Virgen de Rocío. Proceso asistencial integrado trasplante cardiaco. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.
- (9) Solís M., Casado Mª J., Iza A, Barragán A, González T. Trasplante Cardiaco. Manual de Enfermería. Madrid Complutense 2004.
- (10) Dr. Jesús Palomo Álvarez. Servicio de Cardiología Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. Trasplante Cardiaco.
- (11) Daga Ruiz D., Fernández Aguirre C., Segura González F., Carballo Ruiz M. Indicaciones y resultados a largo plazo de los trasplantes de órganos sólidos. Calidad de vida en pacientes trasplantados. Med. Intensiva. 2008, Agosto.
- (12) Johnson M., Bulechek GM., Butcher HK, et al Interrelaciones. NANDA, NIC y NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Barcelona: Elsevier/Mosby; 2007.
- (13) Nanda Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Madrid. Elsevier; 2009.
- (14) Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica. Volumen 9. Número 1-4. Enero-Diciembre 2001; mediagrahic.com
- (15) Pérez Saborit N. Cuidados de Enfermería en el pre-post trasplante cardiaco.
- (16) Fundación Española del Corazón. Nota de prensa Marzo 2012. "El 50% de los trasplantes cardiacos que se realiza en España son de carácter urgente".
- (17) Análisis de los resultados de los cuidados de enfermería. Modelo Area. Autores: María Gracia Ruiz Navarro. Enfermería Integral: Revista científica del colegio oficial de enfermería de Valencia ISSN 0214-0128, N° 79, 2007, páginas 33-41.
- (18) Ceruti Beatriz, Chiesa Pedro, Tambasco Jorge, Anzibar Rafael, Gutierrez Carmen, Barbosa Sandra et al al Trasplante Cardiaco: experiencia de 15 años del Instituto de Cardiología Infantil. Revista Urug. Cardiología 2012-Diciembre.
- (19) Martinez Capel Mª T. Cuidados de enfermería en el trasplante cardiaco. Enfermería Global N° 11. Noviembre 2007.
- (20) Arguero Sánchez Rubén. Trasplante de corazón. Revista de investigación clínica. 2005. Abril; 57 (2): 333-337.
- (21) Trasplante Cardiaco. Guía del paciente VVAA H.U. Virgen del Rocío.
- (22) Careaga-Reyna Guillermo, Jimenez-Valdivia Maricela, Agüero Sánchez Rubén. Trasplante de corazón. Preservación y técnica quirúrgica. Once años de experiencia. Revista investigación clínica, 2005, Abril; 57(2): 344-349.
- (23) Arizon de Prado JN. Registro Nacional de Trasplante Cardiaco. Informe Revista Española de Cardiología.

TALLER FORMATIVO DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR CON PADRES DE ALUMNOS: EXPERIENCIA NOVEDOSA EN ZARAGOZA

CARDIOPULMONARY RESUSCITATION TEACHING TO PUPILS' PARENTS: A NEW TEACHING EXPERIENCE IN ZARAGOZA

■ DAVID DELGADO SEVILLA. ENFERMERO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO MIGUEL SERVET. ZARAGOZA.
 ■ MANUEL SINUÉS JÚDEZ. ENFERMERO EN UNIDADES MÓVILES DEL BANCO DE SANGRE Y TEJIDOS DE ARAGÓN. ZARAGOZA.
 ■ ELÍAS GRACIA CARRASCO. ENFERMERO EN UNIDADES MÓVILES DEL BANCO DE SANGRE Y TEJIDOS DE ARAGÓN. ZARAGOZA.
 CENTRO DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO: ASOCIACIÓN CUIDAE.

RESUMEN: La parada cardiorrespiratoria se define como el cese súbito de la respiración y circulación del organismo, causada principalmente por la aparición de arritmias. El objetivo principal de las maniobras de reanimación cardiopulmonar es sustituir de forma temporal ambas acciones fundamentales para la vida. Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en los países industrializados. En España, se producen 24000 paradas al año. La sociedad actual no está lo suficientemente preparada para actuar ante este tipo de situaciones. El objetivo principal de este trabajo es evaluar el grado de aprendizaje de los conocimientos en parada cardiorrespiratoria y reanimación cardiopulmonar de los padres de alumnos de un centro educativo, tras la realización de un taller formativo teórico-práctico. El taller formativo lo realizaron un total de 22 personas, con una media de edad de 44 años. Se observó un incremento en el número de aciertos comparando las puntuaciones de un cuestionario administrado al final e inicio del taller.

PALABRAS CLAVE: enfermería de urgencia, resuscitación, enseñanza, paro cardíaco.

ABSTRACT: Cardiopulmonary arrest is breathing and circulation stop unexpected. It's caused by cardiac arrhythmia appearance. Cardiopulmonary resuscitation main objective is to replace breathing and circulatory action by a short piece of time. These actions are essential for our lives. Nowadays, cardiovascular pathologies are the main cause of death in industrialized societies. In Spain, 24000 cardiac arrest happen in a year. Actual society is not sufficiently prepared to face this acute situations. The chief objective is to evaluate learning process about cardiopulmonary arrest and cardiopulmonary resuscitation in pupils' parents of a state-subsidized school. Learning experience has one theoretic part and another practice part. 22 parents took part in this experience with an average age of 44 years. Parents got to increase their knowledge about cardiopulmonary resuscitation because we compared their marks in survey before and after the learning experience.

KEY WORDS: emergency nursing, resuscitation, teaching, heart arrest.

INTRODUCCIÓN

La parada cardiorrespiratoria (PCR) se define como la interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la respiración y la circulación espontáneas¹. En multitud de ocasiones, la principal causa de PCR es la aparición de ritmos cardíacos no compatibles con la vida, lo que supone, que si no existe la realización de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) por parte de primeros intervinientes, la víctima sufre un desenlace mortal.

Los dos órganos principales con mayor susceptibilidad ante un déficit de sangre, y por tanto, también de glucosa y oxígeno son, el cerebro y el corazón². Por ello, un adulto puede llegar a la muerte en cuestión de 4 ó 5 minutos aproximadamente tras la instauración de una PCR.

La muerte súbita por parada cardíaca se define como "aquella muerte debida a cualquier cardiopatía que ocurra fuera del ámbito hospitalario, en una unidad de urgencias o a un individuo declarado muerto a la llegada a un centro hospitalario"³. Actualmente, aunque existen diversos avances tecnológicos en materia de gestión y notificación sanitaria, todavía no existe un registro fidedigno y exhaustivo que plasme la verdadera realidad de este problema. Se estima que la incidencia anual a nivel mundial se encuentra entre los cuatro y los cinco millones de casos⁴, y en España, según Miró, se producen alrededor de 25000 paradas cardíacas extrahospitalarias al año, es decir, un evento cada veinte minutos.

No más impactante es constatar que en un porcentaje menor al 25% de las ocasiones en las que se producen un evento tan grave como una PCR, son los testigos de la misma los que realizan maniobras de RCP, por tanto, la mortalidad en estos casos aumenta hasta en un 90%. Además, si la PCR ocurre en el propio domicilio, las posibilidades de que un testigo haga las maniobras de RCP se reducen a un 15%^{5,6}.

Las maniobras de RCP consisten en la realización de determinadas acciones encaminadas a sustituir de forma temporal las funciones cardíaca y respiratoria, hasta la llegada de personal sanitario especializado. Estas maniobras consisten en: compresiones torácicas y respiraciones de rescate.

Existe evidencia científica que corrobora el aumento de las posibilidades de sobrevivir que tiene una víctima de PCR si es asistido por testigos⁷⁻¹¹, por tanto, la formación en RCP a futuros testigos de una PCR, es un factor fundamental en la supervivencia de una víctima^{12,13}.

Una de las principales causas de los bajos índices de supervivencia en las víctimas de PCR radica en la carencia de formación a nivel de la población general, por tanto, la sociedad no se encuentra preparada para poder intervenir ante este tipo de sucesos¹⁴.

El objetivo principal de este trabajo es evaluar el grado de aprendizaje de las maniobras de RCP por parte de padres de alumnos de un centro educativo concertado en Zaragoza.

Se establecen objetivos secundarios en este trabajo:

- Proporcionar los conocimientos, maniobras y herramientas para la actuación ante un suceso de PCR
- Conocer el grado de interés de esta formación en el alumnado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Experiencia piloto formativa en RCP realizada con una muestra de 22 padres de alumnos matriculados en distintos cursos en un colegio concertado de Zaragoza durante el curso 2014-2015. No se ha realizado ningún tipo de muestreo para la realización de la actividad, ya que se ofertó esta formación al centro educativo, así como a la Asociación de Padres y Madres de dicho centro educativo.

Los participantes en este taller han dado su consentimiento informado, se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, realizándose conforme a las normas vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

El taller formativo tuvo una duración total de 2 horas, divididas en dos partes de 55 minutos cada una, en las que se plantean los distintos contenidos teóricos y prácticos de ambas sesiones. La impartición de la sesión ha sido por parte de un grupo de profesionales de enfermería e instructores en Soporte Vital Básico avalados por el Plan Nacional de RCP.

Antes del comienzo del taller, se evalúan los conocimientos previos sobre PCR y RCP de los alumnos con un cuestionario formado por 10 preguntas con respuesta de elección múltiple. Cada pregunta solamente disponía de una respuesta única correcta.

Para el desarrollo del taller, se contó con la colaboración de tres profesionales de enfermería, e instructores en Soporte Vital Básico y en el Uso del Desfibrilador Externo Semiautomático avalados por el Plan Nacional de RCP. Cada uno de los instructores, se encargó de un máximo de 8 alumnos en la sesión práctica, junto con cuatro maniqués de resucitación (dos alumnos por cada simulador), con el objetivo de mejorar la calidad de la docencia y que los alumnos pudiesen practicar el mayor tiempo posible las maniobras de resucitación cardiopulmonar expuestas en la sesión teórica.

Al finalizar el taller, los alumnos del taller cumplimentaron un cuestionario de evaluación de conocimientos formada por 10 cuestiones, y una encuesta de satisfacción compuesta por 9 ítems.

Las variables estudiadas son las que se enumeran en la Tabla 1.

Estructura de la sesión completa:

- Presentación del curso y del equipo, objetivos del programa y metodología a seguir durante el desarrollo del mismo.
- Realización de un cuestionario previo de conocimientos sobre la parada cardiorrespiratoria y la reanimación cardiopulmonar.
- Sesión teórica de 55 minutos.
- Descanso de 10 minutos.
- Sesión práctica de 55 minutos consistente en la realización de diversas actividades, tal y como se muestra en la siguiente la Tabla 2:
- Realización de un cuestionario sobre los conocimientos adquiridos en ambas sesiones, y una encuesta de opinión sobre el taller realizado.

Actividades a realizar en la sesión práctica:

La misión de los colaboradores ha sido demostrar la forma correcta de llevar a cabo las maniobras de resucitación cardiopulmonar, sirviendo de ejemplo modelo a los alumnos. Además, se fomentó la participación activa en la clase, formulando preguntas y resolviendo dudas durante la simulación de casos prácticos.

En el taller práctico, cada uno de los instructores se encargó de un máximo de 8 alumnos, subdividiéndose en parejas. Cada una de las parejas disponía de un maniqué de resucitación para poner en prácticas las maniobras de RCP. Así mismo, cada uno de los miembros de la pareja pudo practicar con su respectivo compañero, todas aquellas maniobras que se explicaron en la sesión, a excepción de las compresiones torácicas y ventilaciones de rescate, que se realizaron con el maniqué. De esta forma, los alumnos pudieron sentir en sus propios cuerpos la realización de estas técnicas.

En cada uno de los grupos de 8 personas, se llevaron a cabo dinámicas de grupo donde se dramatizaban situaciones que les pudiesen ocurrir en la vida real. Mientras dos miembros atendían a un paciente simulado, el resto del grupo comentaba la actuación, e incluso, las rectificaciones en las maniobras.

Todos los miembros del grupo participan en al menos una simulación de un caso real.

Una vez finalizada la sesión práctica, se resuelven todas las dudas y se remarcan todos los aspectos importantes y básicos para llevar a cabo una reanimación cardiopulmonar eficaz.

Variables del estudio	
Edad	Cuantitativa discreta
Sexo	Cualitativa dicotómica
Estado Civil	Cualitativa ordinal
Número de hijos	Cuantitativa discreta
Profesión	Cualitativa ordinal
Conocimientos previos en RCP	Cualitativa dicotómica
Presencia de parada cardiorrespiratoria	Cualitativa dicotómica
Puntuación cuestionario pre-taller	Cuantitativa discreta
Puntuación cuestionario post-taller	Cuantitativa discreta

Nota: Denominación y tipo de variable del estudio. Fuente: elaboración propia

Tabla 1. Variables del estudio

RESULTADOS

En primer lugar, asistieron a la sesión organizada por la Asociación de Padres y Madres del colegio 21 padres de alumnos matriculados en distintos cursos del mismo centro, y una alumna de Bachillerato, con lo que supuso un total de 22 asistentes.

Para describir nuestra relación de participantes, comentar que el 32% de los asistentes fueron varones, y el 68% fueron mujeres. La edad media de los participantes fue de 43,4 años, teniendo en cuenta el valor de 16 años de la alumna de Bachillerato. Para evitar daños por datos extremos en la media de la edad, utilizamos la mediana, cuyo valor es de 44,5 años.

En la encuesta se les preguntó sobre si disponían de conocimientos previos en reanimación cardiopulmonar o primeros auxilios. El 9% de los asistentes contestaron afirmativamente, mientras que el 91% contestaron de forma negativa.

Así mismo, se quiso saber si los asistentes al curso habían presenciado alguna situación de parada cardiorrespiratoria. El 36% de los participantes contestaron "Sí", mientras que el 64% de los asistentes contestaron "No".

En relación al cuestionario planteado al comienzo de la sesión, 14 de los 22 asistentes obtuvieron una puntuación entre 0 y 5 puntos. Por el contrario, 8 de los asistentes tuvieron más de 5 aciertos (Gráfico 1). Una vez finalizada la sesión, se les ofreció un cuestionario sobre las mismas cuestiones y en las mismas condiciones. Se observa que el 100% de los asistentes obtuvieron una puntuación igual o mayor a 5 puntos, obteniendo un 27% de los asistentes una puntuación igual a 8 (Gráfico 2).

Comparando las dos puntuaciones, tanto del cuestionario de conocimientos antes y después del curso, observamos que el 14% de los asistentes no ha sufrido variación entre sus puntuaciones en ambos cuestionarios. Sin embargo, el 86% restante ha tenido diferencias en sus puntuaciones de forma positiva, aumentando el número de aciertos. 4 de los asistentes aumentaron en 1 punto sus aciertos (18%), al igual que aquellos que sumaron 2 aciertos más en el cuestionario tras el taller (18%). 5 de los asistentes sumaron 3 aciertos más (22%), 3 personas sumaron 4 aciertos (14%), 2 personas sumaron 5 aciertos (9%), y una persona sumó 6 aciertos (5%) (Gráfico 3).

Se les facilitó a los asistentes una vez finalizada la sesión, una encuesta de opinión sobre distintos aspectos del taller.

La opinión sobre la parte teórica, los asistentes manifestaron en un 86% que los contenidos teóricos les habían resultado "Fáciles", mientras que el 14% los calificaron de "Muy fáciles".

En relación a los contenidos prácticos, los asistentes al taller, valoraron en un 96% que los contenidos prácticos fueron "Fáciles de aprender", mientras que el 4% contestaron que fueron "Muy fáciles de aprender".

Con respecto a la duración del taller, el 14% de los asistentes contestó que fue "Algo escasa", por lo que les hubiera gustado tener un poco más de tiempo para practicar, mientras que el 86% de los alumnos, respondió que la duración de la sesión fue "Suficiente", por lo que

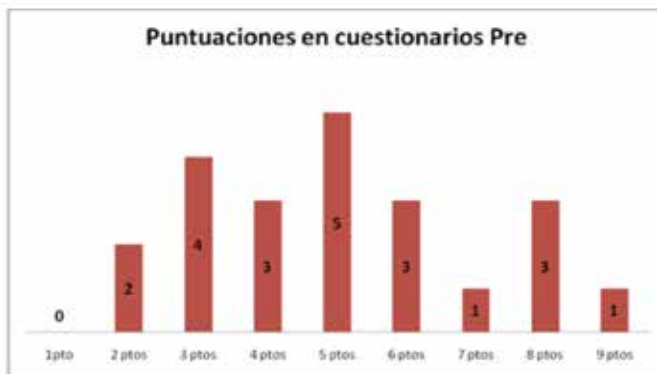


Gráfico 1. Frecuencia de puntuación en cuestionario previo



Gráfico 2. Frecuencia de puntuación en cuestionario posterior



Gráfico 3. Diferencia de puntuación entre ambos cuestionarios Gráfico 3. Diferencia de puntuación entre ambos cuestionarios Gráfico 3. Diferencia de puntuación entre ambos cuestionarios

habían podido practicar varias veces toda la secuencia.

A la pregunta sobre si conocía todos los pasos cuando se encontrase ante una persona inconsciente, el 36% de los asistentes contestó que sí que “Conocía alguno de los pasos”, mientras que el 64% manifestó que “No conocía casi nada de este tema”.

En relación al interés, claridad de la exposición y explicación, e intencionalidad de poder repetir este taller en el futuro, el 100% de los encuestados manifestaron un “Sí”.

Por último lugar, se les indicó que realizarán una valoración global de toda la sesión, englobando la sesión teórica y práctica, de forma numérica del 1 al 10. Se obtuvieron que 9 de los 22 asistentes, calificaron de forma global con una nota de un 9, mientras que 13 de los 22 alumnos, calificaron de forma global la sesión con una nota de 10, por lo que la puntuación media del taller se sitúa en un 9.59.

CONCLUSIONES

Las conclusiones que se han extraído una vez analizado los resultados son:

- Ha mejorado el nivel de conocimientos en PCR y RCP por parte de los participantes tras la realización de una experiencia piloto formativa.
- Se proporcionaron los conocimientos básicos para la actuación ante una situación de urgencia a los alumnos con un alto grado de claridad y comprensión.
- Se obtuvo una nota mayor a 9 en relación con la calidad del taller, por lo que el 100% de los asistentes les gustaría repetir esta experiencia en un futuro no muy lejano.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nodal PE, López JG, De la Llera G. Paro cardiorrespiratorio (PCR). Etiología. Diagnóstico. Tratamiento. Rev Cubana Cir. 2006; 45: 3-4.
2. Moreno P. Formación en reanimación cardiopulmonar en las facultades de odontología públicas en España [Tesis Doctoral]. Madrid: 2010.
3. Calderón JM, Ayuso F, Jiménez L, Ruiz M, Jiménez J, Montero FJ. Soporte Vital Básico En Adultos y Desfibrilación Externa Semiautomática. En: Jiménez L, Montero FJ eds. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía Diagnóstica y Protocolos de actuación. 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2010. 2-7.
4. Asmundis C, Brugada P. Epidemiología de la muerte súbita cardíaca. Rev Esp Cardiol [en línea] 2013 [fecha de acceso 19 de diciembre de 2014]; 13(A). URL disponible en:
http://pdf.revespcardiol.org/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90196273&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=25&ty=100&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=en&fichero=25v13nSupl.1a90196273pdf001.pdf
5. Miró O, Díaz N, Escalada X, Pérez F, Sánchez M. Puntos clave para introducir la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en las escuelas. Salud (i) Ciencia. 2013; 20: 251-256.
6. García FJ, Montero FJ, Encinas RM. La comunidad escolar como objetivo de la formación en resucitación: la RCP en las escuelas. Emergencias. 2008; 20: 223-225.
7. Meissner T, Kloppe C, Hanefeld C. Basic life support skills of high school students before and after cardiopulmonary resuscitation training: a longitudinal investigation. Scand J Trauma, Resusc Emerg Med. 2012; 20: 1-7.
8. Nishiyama C, Iwami T, Kitamura T, Ando M, Sakamoto T, Marukawa S, et al. Long-term retention of cardiopulmonary resuscitation skills after shortened chest compression – only training and conventional training: a randomized controlled trial. Acad Emerg Med. 2014; 21(1): 47-54.
9. Valenzuela TD, Roe DJ, Cretin S, Spaite DW, Larse MP. Estimating effectiveness of cardiac arrest intervention: a logistic regression survival model. Circulation. 1997; 96: 3308-3313.
10. Larsen MP, Eisenberg MS, Cummins RO, Hallstrom AP. Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model. Ann Emerg Med. 1993; 22: 1652-1658.
11. Herlitz J, Ekström L, Wennerblom B. Effect of bystander initiated cardiopulmonary resuscitation on ventricular fibrillation and survival after witnessed cardiac arrest outside hospital. Br Heart J. 1994; 72(5): 408-412.
12. Leong B. Bystander CPR and survival. Singapore Med J. 2011; 52(8): 573-575.
13. Petric J, Malicki M, Markovic D, Mestrovic J. Students' and parents' attitudes toward basic life support training in primary schools. Croat Med J. 2013; 54(4): 376-380.
14. Miró O, Díaz N, Escalada X, Pérez FJ, Sánchez M. Revisión de las iniciativas llevadas a cabo en España para implementar la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en las escuelas. An Sist Sanit Navar. 2012; 35(3): 477-486.

ATENCIÓN A LA GESTANTE CON UN CASO DE ABRUPTIO PLACENTAE

WARNING TO PREGNANT WITH A CASE OF PLACENTAL ABRUPTION

■ FRANCISCO JOSÉ NAVARRO BERNAL: MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.
 ■ ALMUDENA BARROSO CASAMITJANA: MATRONA. ESPECIALISTA EN SALUD MENTAL. HOSPITAL DE JEREZ. CÁDIZ.
 ■ ANA MARÍA PERALTA DOMÍNGUEZ: MATRONA. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DEL MAR. CÁDIZ.

RESUMEN: El desprendimiento prematuro de placenta se encuadra dentro de las hemorragias del tercer trimestre. Como su nombre indica, se caracteriza por un desprendimiento total o parcial de la placenta normalmente inserta causando un cuadro hemorrágico. Su etiología es multifactorial, y puede llegar a comprometer la vida tanto de la madre como la del feto.

La aparición de un caso de desprendimiento de placenta es considerado como una extrema urgencia, por lo que la actuación debe ser lo más rápido posible para poder llegar a buen término. Debido a la situación de estrés y nerviosismo que produce este cuadro, la matrona y todo el personal deben estar preparados y formados para poder actuar y prestar los mejores cuidados.

En este artículo, detallamos como debe ser la actuación de la matrona ante un cuadro de desprendimiento de placenta y los cuidados que precisa la gestante en ese momento, a través de la exposición de un plan de cuidados estandarizado.

PALABRAS CLAVE: Desprendimiento de placenta, gestante, cuidados, matrona

ABSTRACT: Abruptio placentae falls within the third-trimester bleeding. As the name suggests, is characterized by a total or partial detachment of the normally inserted placenta causing a hemorrhagic syndrome. Its etiology is multifactorial, and can compromise the life of both the mother and the fetus. The appearance of a case of placental abruption is considered as an extreme emergency, so that the action should be as fast as possible to come to fruition. Due to the situation of stress and nervousness that produces this table, the midwife and all staff must be prepared and trained to act and deliver better care. In this article, we detail how it should be action by the midwife before a picture of placental abruption and the care that pregnant women at the time, through the exposure of a standardized care plan.

KEYWORDS: Abruptio placentae, pregnant, care, midwife

INTRODUCCIÓN

Definición

El desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta (DPPNI) es un accidente agudo de la gestación en la que la placenta se desprende total o parcialmente de su lugar de implantación antes del alumbramiento, provocando un síndrome hemorrágico. Las consecuencias de este accidente para la madre pueden ser de muy diferente identidad, variando desde la formación de un simple coágulo retroplacentario solo descubierto tras el alumbramiento, hasta la aparición de cuadros gravísimos con posibilidad de complicaciones extragenitales importantes. La morbilidad fetal es elevada.¹

Es un accidente que se produce normalmente a partir de la semana 28 de gestación, siendo la incidencia más elevada sobre la semana 36-38.

Etiología

La etiología de esta enfermedad es aún desconocida. No obstante parece subyacer algún defecto de la decidua y vasos uterinos que podría favorecer la instauración del DPPNI. Se han descrito una serie de circunstancias que están asociadas con esta patología:¹

1.- Hipertensión arterial: Aproximadamente el 50% de los casos de abruptio placentae severos están relacionados con la existencia de una hipertensión arterial previa al embarazo. No obstante también se ha observado que los casos de DPPNI de carácter leve no parecen estar relacionados con la hipertensión arterial gestacional y, además, mientras que la hipertensión inducida por el embarazo

es más frecuente en las primigestas, el desprendimiento de placenta lo es en las multigestas.

2.- Carencias nutritivas: de estas se ha llegado a valorar deficiencias de ácido fólico, vitamina A, anemia, pero en conjunto suelen reflejar un pobre estado nutricional generalizado.

3.-Traumatismo y cordón umbilical corto: los traumatismos abdominales en gestaciones a término pueden condicionar un abruptio hasta en un 4% de los casos. Ante todo accidente de circulación con traumatismo moderado-severo, debe mantenerse una observación durante un periodo de 24 horas. Por otro lado, un cordón corto, menor a 20 cm, puede llevar al desprendimiento por tracción excesiva de la placenta.

4.-Síndrome supino-hipotensivo: en teoría la compresión de la vena cava inferior con un consecuente aumento de presión en las venas uterinas puede favorecer un desprendimiento, no obstante esta situación es poco probable.

5.-Hábitos tóxicos: en aquellas mujeres que fuman más de 10 cigarrillos/día se ha demostrado un aumento de la mortalidad perinatal secundaria a un abruptio, por necrosis decidual. También la cocaína, debido a sus propiedades vasoactivas, parece aumentar la producción de desprendimientos.

6.- Factores iatrogénicos: a la versión externa se le ha achacado la responsabilidad de provocar un DPP. También a algunas otras intervenciones, como la amniocentesis, cuando se atraviesa la placenta con la aguja.

7.-Alteraciones uterinas: Una anomalía en la implantación

placentaria, por ejemplo, si la placenta asienta sobre miomas, en útero malformado, o en cuerpo uterino, se podría justificar su despegamiento espontáneo.

8.-Descompresión abdominal brusca. Una rotura de las membranas en caso de hidramnios con gran distensión abdominal podría provocar un vaciamiento intrauterino capaz de forzar un despegamiento placentario.

9.-Factores vasculares endógenos. La existencia de una cierta esclerosis vascular de los vasos pelvianos puede ser importante al menos como factor predisponente.

10.-Todas las hiperdinamias, pero sobre todo las hipertonías, pueden causar un DPP. En estos casos la sangre entra en el espacio intervelloso, pero drena con dificultad en las venas uterinas. En estas circunstancias puede llegar a formarse un hematoma en el espacio intervelloso por rotura vascular.

11.-Otras causas: una corioamnionitis o una hipofibrinogenemia congénita, pueden influir para desencadenar un DPP.

Clasificación

Utilizaremos la clasificación en grados de Page, de amplio uso en EEUU, y gran ayuda clínica.²

-Grado 0: incluye los casos asintomáticos, cuyo diagnóstico es retrospectivo al examinar la superficie placentaria.

-Grado I: está constituido por aquellos casos de metrorragia en cantidad variable, sin otro síntoma acompañante.

-Grado II: correspondiente a los casos que presentan, con feto vivo, otra sintomatología acompañante, como dolor, hemorragia oculta, sufrimiento fetal y, en raras ocasiones, coagulación intravascular diseminada (CID).

-Grado III: aparece la muerte fetal, agravándose los síntomas y aumentando la frecuencia de complicaciones mayores.

	GRADO 0	GRADO I	GRADO II	GRADO III
Metrorragia	Nula	150-500 ml	>500 ml	Más intensa
Tono uterino	Normal	Normal	Hipertonía	Tetania uterina
Shock	No	No	Ligero	Grave
PBF	No	Ligera	Grave	Muerte fetal
Coagulación	Normal	Normal	Coagulopatía compensada	IIIa: no CID IIIb: CID
Aspecto útero	Normal	Pequeña zona rojo-azulada	Entre grado 1y III	Útero de Couvelaire
DPPNI	Hallazgo	<30%	30-50%	50-100%

Tabla I: Clasificación de los DPPNI de Page

Clínica

-Sintomatología³

El signo principal del DPP es la hemorragia uterina. Esta hemorragia puede quedar retenida en el interior del útero o puede fluir al exterior a través de los genitales. Lo más frecuente es que los dos tipos coexistan.

Para que se produzca una hemorragia externa es necesario que la sangre intente salir al exterior despegando la membrana tal y como se ha explicado anteriormente. La hemorragia externa a veces fluye como sangre roja o negruzca, en pequeñas cantidades, casi de modo continuo. Otras veces salen al exterior coágulos sanguíneos; no es raro que lo hagan bruscamente y en gran cantidad.

La hemorragia interna puede ser muy grande, a veces solo hay coágulos retroplacentarios y en otras ocasiones las membranas son despegadas pero la sangre no sale al exterior porque se lo impide la presentación fetal. Puede ocurrir que se rompan las membranas en algún lugar por encima de la región del cuello y la sangre pase a la cavidad del amnios mezclándose con el líquido amniótico y formándose así una masa líquida de gran volumen que, al romperse la bolsa, ofrece una salida impresionante de líquido rojo.

El dolor es un síntoma de extraordinaria importancia que en las formas graves se manifiesta pronto. De localización hipogástrica,

puede llegar a ser muy intenso, de tipo lacinante. Una vez que se ha presentado, se hace casi continuo. Puede irradiarse hacia la región lumbar y los muslos. No siempre presenta este carácter agudo que hemos descrito y que caracteriza al cuadro grave de apoplejía uteroplacentaria.

Las formas graves de DPP desembocan en un cuadro general grave con anemia aguda y shock. Con independencia de la gravedad de la hemorragia, el shock puede surgir como consecuencia del traumatismo que el desprendimiento placentario supone.

-Formas clínicas³

Se clasifica el DPP en las siguientes formas:

1.-Formas asintomáticas: Son aquellas en que al revisar la placenta después del alumbramiento se encuentra en su cara materna un coágulo organizado que deja al descubrir, al ser retirado, una excavación típica en la superficie placentaria.

2.-Formas Leves. Agrupamos aquí los casos en que la hemorragia no es muy grande y no hay afectación general materna. El dolor es poco intenso, tal vez localizado y hay una ligera hipertonía. El feto estará vivo en principio, pero corre peligro de sufrimiento.

3.-Formas moderadas: Entre las formas descritas como leves y el cuadro agudo, todavía pueden darse unas formas intermedias en las que, sin presentarse un cuadro de gravedad extrema, hay evidente afectación materna. El inicio es más larvado que en los casos graves, pero la anemia, el dolor. La hipertonía y la evidente

afectación fetal componen un cuadro de suficiente intensidad para ser preocupante.

4.-Formas graves: serían las formas clínicas de la auténtica apoplejía útero placentaria, del llamado síndrome de Couvelaire. Se caracteriza por su aparición explosiva y por la existencia de síntomas floridos. Dolor, útero de madera, hemorragia y shock.

Diagnóstico⁴

Los síntomas del DPP en sus formas graves y típicas no ofrecen dificultad para establecer el diagnóstico. Si se asocian a hemorragia, shock, dolor e hipertensión uterina el cuadro es inconfundible. Las formas moderadas y leves suelen ser difíciles de diagnosticar y son las que, en general, plantean la necesidad de un diagnóstico diferencial.

Hoy día la ecografía puede ser resolutive, y en casos de formas asintomáticas representa la única posibilidad diagnóstica. En caso de desprendimientos pequeños, las imágenes ecográficas pueden no ser totalmente representativas y el método doppler color para el estudio del lecho placentario puede ser de valor en el futuro.

Por otro lado, al aumentar el porcentaje de partos monitorizados, se están viendo casos de sufrimiento fetal inexplicable, en los que el estudio ecográfico intraparto muestra la existencia de un hematoma retroplacentario mas o menos grande.

Pronóstico

La mortalidad materna ha disminuido de forma sustancial en el mundo occidental. Pero en cualquier caso, el DPP continua siendo una de las primeras causas de mortalidad materna en general.

La mortalidad fetal es muy elevada, aunque varía extraordinariamente según la forma clínica y la extensión anatómica del desprendimiento.

La muerte fetal viene directamente determinada por la anoxia provocada por el desprendimiento placentario. Es posible que el lugar placentario donde se efectúa el despegamiento tenga influencia sobre el daño fetal y que sean más graves los pequeños despegamientos centrales que otros periféricos más extensos. Pero aparte de la anoxia, otras circunstancias, como las condiciones maternas o como la hipertensión, pueden provocar o contribuir al sufrimiento fetal.

En los casos graves la mortalidad fetal es elevadísima. Sin embargo una actuación oportuna, con inmediata extracción del feto del claustro materno, puede llegar a salvar la vida.

En directa relación con la hipoxia fetal, el recién nacido tiene también, en caso de nacer vivo, un pronóstico comprometido, y hay que contar con un aumento sensible de morbilidad neonatal.

Complicaciones⁵

El DPP Puede determinar dos tipos de complicaciones importantes: la falta de coagulabilidad sanguínea y la anuria. Son de aparición generalmente tardía, es decir se manifiesta tras la terminación del parto, pero no puede excluirse que aparezcan antes, en pleno curso del proceso.

1.-Choque hipovolémico

Se caracteriza por una hipoperfusión tisular, secundaria a una disminución del volumen sanguíneo circulante, y que conduce a la asfixia materna y fetal. Aparece en un 5-12% de los DPPNI. El DPPNI se conocía antiguamente como choque obstétrico, dado que la pérdida sanguínea visible no cordaba con el estado de la paciente, ya que la hemorragia oculta a menudo es muy superior a la visible, llegando a almacenar hasta 2500 ml en el útero.

Si se detectan signos de shock se tomarán medidas enérgicas de reposición de volumen, con solución salina y cristaloideos hasta disponer de sangre para una transfusión.

2.-Coagulación intravascular diseminada (CID)

La CID aparece aproximadamente en un 10% de los casos de abrupcio placentae, siendo mínima en los casos leves y aumentando hasta un tercio o la mitad de los casos severos. En el organismo existe un potente sistema de coagulación, que se pone en marcha para la formación de trombos a través de diversos mecanismos: la vía intrínseca, iniciada por la plaquetas o bien la extrínseca, inducida por la acción de la trombina tisular en sangre.

Cuando se produce un DPPNI se libera a la sangre, desde el lecho placentario tromboplastina tisular, que disparará la cascada de la coagulación y va a conducirnos a:

- Consumo de fibrinógeno y factores de la coagulación, con formación de microtrombos de los vasos distales del organismo.

- Aumento de los productos de degradación del fibrinógeno que son inhibidores de la trombina y dificulta el segundo tiempo de la coagulación.

- Puesta en marcha del sistema fibrinolítico.

Como consecuencia de todo ello, se produce una diseminación de los depósitos tanto de fibrinógeno, como de factores plasmáticos de la coagulación de las plaquetas, que se emplearán a su vez en la formación de nuevos trombos, cerrándose así un círculo vicioso.

3.-Necrosis isquémica de los órganos distales

Supone una complicación severa para la madre, pudiendo afectar a los riñones, hígado, suprarrenales y causar necrosis de la hipófisis que condiciona el síndrome de Seehan. A nivel renal la anoxia y los depósitos de fibrina pueden condicionar una necrosis tubular.

Tratamiento

No existen ensayos clínicos que muestren qué tratamiento son los mejores en el manejo de pacientes con DPPNI.

-Estrategias preventivas⁶

La etiología del DPPNI es desconocida pero podemos actuar sobre algunos de los factores de riesgo asociados realizando un tratamiento adecuado de los estados hipertensivos del embarazo y aconsejando a la paciente la abstención del tabaco y drogas.

-Medidas generales

Ante el diagnóstico de sospecha de DPP:

- Hospitalización de la paciente.

- Control hematológico.

- Pruebas cruzadas.

- Control de diuresis

- Evaluación de las condiciones obstétricas.

-Asistencia obstétrica

- Evaluación del estado fetal y placentario mediante monitorización y ecografía.

- Maduración pulmonar con corticoides en fetos <34 semanas.

- Finalización de la gestación.

- El tratamiento conservador está indicado si no existe compromiso materno y el feto es prematuro con inmadurez pulmonar.

-El tratamiento activo consiste en la finalización del embarazo y se hará de forma urgente en caso de:

- + Compromiso fetal
- + Compromiso materno
- + Muerte fetal
- + Feto maduro, independientemente de la situación materna.

-Tipo de parto

Para decidir la vía de parto hay que tener en cuenta la paridad, las condiciones cervicales y el estado fetal y materno.

+ Se puede intentar el parto vaginal ante una situación materno-fetal controlada, y si existen buenas condiciones obstétricas.

+ Cesárea urgente si en el transcurso del periodo de dilatación aparece:

- Hemorragia intensa con riesgo vital.
- Signos de insuficiencia renal aguda.
- Hipertonía.
- No progresión del parto.
- Signos de pérdida de bienestar fetal

+En caso de muerte fetal hay que intentar siempre la realización de parto vía vaginal, realizando una cesárea si existe hipovolemia, insuficiencia renal aguda o alteración en la coagulación.

JUSTIFICACIÓN

El desprendimiento de placenta es considerado uno de los cuadros más graves que se puede presentar durante la gestación, en el que corre peligro la vida de la madre y la del feto.

La pronta y adecuada actuación del personal de urgencias es vital en estos casos, y es por ello que debe estar preparado y formado para poder prestar los mejores cuidados. En este artículo se unifican los cuidados que precisan estas pacientes con esta patología a través de ejecución de un plan de cuidados estandarizado.

OBJETIVO

Elaborar un plan de cuidados estandarizado, que unifique y garantice unos cuidados de calidad a las gestantes que presenten esta patología, en la zona de urgencias de obstetricia.

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 científicas: matronas Profesión, Nure Investigación.

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

-Protocolos de actuación ante el DPPNI de los hospitales de la Provincia de Cádiz.

RESULTADO 7,8,9

En las siguientes tablas se exponen los planes de cuidados estandarizados que la matrona de urgencias debe llevar a cabo con la gestante con esta situación clínica:

Tablas Anexas. (I-V)

CONCLUSIONES

El primer contacto que tiene la gestante en la zona de urgencias es con la matrona. Debido al cuadro de gravedad que se presenta, la matrona debe estar preparada y formada para poder actuar de forma correcta y prestar unos cuidados de calidad.

En este artículo hemos unificado criterios valorando las necesidades más importantes que tiene la gestante con esta patología y a partir de ello, hemos establecido un plan de cuidados estandarizado que se deberá llevar a cabo.

Los planes de cuidados estandarizado siempre habrá que individualizarlos, después de realizar una valoración exhaustiva con cada una de las pacientes, porque aparte de estos diagnósticos, pueden presentar otros muchos dependiendo del estado en que se encuentre.

Podemos decir como conclusión final el papel tan importante que tiene la matrona y el personal de enfermería en el desprendimiento de placenta, ya que una rápida actuación de los mismos llevarán a obtener los mejores resultados, una madre sana y un recién nacido sano.

TABLA I: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00132) DOLOR AGUDO	(2102) NIVEL DEL DOLOR	(6650) VIGILANCIA (5820) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD Actividades: -Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. -Controlar los estímulos, si procede, de las necesidades de la paciente. -Crear un ambiente que facilite la confianza. -Escuchar con atención. -Tratar de comprender la perspectiva de la paciente sobre la situación estresante. -Utilizar un enfoque sereno que de tranquilidad. (5460) CONTACTO Actividades: -Coger de la mano a la paciente para transmitir apoyo emocional

TABLA II: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00035) RIESGO DE LESIÓN	(0112) ESTADO FETAL: DURANTE EL PARTO (2510) ESTADO MATERNO: DURANTE EL PARTO	(6772) MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA (6834) CUIDADOS INTRAPARTO: PARTO DE ALTO RIESGO (4010) PRECAUCIONES CON HEMORRAGIAS (4020) DISMINUCIÓN DE LA HEMORRÁGIA (6980) ECOGRAFÍA: OBSTETRICIA (2930) PREPARACIÓN QUIRÚRGICA
(00029) DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO	(0413) SEVERIDAD DE LA PÉRDIDA DE SANGRE	(4258) MANEJO DEL SHOCK: VOLÚMEN (4160) CONTROL DE HEMORRAGIAS (4021) DISMINUCIÓN DE LA HEMORRÁGIA: ANTEPARTO

TABLA III: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00160) DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL EQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS	(0504) FUNCIÓN RENAL (0601) EQUILIBRIO HÍDRICO (0602) HIDRATACIÓN	(4120) MANEJO DE LÍQUIDOS Actividades: -Administrar líquidos IV a temperatura ambiente. -Administrar productos sanguíneos, si procede. -Controlar resultados de laboratorio relevantes. -Monitorizar estado de hemodinámica. -Monitorizar signos vitales, si procede. -Preparar al paciente para la administración de productos sanguíneos (comprobar la sangre con la identificación del paciente). -Realizar sondaje vesical. -Vigilar el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado y tensión arterial normal). (0590) MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA Actividades: -Control periódico de la eliminación urinaria. (4150) REGULACIÓN HEMODINÁMICA (6680) MONITORIZACIÓN DE LAS CONSTANTES VITALES Actividades: -Anotar cifras tensionales. -Controlar la tensión sanguínea, pulso y respiraciones. -Controlar periódicamente la oximetría del pulso. -Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel

TABLA IV: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00029) DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO	(0413) SEVERIDAD DE LA PÉRDIDA DE SANGRE	(4258) MANEJO DEL SHOCK: VOLÚMEN (4160) CONTROL DE HEMORRAGIAS (4021) DISMINUCIÓN DE LA HEMORRÁGIA: ANTEPARTO

TABLA V: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	NOC	NIC
(00148) TEMOR	(1404) AUTOCONTROL DEL MIEDO	(5380) POTENCIACIÓN DE LA REALIDAD Actividades: -Mostrar calma. -Pasar tiempo con el paciente. -Presentar los cambios de forma gradual. -Evitar producir situaciones emocionales intensas. - Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los períodos -Escuchar los miedos del paciente/familia. - Explicar al paciente/familia todas las pruebas y procedimientos. - Responder a las preguntas sobre su salud de una manera sincera. - Ayudar al paciente/familia a identificar los factores que aumentan el sentido de seguridad. - Ayudar al paciente a utilizar las respuestas de capacidad de resolución de problemas que han resultado con éxito en el pasado. (5820) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD Actividades: -Utilizar un enfoque sereno que de seguridad. -Explicar todos los procedimientos. -Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. -Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. -Escuchar con atención. -Crear un ambiente que facilite confianza. -Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedo. -Identificar los cambios en el nivel de ansiedad

BIBLIOGRAFÍA

1. Usandizaga, P. De la Fuente. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Volumen I. Madrid Interamericana Mc Graw-Hill S.A. 2000: 275-295.
2. Fabre E. Manual de asistencia a la patología obstétrica. Zaragoza. Editorial: E. Fabre. 1997. 863-878.
3. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Protocolo nº 13. Protocolos Asistenciales en Obstetricia. SEGO. 2004. Disponible: www.sego.es.
4. Arnedillo Sánchez M.S, Barroso Casamitjana A, Ruiz Ferrón C. Actuación de un desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Estudio de un caso. Matronas Profesión. 2008. 9(2): 24-29.
5. Muñoz, Henar; López-Picado, A. Desprendimiento de placenta como complicación de la versión cefálica externa: a propósito de un caso. Matronas Profesión. 2011. 12 (2): 54-57.
6. Neilson JP. Interventions for treating placental abruption. Cochrane. Rev.2003; (1): CD003247
7. Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. Madrid: Elsevier. 2004.
8. Moorhead S, Johnson M, Maas. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005.
9. Dochterman JM, Bulechek G. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC).Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005.

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA POSPARTO

POSPARTUM FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION

■ ÁNGELES MARÍA MÁRQUEZ CARRASCO. ENFERMERA Y MATRONA.

RESUMEN: La sexualidad es un rasgo íntimo de la persona y que cada uno vivencia y expresa de manera diferente.

La disfunción sexual femenina es la capacidad insuficiente o inadecuada de la mujer a participar en o disfrutar de una relación sexual satisfactoria.

Las púérperas sufren muy variados cambios en el posparto que pueden condicionar su sexualidad y su vuelta a la actividad coital. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA) cataloga las disfunciones sexuales femeninas en cuatro bloques: trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación sexual, trastornos orgásmico y trastornos del dolor sexual.

En este artículo se revisa cuáles son las disfunciones que más se dan en el posparto, cuáles son los factores que facilitan las disfunciones sexuales en el periodo puerperal y qué pueden hacer las matronas para ayudarlos.

PALABRAS CLAVE: Disfunción, sexualidad, posparto, matrona, puerperio.

SUMMARY: Sexuality is a feature intimate person and each one experience it and expressed it differently.

Female sexual dysfunction is insufficient or inadequate capacity of women to participate in satisfactory sexual relationship.

Postpartum women suffer various postpartum changes that can influence their sexuality and their return to the coital activity. Manual diagnosis and statistical of the disorders mental (DSM) of the American Psychiatric Association (APA) classifies the female sexual dysfunctions in four blocks: sexual desire disorders, arousal disorders, Orgasmic disorders, and sexual pain disorders.

This article examines which dysfunctions are most given during postpartum, what are factors that facilitate the sexual dysfunctions in the postnatal period and midwifery can do to help them.

KEY WORDS: Dysfunction, sexuality, postpartum, midwifery, puerperal period, puerperium.

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es el rasgo más íntimo del ser humano, que se manifiesta de forma diferente para cada persona, de acuerdo con su realidad y experiencias (1,2).

A sí mismo y más específicamente, el psicoerotismo femenino difiere del masculino. Para la mujer, el psicoerotismo involucra todos los aspectos de su vida mientras que para el hombre cobra más fuerza la genitalidad. (3)

EL ciclo de respuesta sexual masculina podría quedar explicado a través de la figura 1 del anexo 1, que es la representación del ciclo explicada por Master y Johnson. El ciclo de respuesta sexual femenino (figura 2 del anexo 1) se corresponde con el propuesto por Basson en 2002, el cual añade aspectos psicológicos y sociales como la intimidad, la satisfacción emocional, el deseo sexual y la satisfacción física. (4)

Una etapa en la que la sexualidad puede sufrir variaciones es el puerperio. Este periodo se caracteriza por producir cambios biopsicosociales en la mujer y por tanto, le afecta como persona completa (5).

Según Fernández (6), las mujeres que tienen un concepto positivo y una buena respuesta sexual tanto previa como durante el embarazo, también es de esperar que disfruten de una sexualidad gratificante en el puerperio (siempre que no sufran complicaciones con el parto o el recién nacido). Sin embargo, Martín de María (7) concluye en su estudio que la sexualidad es el área más vulnerable en las relaciones de pareja, y que la mayoría de éstas tienen problemas sexuales después del parto.

En esta revisión se quiere mostrar qué problemas sexuales se dan con mayor frecuencia en este periodo, con qué están relacionados y qué cuidados puede aportar la matrona frente a ésta situación.

OBJETIVO GENERAL

- Conocer las principales disfunciones sexuales pospartos que puede vivenciar la mujer.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Saber qué disfunciones sexuales inciden en la sexualidad femenina posparto.
- Conocer qué factores posparto están relacionados en la aparición de las disfunciones sexuales en esta etapa.
- Mostrar las escalas que se puede utilizar para conocer la existencia de disfunciones sexuales.
- Definir la ayuda que puede brindar la matrona frente a estas disfunciones sexuales ya mencionadas.

METODOLOGÍA

Para elaborar la revisión se lleva a cabo la búsqueda bibliográfica sistemática en bases de datos tanto en inglés como en español (Pubmed, Scielo, Cuiden y Cinahl), y en revistas científicas de conocimientos de matrona como matronas profesión o matronas hoy.

RESULTADO

1. ¿Qué es la Disfunción Sexual Femenina?

La disfunción sexual femenina es la capacidad insuficiente o inadecuada de la mujer a participar en o disfrutar de una relación sexual satisfactoria y el orgasmo (8).

Hay ciertos eventos naturales en la vida de la mujer que aumentan el riesgo de sufrir una disfunción, como es el caso de la menstruación, uso de anticonceptivos orales, el posparto, la lactancia y la perimenopausia (relacionado todo ello con fluctuaciones de la hormona gonadal) (8).

Centrándonos en la situación de posparto, aquí puede empezar o agravarse los problemas sexuales, si ya se encontraban presentes. Cuando la mujer ha tenido una vida sexual satisfactoria previa, suelen tener menos dificultades en esta etapa. Sin embargo, para aquellas cuya experiencia previa no es la mejor, puede ser el posparto y la lactancia utilizada como excusa para mantener relaciones (9).

Rejane (5) destaca en su estudio que un metaanálisis conformado desde 59 estudios concluye que el 40% de mujeres tienen problemas en su primera relación sexual tras dar a luz.

El estudio de Kammerer (4) establece la prevalencia de las disfunciones sexuales entre 25-63%, siendo el principal problema el descenso de la libido.

Otro dato numérico que destaca la gran incidencia que hay de esta problemática en el puerperio lo da el estudio de Barret (3), donde el 65% de una muestra de 484 primíparas reconoce sufrir problemas en su sexualidad; o el estudio de Rogers (10) donde sólo el 12-14% de su muestra refiere no tener ningún problema sexual en el posparto (1). Por tanto, es un problema que se da bastante.

Si se establece una secuencia temporal, se puede destacar que no sólo se dan las dificultades en la primera relación como se ha mencionado sino que a los dos meses tras dar a luz, para Barret (11) el 53% presentan problemas y a los tres meses lo muestran el 83%. Él resalta como problemas que pueden darse: la dispareunia, la falta de lubricación, la dificultad para alcanzar el orgasmo, el aflojamiento vaginal, la pérdida de deseo sexual y el sangrado y/o la irritación tras el coito.

A los seis meses, el 64% aún presentan alguna dificultad. Destaca el descenso de la sensación sexual y la reducción de la satisfacción sexual en comparación con los niveles posparto. A sí mismo, aquellas mujeres que tuvieran laceraciones del esfínter anal, tienen 270% más probabilidad de sufrir dolor en el coito que aquellas sin desgarro (10).

Al año, 49% aún puede presentar dificultad. Las cifras van descendiendo pero se puede prolongar la problemática hasta los 18 meses.

Es por tanto, una situación dificultosa que se da en gran número de mujeres y que puede prolongarse bastante dando gran morbilidad.

2. Tipos de disfunciones sexuales

Los problemas que conforman la disfunción sexual se engloba en cuatro áreas, según DSM- IV. Son problemas de deseo, excitación, orgasmo y dolor.

En el puerperio encontramos sobre todo (8):

- Trastorno del deseo sexual hipoactivo: se caracteriza por una falta de deseo de actividad sexual y/o deficiencia o ausencia de pensamientos y fantasías sexuales. Aunque es normal tener una pérdida de libido en las primeras 6-7 semanas tras dar a luz, ello se vuelve anormal cuando es persistente o causa angustia en la relación. A menudo, se asocia con trastornos de dolor sexual.
- Trastorno de excitación sexual: es una incapacidad persistente o recurrente de alcanzar o mantener la excitación a causa de un componente emocional.
- Trastorno orgásmico: se define como dificultad o incapacidad de alcanzar el orgasmo con estímulo y excitación suficiente.
Estos tres trastornos rara vez se dan de manera individual. Los podemos encontrar combinados.
- Trastorno del dolor sexual: se dividen en,
 - Dispareunia: es el dolor genital asociado al coito. Es el más común.
 - Vaginismo: espasmos musculares involuntarios del tercio inferior de la vagina que afecta al coito. En el puerperio se asocia con la dispareunia.

- Trastorno del dolor sexual no coital.

3. Factores que lo pueden causar

El trastorno del deseo sexual puede ser causado por preocupación materna frente a sufrir dolor, sangrado o infección tras el coito (6). Además, el componente hormonal de las madres lactantes lo facilita. Fisiológicamente, la disminución de testosterona y el aumento de la progesterona inciden en el deseo sexual disminuyéndolo (7).

También se asocia a la extensión del trauma perineal y cada vez es más frecuente encontrar parejas con problemas de esterilidad que sufrían disfunciones debidas al estrés de tener actividades sexuales programadas con fin reproductivo que se daban sin deseo y que acaban manteniéndose y cronificándose tras el nacimiento del hijo.

La alteración de la imagen corporal tras el parto está ligada también a éste trastorno. Necesitan reencontrarse con su cuerpo al igual que se dan las fluctuaciones emocionales puerperales y el cansancio que acompaña a la mujer en esta fase.

Con respecto al trastorno orgásmico y de la excitación, no es hasta la 7-12 semana posparto que se alcanza, por causas físicas, de nuevo el orgasmo. La respuesta ante la estimulación sexual es más lenta y menos intensa inicialmente (6). Se va recuperando progresivamente, pero en la primera relación, muy pocas mujeres alcanzan el clímax (12).

El músculo pubococígeo también está relacionado con la capacidad orgásmica (6). Su mal estado en el posparto dificulta el orgasmo y puede producir incontinencia urinaria (que afecta a la sexualidad a largo plazo). A sí mismo, las mujeres con incontinencia (ya sea fecal y/o urinaria) tienen peor autopercepción (7,13) y un impacto negativo en su función sexual.

La dispareunia se relaciona con el parto instrumental (10). Los estudios hablan de que se asocia a dispareunia de hasta más de seis meses tras el parto para aquellos que finalizan con ayuda de instrumento.

El grado de desgarro también tiene relación. Cuando este afecta al esfínter anal el riesgo de sufrir dispareunia es 270% veces más que en las mujeres que no sufren ningún desgarro (8,10).

Con respecto a la sutura, si se realiza con técnica continua, el dolor es menor en inicio pero se iguala a los tres meses posparto. Las dehiscencias e infecciones en la episiorrafia son otros de los factores relacionados (8).

La disminución de estrógenos propia de la lactancia materna desemboca en disminución de la lubricación favoreciendo la coitorragia (14) y la insatisfacción de la mujer (15).

A un nivel más general, hay respuestas contradictorias frente a la afectación sexual de las mujeres a las que se les realiza cesárea. Algunos autores ven en ellas mayores deterioros de su sexualidad y otros lo ven como un factor de protección.

Las púrpas con trastornos en el suelo pélvico pueden tener problemas añadidos, como es el caso de la incontinencia coital. Es la pérdida de orina durante el coito. Se produce durante la penetración vaginal en mujeres con incontinencia de esfuerzo o durante el orgasmo si la púrpura sufre síntomas de hiperactividad vesical (4).

Con respecto al prolapso de los órganos pélvicos, a mayor prolapso, mayor grado de pronóstico de afección sexual pero no influye en la frecuencia del coito ni en la satisfacción subjetiva.

La falta de placer se relaciona con la personalidad materna,

con conflictos matrimoniales, depresión materna, problemas vaginales, falta de sueño, problemas emocionales, cambios físicos propios del posparto y lactancia y la espera de la consulta posparto.

Asimismo la autopercepción es peor en el posparto. La madre se siente incómoda, insegura, poco atractiva. Ello no ayuda para mantener relaciones.

Con respecto a aquellas púerperas que cursan con depresión posparto, en ellas es más común la disfunción. En el estudio PRESIDE, el 40% de las madres tenían trastornos del deseo, excitación o del orgasmo. Además de tener menos deseo e interés por las relaciones, las practican menos frecuentemente. A su vez, el tratamiento antidepressivo también puede dificultarlo (16).

4. Escalas de medida

Para valorar la existencia y grado de disfunción sexual existen varios cuestionarios. El cuestionario Plouffe (4) demuestra con tres preguntas si hay disfunción. Las preguntas son: ¿es usted sexualmente activa? ¿tiene algún problema? ¿siente dolor durante el coito?

Otro cuestionario es el Índice de Función Sexual Femenina (17,18). Toma en cuenta seis áreas diferentes como son lubricación, excitación, dolor, orgasmo, deseo y satisfacción. Su puntuación va desde 2 a 36. A mayor puntuación, menor será el grado de disfunción, siendo los valores de riesgo aquellos que sean menores o iguales a 26.

5. Cuidados de la matrona

La matrona es el profesional más cercano a la pareja en su etapa reproductiva. Será la encargada de resolver dudas y orientar a la pareja frente a circunstancias que no dejen vivir su sexualidad de manera satisfactoria. (19)

No son terapeutas pero si son consejeras que escuchan, tranquilizan y favorecen la comunicación dentro de la pareja para que puedan buscar formas de afrontar la situación (3).

También informan de los cambios biopsicosociales propios del puerperio, ya que la información conocida sobre lo que va a ocurrir da poder para afrontarlo de manera favorable (6).

El tema de la sexualidad posparto no suele tratarse mucho. Es importante abordarlo pronto (9). Puede que la pareja no realice preguntas espontáneamente, y no por ello no le importe. Quizás sientan pudor o vergüenza. Por tanto, la matrona debe tomar la iniciativa preguntando y orientando aún cuando no ha sido demandado.

La sexualidad entendida como fuente de afecto, ternura y contacto entre la pareja no cambia por tener un bebé, ya que ésta no es solo genitalidad. A esta nueva situación se le suma el dolor, el miedo a éste y la falta de orientación profesional, entre otros. Todo ello dificulta que el placer y la actividad sexual se normalicen.

La pareja debe buscar otras formas de satisfacción sexual, adoptar alternativas al coito vaginal como sexo oral, anal, caricias íntimas o masturbación.

Cuando la púerpera está asustada o su deseo sexual está inhibido, se le puede dar la posibilidad de realizar actividad sexual sin penetración por un tiempo. Se debe resaltar el papel del clítoris en el placer sexual y el orgasmo femenino. Ryding (6) ve que el 60% de mujeres tienen un aumento de relaciones no coitales tras el parto.

Así, la sexualidad será una fuente de bienestar y placer que contribuye a la armonía con la pareja y ayudará a liberar tensiones.(6)

Es positivo reiniciar de forma gradual y no exigente (9). No van a volver a su sexualidad previa en un solo instante. Se puede sugerir que éste tiempo sea una oportunidad de enriquecer su relación buscando nuevas formas de acercamiento y que conversen sobre sus necesidades, deseos y dificultades.

La sexualidad femenina está alimentada por manifestaciones de amor, compañerismo y no solo atracción física. Por tanto, la pareja debe atender las necesidades emocionales de la mujer con comprensión, sensibilidad y buena comunicación entre ambos.

El coito se reanudará cuando la mujer se encuentre preparada y con sentimiento de bienestar.

No hay definición de tiempo concreto para el reinicio pero suele darse entre la 5-12ª semana posparto. Se da tanto por factores físicos (como ausencia de loquios, haberse dado ya la involución uterina y haber cicatrizado la episiotomía y/o los desgarros) como por cambios en la respuesta sexual. Ésta se irá recuperando progresivamente.

Los estudios muestran que al cuarto mes, el 90% de parejas suele haber retomado sus relaciones. En la primera relación apenas el 20% de púerperas alcanzan el clímax pero aumenta con el pasar del tiempo. Sobre la 7-12ª semana posparto suele haberse recuperado la capacidad de orgasmo. El deseo sexual también disminuye y se normaliza a las 6 semanas.

La mujer requiere tiempo para reencontrarse con su cuerpo, sentirse preparada y con bienestar físico y psicoemocional. Hay que transmitirle confianza de que su cuerpo se irá recuperando paulatinamente (9) y aunque no llegue a ser como el de antes, ella volverá a sentirse cómoda consigo misma.

Entre los problemas anteriormente mencionados estaban las disfunciones de suelo pélvico. Para la incontinencia urinaria y los prolapsos es importante reforzar el suelo pélvico con ejercicios de kegel.

Con respecto al déficit de lubricación que dificulta el coito, se puede utilizar lubricantes.

Para evitar volver a quedarse embarazada en muy importante utilizar algún método anticonceptivo.

CONCLUSIONES

Las disfunciones sexuales son un problema de alta prevalencia entre las mujeres tras el parto, aunque no suele expresarse, por lo que está infravalorado.

Existen cuatro tipos de disfunciones sexuales: trastornos del deseo sexual, de la excitación sexual, del orgasmo y del dolor sexual. La que más se da en el posparto es la dispareunia.

Algunos factores relacionados son el tipo de parto (destacando el instrumental), los desgarros perineales y episiotomías, así como sus correspondientes suturas.

La matrona debe intentar prevenir las disfunciones que de ello desemboca en el cuidado a la embarazada a la hora del parto. Pero también ha de dar otras herramientas durante el embarazo y el puerperio como es el conocimiento de los cambios propios de este periodo y adelantar las posibles situaciones que se pueden dar para así mejorar el afrontamiento que de ésta situación haga la pareja.

Debe recordarles que la relación afectiva no solo se basa en el coito. Las caricias, miradas, el apoyo del uno al otro también son importantes para el bienestar de ambos y para que se vuelvan a sentir preparados para retomar sus relaciones.

Anexo 1

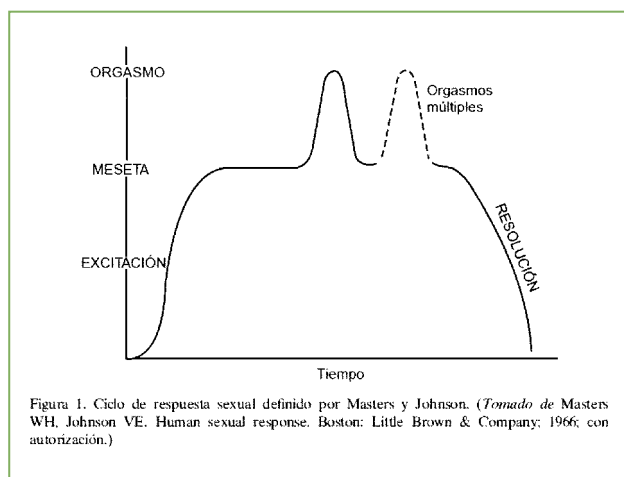


Figura 1.- Ciclo de respuesta sexual propio del hombre

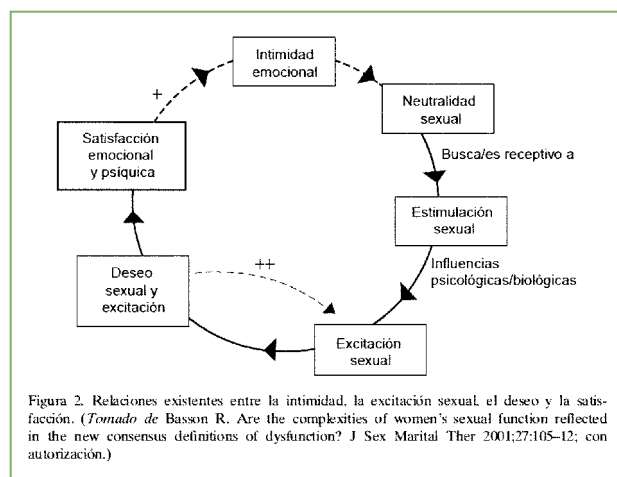


Figura 2.- Ciclo de respuesta sexual propio de la mujer

BIBLIOGRAFÍA

- Belentani LM, Marcon SS, Pelloso SM. Patrones de sexualidad de las madres con niños de alto riesgo. Acta paul.enferm. 2011; 24(1).
- Rejane N; Matos N; Rosa DM. Cuerpo y sexualidad: experiencia de puérperas. Rev. Latino-AM enfermagem 2010; 18(4): 732-9.
- Laviña Ab; Carreras V; Campos I. La sexualidad después de tener un hijo. Anales de Ciencias de la Salud. 2007;10 :79-94.
- Kammerer-Doak D, Rogers RG. Female function and dysfunction. Obstet Gynecol Clin N Am. 2008;35:169-83.
- Rejane N, Rosa DM. La sexualidad en el puerperio: la experiencia de un grupo de mujeres. Rev esc enferm USP.2010;44(4).
- Fernández R et al. Las relaciones afectivas y sexuales durante el puerperio y la lactancia: el papel de la matrona. Matronas hoy. 1999;1er trim (12- 2º etapa): 22-9.
- Martin de María. Sexualidad en el puerperio. Matronas Prof. 2001; 2(4):9-14.
- Sayasneh A, Pandeva I. Postpartum sexual dysfunction: a literatura review of risk factors and role of mode of delivery. BJMP 2010; 3(2):316.
- Sánchez S, Casado Me. Vida sexual en el posparto. www.icmer.org
- Rogers RG, Leeman LL. Cambios genitourinarios después del parto. Urol Clin N Am. 2007; 34(1): 13-21.
- Odar E, wandabwaJ, Kiondo P. Sexual practices of women within six months of childbirth in Mulago hospital Uganda. Rev Afr Health Sci. 2003; 3 (3):117-23.
- Enderle CF et al. Condicionantes y/o determinantes del retorno a la act sexual en el puerperio. Rev Latino-am enfermagem. 2013;21(3): 7 pantallas.
- Handa VL et al. The impact of fecal and urinary incontinence on quality of life 6 months after childbirth. Am J Obstet Gynecol 2007; 197(6).
- Bahamondes C et al. Mitos y creencias sobre sexualidad en embarazo y puerperio. 2012. www.buenastareas.com/ensayos/mitos-sobre-sexualidad-en-embarazo-y/6609077.html
- Brelis R. Taller: la sexualidad después del parto. En el libro de memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología.2011: 50-3.
- Leeman L, Rogers R. Relaciones sexuales después del parto. Función sexual postparto. Rev Obstet Gynecol 2012;119:647-55.
- Klein K et al. Does the mode of delivery influence sexual function after childbirth? Journal of women´s health. 2009;18(8):1227-31.
- Lurie S et al. Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study. Rev Arch Gynecol obstet 2013;288:785-92.
- Carrobles AM et Al. La sexualidad durante el puerperio. www.esenfc.pt/event/abstracts/exportabstractpdf.php?id_abstract=4225&id_event=76

PROCEDIMIENTOS ENFERMEROS EN EL SERVICIO DE RESONANCIA MAGNÉTICA

■ M^º MERCEDES ARJONA COSANO. ENFERMERA – TÉCNICO DE IMAGEN PARA EL DIAGNÓSTICO.
CENTRO DE TRABAJO: RADIOLOGÍA ALTA RESOLUCIÓN (RESSALTA). HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS. SEVILLA.

RESUMEN: El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer dichas actuaciones demostrando la importancia y responsabilidad que tiene nuestra profesión en este ámbito.

Los cuidados de enfermería en RM se centran en la necesidad de conocer las bases de obtención de la imagen diagnóstica, sus principales características, y los cuidados ante/durante/después de la misma, además de las contraindicaciones e inconvenientes que pueden tener para el paciente.

Este trabajo estará sustentado sobre dos pilares: la actuación de Enfermería en RM y el manejo de los mecanismos por los que la RM puede dañar al paciente.

Dentro de la primera fase, los profesionales de enfermería deberán informar al paciente de la prueba a la que se van a someter, recabarán, asimismo, información sobre el paciente y dirigirán los cuidados específicos que entre ellos se encuentra la administración del contraste.

En la segunda vertiente se encuentran los mecanismos por los que la Resonancia Magnética puede dañar al paciente, e irá encaminada a prevención y a cómo debe ser el uso de esta prueba diagnóstica cuando se porta algunos objetos especialmente metálicos.

PALABRAS CLAVE: Resonancia magnética/ Enfermería/ Cuidados/ Imagen/ Gadolinio.

SUMMARY: The main objective of this paper is to present these actions demonstrate the importance and responsibility of our profession in this area.

Nursing care in MRI focus on the need to know the basics of obtaining diagnostic imaging, its main characteristics, and care before / during / after the same, in addition to the contraindications and disadvantages they may have to the patient.

This work is supported on two pillars: RM Nursing performance and management of the mechanisms by which the RM can harm the patient.

In the first phase, nurses must inform the patient of the test that are undergoing, also gather information about the patient and direct specific care including contrast is administered.

In the second aspect are the mechanisms by which MRI can harm the patient, and shall be aimed at prevention and how it should be the use of this diagnostic test when some particularly carrying metal objects.

KEY WORDS: Magnetic Resonance / Infirmary / Treatments / Gadolinio.

1. INTRODUCCIÓN

La Resonancia Magnética (RM) es un método que se comenzó a utilizar en los años cuarenta, aunque no sería hasta finales de la década de los sesenta cuándo comenzaría a aplicarse sobre seres humanos, convirtiéndose entonces en una poderosa herramienta para la detección de enfermedades mediante imágenes.

Esta prueba recrea de forma muy nítida y detallada imágenes de estructuras y órganos de nuestro cuerpo con un nivel de precisión nunca obtenido.

En un comienzo, eran los médicos los encargados del manejo de los rudimentarios equipos de radiología. Tiempo más tarde, con la generalización y el alto grado de complejidad de los equipos, el personal enfermero ejecutó su manejo junto a la administración de contrastes. Con lo que se descubrió la necesidad de que estuviesen debidamente formados en dichas funciones.

A mediados de los ochenta, aparecería la figura de los TER (Técnicos Especialistas en Radiodiagnóstico), los cuales, y junto a los antiguos enfermeros especialistas, se encargarían del manejo de los aparatos radiológicos.¹

Esto hizo que se estableciera un gran vínculo entre la radiología y enfermería siendo uno de sus objetivos primordiales el de centrarse en las necesidades de este tipo de pacientes, más allá de la obtención de imágenes radiológicas, proporcionándoles un cuidado integral.

Por esto, las particularidades de la RM, desde el punto de vista de los cuidados de enfermería, se centran en la necesidad de conocer, de forma elemental, las bases de obtención de la imagen diagnóstica, sus principales características, y los cuidados durante/

después de la misma, además de las contraindicaciones e inconvenientes que pueden tener para el paciente. Todo ello permitirá que el profesional de enfermería pueda asegurar la integridad y la seguridad del paciente durante el proceso diagnóstico.²

Aun así, todavía hoy la enfermería trata de definir un área de capacitación específica en radiología, sin renunciar a la aspiración de crear una nueva especialidad dentro del marco enfermero.

2. OBJETIVO, MATERIALES Y METODOLOGÍA

El objetivo primordial de esta comunicación es proveer de nociones básicas sobre esta técnica, conocimientos específicos sobre esta área y funciones propias a realizar, exponiendo los cuidados de enfermería necesarios para cada paciente dependiendo de sus necesidades.

Como profesionales de la Enfermería, hemos tratado de otorgar a la comunidad científica un documento que revise y englobe, brevemente, los conocimientos en RM, haciendo especial hincapié en las actuaciones enfermeras. Por lo que la metodología que hemos llevado a cabo ha contado con las siguientes fases:

- Establecer una serie de criterios metodológicos para la elaboración de una forma de actuar en enfermería de RM.
- Proceder a una revisión de la bibliografía sobre Resonancia Magnética.
- A través de nuestra experiencia de trabajo, tanto con profesionales de la salud como enfermos, desarrollar una serie de supuestos referidos al modo de proceder del profesional de enfermería en nuestro ámbito, así como ser resolutivos con problemas que se nos pueden plantear.

- d. Como culmen del estudio, elaborar un documento como forma de actuación en cuidados enfermeros en RM.

Resonancia Magnética: Conceptos básicos.

La Resonancia Magnética supuso una auténtica revolución en el diagnóstico médico. A pesar de su relativa corta existencia su evolución ha resultado ser espectacular. Es una técnica que permite obtener imágenes del organismo de forma no invasiva (sin emitir radiación ionizante) y en cualquier plano del espacio. Inicialmente era una técnica que se utilizaba para el estudio del cerebro, la médula espinal y la columna vertebral, pero pronto se convirtió en el método de diagnóstico por imagen más fiable para diagnosticar lesiones de las articulaciones. En los últimos años ha adquirido un papel muy importante en el estudio del cáncer de mama, de la patología cardíaca, del hígado y las vías biliares, entre otros. Su ventaja es que pueden añadirse contrastes paramagnéticos como el gadolinio para delimitar aún más las estructuras y partes del cuerpo.

Un equipo de RM consta, simplificado, de un imán, una antena de radio y un ordenador. Al realizar una RM se coloca al paciente en el interior de las bobinas de un potente electroimán, exponiéndolo a un uniforme y poderoso campo magnético cuya intensidad se mide en Tesla (T). Según ésta se clasifican en: equipos de bajo campo (0,25-0,5 T), equipos de medio campo (0,5-1 T) y equipos de alto campo (1-2 T o más). Para hacernos una idea 1 Tesla equivale a 10 mil veces el campo magnético de la tierra.³

El imán atrae a los protones que están contenidos en los átomos de los tejidos, que se alinean con el campo magnético. Es por tanto un fenómeno muy selectivo, por lo que esta propiedad de discriminación espacial es la base para obtener planos tomográficos (sagital, coronal y axial). Cuando se interrumpe el pulso, los protones vuelven a su posición original de relajación, liberando energía y emitiendo señales de radio que son captadas por un receptor y analizadas por un ordenador que elabora la imagen en una escala de grises según la intensidad de la señal que emite cada tejido.

La sala de RM posee un blindaje que impide que las ondas de radiofrecuencia entren y que las ondas producidas por el equipo no salgan al exterior, esto recibe el nombre de jaula de Faraday. Está compuesta por un revestimiento o un material conductor de la electricidad como el cobre y cuenta además con dispositivos especiales para puertas, conductos de aire, etc. En resumidas cuentas, esto ayuda a que la calidad de la imagen sea mejor y no se produzcan artefactos en ella por el exterior.⁴

3. RESULTADOS

Actuación de Enfermería en Resonancia Magnética: Competencias del Servicio.

3.1. Informar al paciente sobre la prueba.

Una vez que el paciente llega a la unidad de RM nuestro deber es informarle y tranquilizarle, explicándole de forma clara y sencilla en qué consiste la prueba y los pasos a seguir. Con ello intentaremos disminuir la natural reticencia que sienten la mayoría de los pacientes ante este tipo de exploraciones, logrando así su plena cooperación.

Posteriormente, le indicaremos que la duración del examen dependerá de la zona anatómica a estudiar y de la cantidad de imágenes radiológicas necesarias para completar el estudio, generalmente entre 15-60 minutos. Si éste sufre claustrofobia, hemos de recomendarle que acuda a su médico para recetarle un ansiolítico, el cual le hará estar más tranquilo en el momento de la prueba.

A continuación, le explicaremos que solamente oír un ruido rítmico, como golpeteo. La frecuencia e intensidad de dicho ruido se caracterizará por su variabilidad. Es imprescindible que esté quieto, sin moverse, respirando tranquilamente. Podrá comunicarse con el personal técnico a través de un comunicador, y lo más importante, es una prueba no dolorosa, por lo que podrá hacer vida normal antes y después de la exploración. Deberá desnudar la zona anatómica a estudiar, y en caso necesario, se le facilitará una bata para cubrirse. Al mismo tiempo deberá despojarse de sus objetos personales, especialmente joyas y objetos metálicos que puedan interferir en las imágenes.

Se suelen colocar dispositivos, llamados antenas, en la cabeza, el brazo o la pierna u otras áreas que se vayan a estudiar. Estos dispositivos ayudan a enviar y recibir las ondas de radio y mejoran la calidad de las imágenes. Debemos posicionar al paciente lo más confortablemente posible en la mesa de exploración. Para ello, contaremos con almohadas, sacos de arena, etc. En el caso de realizar estudios a pacientes obesos, deberemos tener en consideración el peso límite que soporta la máquina (varía entre 150-200 kg), adaptando el posicionamiento y centrado a sus características.⁵

3.2. Recabar información del paciente: consentimiento informado.

A continuación, solicitaremos el consentimiento por parte del paciente o bien de un familiar, que será evaluado para determinar si puede ser sometido a esta prueba. Si no se especifica lo contrario, al darle la cita, no se requiere dieta especial y puede tomar medicación si la tiene prescrita. Cuando es una RM abdominal, pélvica o contrastada se le indicará que tiene que asistir con 4-6 horas de ayuno. Si tiene hipertermia debemos tener en cuenta que la prueba aumenta ligeramente la temperatura corporal, por ello hay que valorar su estado antes de realizarla. En caso de que el paciente sea una mujer en edad fértil, es necesario saber si está embarazada o sospecha que pueda estarlo. No se han comunicado ningún riesgo conocido en la utilización de la RM en mujeres gestantes, ni para la madre ni para el feto. Sin embargo, estos estudios sólo han sido efectuados con equipos cuyos campos magnéticos no superan 1,5 Teslas.

No obstante, se reservará para aquellos casos en los que no puede retrasarse el diagnóstico, en pacientes aquejadas de problemas importantes de salud y para aquellos casos en los que se sospechan malformaciones o patologías fetales. Para ciertos tipos de RM será necesario inyectar, en una vena del brazo, un material de contraste llamado Gadolinio. Se realizará el examen sin contraste debido a que estudios realizados en animales con dosis 2 a 7 veces más altas que las administradas en humanos han mostrado efectos tóxicos potenciales como retardo del crecimiento y anomalías congénitas. En el caso de la lactancia, hay que tener en cuenta que se elimina por las secreciones de la mama durante unas 24 horas después del estudio, por todo ello se recomienda interrumpir la lactancia durante un tiempo prudencial de 48 horas.⁶

El personal de enfermería del servicio es el responsable de los cuidados de los pacientes mientras éste permanezca en la unidad, atendiendo sus necesidades físicas, psíquicas y sociales, los cuales procuraremos satisfacer y así garantizar la continuidad de los cuidados, para ello sería deseable que en los pacientes ingresados se nos enviara el plan de cuidados de cada paciente.

Añadiremos que esta obtención de datos diagnósticos no debe ser utilizada para finalidades incompatibles con aquellas para las que fueron recogidas. El paciente tiene derecho a que sus datos sean tratados con rigor y confidencialidad.

Al finalizar el cuestionario, es importante recalcar, el personal de

enfermería tiene la responsabilidad de decidir si el paciente es o no apto para la realización de la prueba, pero también tiene el deber de consultar a un profesional facultativo especializado de cualquier situación que cause duda.

3.3. Pacientes Pediátricos.

Los niños que van a ser sometidos a esta prueba requieren unos cuidados especiales, los cuales dependen de su edad y patología. En algunas ocasiones, puede que sea necesario la sedación, por lo que el niño debe de estar en ayunas. Como sedante previo a la prueba diagnóstica se utiliza el jarabe hidrato de cloral 25-50 mg/kg/dosis 30-60 minutos antes de la prueba. Puede repetirse a los 30 minutos hasta una dosis máxima 100mg/kg/ o 1 g total para lactantes y 2 g para niños. Debe de estar presente un pediatra por si surge alguna complicación.

Como normal general, estarán acompañados con algún familiar porque de esta forma suelen estar más tranquilos y conseguimos su cooperación.

3.4. Administración de contraste.

Para la administración de los contrastes utilizamos el gadolinio (Gd). Dicho metal posee propiedades paramagnéticas, alterando, entonces, el magnetismo de los protones de agua, por lo que aumenta la intensidad de la señal de lesiones que tienen vascularidad alterada. Es necesaria una vía de acceso óptima para las exploraciones que se necesita el uso de este metal, por lo que utilizaremos un catéter normalmente en una vena antecubital, siendo el calibre más usado el número 20 ó 22, contado además con una llave de tres vías.

El proceso de administración del gadolinio se puede llevar a cabo mediante el uso en bolo. No obstante, y con mayor frecuencia, se utiliza un inyector de contraste consistente en una o dos jeringas ensambladas a un sistema electromecánico, el cual mueve sus émbolos hacia adentro y afuera, administrando el agente a través de la extensión endovenosa.

Dicho sistema estaría controlado por el operador de equipo, quien cuenta con una pantalla de contacto, en donde puede introducir datos acerca del volumen del medio que se va a utilizar (ml), el flujo o caudal deseado (ml/seg) y de la presión (psi). Este método consta de un sistema de alarma como método de seguridad para evitar extravasación. Existen diversas variantes a la hora de administrar el contraste. Así, las cantidades y concentración dependerán del peso, edad, estudio a realizar, y de la prescripción que realice el radiólogo. Es importante tener en cuenta que, a veces, la sincronización estudio/contraste es muy importante para el resultado de la exploración sobre todo cuando hablamos de dinámicos.

Los agentes de contraste para RM con gadolinio autorizados en España son los siguientes: gadobenato de dimeglumina, gadobutrol, gadodiamida, gadofosveset, gadopentetato de dimeglumina, gadoterato de meglumina, gadoteridol, gadoversetamida y gadoxetato disódico.

Se ha determinado que la administración intravascular de Gd tiene los siguientes riesgos: nefrotoxicidad (pudiendo requerir diálisis), fibrosis sistémica nefrogénica (FSN), reacciones anafilactoideas y anafilácticas (que requieren intervención inmediata) y reacciones en el sitio de inyección.⁷

Una enfermedad grave y rara, que puede presentarse en pacientes con insuficiencia renal (IR) en estadio terminal, incluyendo a aquellos que se encuentran bajo tratamiento regular con diálisis, es la Fibrosis Sistémica Nefrogénica (FSN). Dicha enfermedad no tiene predilección por género, raza o edad, desarrollándose tanto en niños como en adultos, y llegando a comprometer la vida del

paciente. Se caracteriza por un aumento en la formación de tejido conectivo en la piel, articulaciones, músculos y órganos internos.

El Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) debido a que la información disponible sobre el riesgo de desarrollar FSN era diferente para distintos tipos de Gd, estableció tres categorías de riesgo: alto, medio y bajo riesgo.

La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), junto al CHMP, recogen una serie de nuevas contraindicaciones, precauciones y recomendaciones para los distintos tipos de pacientes (embarazo y lactantes, pediatría, edad avanzada, insuficiencia renal y trasplante hepático). Las indicaciones para el uso del Gd serían las siguientes:

- a. Contrastes de **gadolinio de riesgo alto** (gadoversetamida, gadodiamida, gadopentato de dimeglumina).
 - El uso del Gd está contraindicado en pacientes que sufren insuficiencia renal grave, o que van a recibir o han recibido un trasplante hepático. También en neonatos con menos de cuatro semanas.
 - La dosis ha de estar limitada a la mínima recomendada en pacientes de este tipo, respetándose, además, un periodo de una semana entre prueba y prueba.
 - Tomaremos como medida de precaución en lactantes la suspensión de leche materna durante 24 horas mínimo tras la recepción del contraste por parte del paciente.
 - Antes de comenzar con la toma de los contrastes, se evaluará la existencia de alteraciones renales en todos los pacientes, mediante pruebas de laboratorio.
- b. Contrastes de **gadolinio de riesgo medio** (gadofosveset trisódico, ácido gadoxético, gadobenato de dimeglumina) **y riesgo bajo** (gadoterato de dimeglumina, gadoteridol, gadobutrol):
 - Tener especial cuidado sobre el uso de estos contrastes en pacientes con insuficiencia renal grave, y en los que han sido o serán objeto de trasplante hepático.
 - Se limitarán las dosis a la mínima recomendada en dicho tipo de pacientes, incluyendo también en este apartado a neonatos y niños de hasta un año de edad. Respetaremos el periodo de una semana entre prueba y prueba.
 - Tanto el médico como la mujer atendida tendrán en su mano continuar o suspender la lactancia durante 24 horas mínimo tras la realización de la resonancia.
 - Es muy recomendable la revisión y evaluación de estos pacientes, con el fin de hallar posibles alteraciones renales,
- c. Para **todos los contrastes de gadolinio** se tendrá en cuenta la información referente a:
 - Advertencias relativas a que los pacientes de edad avanzada por tener un riesgo especial de desarrollar FSN, dado que, por las características de su función renal, la eliminación del contraste de gadolinio puede ser más lenta.
 - No hay evidencia que apoye el uso de la hemodiálisis para prevenir o tratar la FSN en pacientes que no la están recibiendo.⁸

Para conocer la función renal de un paciente utilizamos la creatinina. Dicho compuesto orgánico es un producto final del metabolismo muscular y se elimina del organismo casi completamente por Filtración Glomerular (FG). Para ello, la Tasa de Filtración Glomerular (TFG) puede predecirse a través de la fórmula de Cockcroft-Gault:

Los valores normales de TFG se sitúan entre 90 y 120 ml/min.⁹ También puede servirnos de guía, a groso modo, que un valor de creatinina mayor de 1,2 mg/dl puede indicar un daño en la función del riñón, pero hay que recordar que esto es solo un valor orientativo y que para obtener uno que se acerque más a lo real necesitamos la TFG. (Anexos gráficos 1 y 2)

La siguiente tabla nos servirá para valorar en que estadio de lesión renal se encuentra el paciente:

4. MECANISMOS POR LOS QUE LA RM PUEDE DAÑAR AL PACIENTE: CUIDADOS ESPECIALES Y CRIBAJE

En orden a su comportamiento frente a un campo magnético los objetos se clasifican en no ferromagnéticos (no son atraídos por el imán), ferromagnéticos (son atraídos y calentados por el campo magnético) y débilmente ferromagnéticos (apenas son movilizados, por lo que cuando están anclados en el organismo no dan problemas).

Son ferromagnéticos los metales que contienen hierro. Son débilmente ferromagnéticos algunos metales diferentes al hierro y ciertos tipos de acero inoxidable. Son ejemplos de metales no ferromagnéticos y por lo tanto seguros el titanio y el tántalo.

Según el profesor Shellock, han de extremarse las recomendaciones de seguridad o relajarse según la fuerza del campo magnético: han de ser más estrictas en la máquina de 3T que en la de 0,5T.¹⁰

4.1. Prevención de las quemaduras.

El calentamiento de elementos metálicos pasivos como tornillos de cirugía traumatológica no provoca lesiones serias. En cambio es peligroso el calentamiento y la inducción de corrientes en materiales conductores como cables o electrodos.

Recomendaciones:

- Comprobar la integridad de los componentes eléctricos que penetran en la sala: un cable roto o dañado conduce corrientes eléctricas inducidas por el imán que puede producir quemaduras al paciente.
- Solo deben contactar con el cuerpo del paciente los elementos imprescindibles: retirar antenas no activas, cables...
- Interponer material aislante entre paciente y material metálico.
- Si un cable se dispone en espiral o en arco y toca al paciente en dos puntos, el cuerpo cierra un potencial circuito eléctrico y conduce una eventual descargar eléctrica: evitar bucles y cruces de cables a toda costa.

Si el paciente refiere calor o sensación de corriente eléctrica, la suspensión inmediata de la prueba debe seguirse de revisión de los elementos de la sala (ropa, antenas y cables) y del funcionamiento del equipo de RM.

4.2. Efecto misil.

Es importante recordar que la energía con la que es atraído un objeto ferromagnético por el imán de la RM es proporcional a la masa del objeto y a la distancia a que se encuentra. Por tanto un objeto metálico de tamaño moderado puede ser letal si impacta contra un paciente o trabajador.

La mayor parte de los accidentes se deben a que personal ajeno a la unidad de RM penetra en la sala sin haberse desprendido de los objetos metálicos que portan o sin haberse revisado el material de transporte del paciente o de soporte vital (balas de oxígeno, sillas, camillas no compatibles, objetos punzantes metálicos, fonendoscopios, pulsioxímetros no compatibles, monitores, relojes, teléfonos móviles, monedas, complementos de vestido y calzado,

pasadores, pinzas del pelo, joyas, las tarjetas de crédito pueden quedar desmagnetizadas...). El personal de limpieza o mantenimiento también son responsables de parte de los accidentes.

La causa de la falta de observancia de la prohibición de penetrar en la sala con objetos metálicos es el desconocimiento generalizado de que el campo magnético de la RM es tan potente y casi nadie sabe que es un campo magnético permanente.

Debe prestarse especial atención a la posibilidad de que alguien penetre con armas de fuego en la RM. No es una situación tan rara que un escolta de algún paciente o un vigilante de seguridad no consideren necesario consultar antes de entrar en la sala de RM con consecuencias fatales.

Las consecuencias económicas pueden ser desastrosas: separar el objeto del imán puede requerir la desconexión (quench) de la RM, que supone la liberación del gas refrigerante y la pérdida de las propiedades superconductoras y magnéticas de la máquina. Es una eventualidad muy costosa y supone además un período obligado de inactividad de la RM que puede ser prolongado.

4.3. Cuerpos extraños metálicos.

Se debe insistir en que el paciente refiera si existe esta posibilidad en el cuestionario previo a su entrada en la sala de RM. Debemos contemplar la posibilidad de que el paciente no diga la verdad en el cuestionario.

Los elementos metálicos de muy pequeño tamaño, localizados fuera de los órganos vitales y alojados en el organismo desde meses o años antes no son peligrosos para el paciente, aunque debe ser consciente del riesgo de calentamiento o movilización que puede ocasionarle un hematoma o inflamación de la zona.

Un vendaje compresivo en el lugar en que es conocido que hay un cuerpo extraño, colocado antes de entrar en la sala de RM, puede ser suficiente para evitar que se mueva y dañe tejidos.

Deberán aportarse radiografías recientes para ser evaluadas por el radiólogo los pacientes que refieran historia de daño ocular con entrada de fragmentos metálicos o ante la posibilidad de cuerpo extraño metálico en otros órganos vitales.

4.4. Balas y perdigones.

La mayoría de las balas y perdigones contienen metales no ferromagnéticos como por ejemplo el plomo y son seguras. Sin embargo, un porcentaje indeterminado de ellas contienen hierro y pueden ser ferromagnéticas, o bien arrastran esquirlas de hierro al penetrar en el interior del organismo. Por lo que nunca se puede asegurar que no se va a producir un efecto adverso.

- Extrema prudencia cuando la bala o perdigón pueda estar en las proximidades de órganos vitales (cerebro, médula espinal, corazón o grandes vasos, ojos).
- Ante la duda sobre la localización de las balas, realizar radiografías.
- Realizar la RM, instruyendo al paciente sobre el riesgo teórico, en el resto de los casos.

4.5. Implantes y dispositivos activados magnéticamente o que contienen imanes.

Cada vez es más fácil encontrar a pacientes de este tipo y en general, la realización de la RM está contraindicada para este tipo de dispositivos.

Existiendo peligro de movilización de los implantes y en muchos casos existe posibilidad de alteración de su funcionamiento como por ejemplo, desmagnetización y consiguiente pérdida de función.

Ejemplo de implantes de este tipo:

- Prótesis dentales que retienen el implante a la mandíbula por un imán.
- Prótesis oculares fijadas a un componente interno por un imán, que se mueven en la órbita como un ojo normal.
- Algunos tipos de implantes cocleares.
- Esfínteres artificiales.
- Válvulas de derivación ventricular en pacientes con hidrocefalia.
- Neuroestimulador medular para el dolor crónico.

4.6. Tatuajes.

Una cierta proporción de los pigmentos usados en los tatuajes permanentes son ferromagnéticos, en especial los de color negro o azul. No hay contraindicaciones para realizar la RM, ya que incluso en el caso de efectos adversos suelen ser leves como calor, quemaduras leves o inflamación de la piel.

Se debe colocar un vendaje compresivo sobre el tatuaje (impide que la atracción del campo magnético mueva los tejidos pigmentados) para que no haya contacto directo sobre las antenas.

Debemos tener en cuenta que si la zona a estudiar es la del tatuaje se producirán artefactos de imagen que son variables y pueden ser intensos si son pigmentos ferromagnéticos.

4.7. Cosméticos y maquillaje.

Tanto el maquillaje de ojos como el facial y otras sustancias como las contenidas en perfumes y desodorantes pueden contener partículas metálicas y artefactar las imágenes de RM. Por tanto, aunque no supongan un peligro para el paciente no debe permitirse el uso de estas sustancias en la zona anatómica que se vaya a explorar.

En especial, hay que advertir al paciente si su exploración es de cráneo, órbitas, macizo facial... que acuda sin fijadores del pelo porque artefactan especialmente la secuencia difusión y sin maquillaje ocular porque contienen sustancias ferromagnéticas, que además de artefactar puede que las partículas se desplacen de las pestañas al ojo irritando o lesionando la conjuntiva o la córnea.

4.8. Parches transdérmicos.

Ciertos medicamentos pueden ser administrados en forma de parches que se colocan en la piel durante períodos prolongados de tiempo. Suelen ser parches de nitroglicerina, nicotina y tratamientos anticonceptivos.

Se recomienda retirarlos durante la exploración por posibles quemaduras eléctricas debidos a parches, que al parecer, llevan aluminio en su composición.

4.9. Catéteres vasculares sin o con reservorio.

Estos dispositivos son cada vez más frecuentes por permitir inyecciones repetidas de quimioterapia, antibióticos, opiáceos...

La mayoría de las vías usadas son venosas y el material del que están compuestos es compatible con la RM por ser habitualmente plástico. Los catéteres con reservorio se sitúan habitualmente en vías venosas centrales (yugular, subclavia) que alcanzan la aurícula derecha y que están unidos a un elemento subcutáneo (en el pecho). En otros casos, las vías centrales permanentes afloran a la piel sin que exista reservorio como por ejemplo los catéteres centrales de doble vía para la hemodiálisis o la quimioterapia.

Hay dos grupos:

- Los no ferromagnéticos, de material plástico, que son seguros y que apenas dan artefactos.
- Los débilmente ferromagnéticos, que contienen acero, que dan artefactos de imagen y que son seguros también en su mayoría, aunque algunos modelos, afirma el profesor Shellock, precisan de un tiempo de unas 6-8 semanas para asegurar su anclaje a los tejidos y evitar que sean movilizadas por el campo magnético.

4.10. Postoperatorio.

Si no se han implantado artilugios ferromagnéticos y tampoco se han implantado dispositivos activados eléctrica o magnéticamente, no hay contraindicación alguna para no realizar la RM inmediatamente tras la cirugía.

Las grapas usadas en suturas de tejidos son compatibles con RM aunque dan artefactos por ser metálicas.

Los clips de hemostasia, que sirven para cerrar vasos sanguíneos, tampoco contraindican la prueba, aunque a menudo son fuente de artefactos (gran parte de ellos son metálicos).

Los drenajes y catéteres son en su gran mayoría compatibles.

La mayoría de los materiales fuertemente ferromagnéticos se implantan en el hueso, por lo que tras 6-8 semanas están fijos al hueso neoformado y no son desplazados por el campo magnético. El ejemplo típico es el tornillo que fija la reconstrucción del ligamento cruzado anterior en la rodilla. No son contraindicados por la RM.

Los artilugios que se implantan dentro de vasos sanguíneos (stent coronario) o de otras estructuras tubulares del cuerpo (vías biliares), suelen ser o bien compatibles desde el primer día, o bien, en aquellos débilmente ferromagnéticos compatibles desde la 6ª-8ª semana (la cicatrización fija el metal a los tejidos).

4.11. Material ortopédico.

La mayoría son no ferromagnéticos (titanio y metales nobles) y por lo tanto se puede realizar la RM desde el primer momento tras su implante. Dan artefactos relativamente modestos y bien delimitados en RM.

Otros son ferromagnéticos, unos débilmente y otros fuertemente. En estos últimos estaría contraindicada la RM, en la práctica, por anclarse en el hueso, ofrecen una sujeción que permite realizar la prueba cuando el hueso circundante ha formado callo. Por tanto debe esperarse a la consolidación de la fractura en la radiografía convencional (solicitar radiografía reciente y si no es posible y hay sospecha de mala consolidación, considerar como seguro un tiempo medio de 8 semanas).

4.12. Implantes en el oído.

Los implantes cocleares son contraindicación absoluta para la RM en la mayoría de los casos. La mayor parte de los elementos quirúrgicos permanentes que se colocan en el oído se sitúan en el oído medio. Pueden ser piezas que suplen la función de los huesecillos del oído medio (la palabra que suele aparecer en la hoja quirúrgica es "estapedectomía, que es la extirpación de un huesecillo, el estribo y el elemento que la suple suele llamarse "pistón" o simplemente prótesis). Otro grupo de elementos implantados con frecuencia, aunque no suelen ser permanentes, son los drenajes a través de una abertura en el tímpano o en el mastoide (por detrás de la oreja).

4.13. Prótesis auditivas externas.

Los "sonotones" son totalmente incompatibles con la RM. La causa principal no es el posible daño para el paciente, sino el daño

casi asegurado e inmediato en el funcionamiento de la prótesis auditiva. Además, como cualquier aparato electromagnético, existe la posibilidad de calentamiento, inducción de corrientes eléctricas y movilización. Deben ser retirados tanto en el caso de los pacientes como de los acompañantes (familiares y personal sanitario) al acercarse al entorno de la sala.

4.14. Implantes y dispositivos oculares.

La mayoría son seguros pero se debe de conocer el modelo debido a que hay algunos que son incompatibles. Una de las excepciones es fácil de reconocer si el paciente reconoce ser portador de una prótesis ocular: se trata de un globo ocular artificial que es capaz de moverse de acuerdo con los movimientos del otro ojo, debido a un imán que lo ancla a otro dispositivo interno que a su vez está suturado a la musculatura extraocular (que es la encargada de mover el ojo en el individuo normal). El artilugio se llama “implante ocular magnético Troutman”. Está totalmente contraindicado.

La cirugía láser en la córnea y las lentillas son seguras por no contener metal, aunque estas últimas se deben de retirar si la exploración que se realiza está relacionada con la órbita o zonas de alrededor

4.15. Neuroestimuladores.

Son dispositivos electrónicos que suelen constar de un generador de impulsos eléctricos y un sistema implantados de cables y electrodos que llevan la corriente a las áreas cerebrales, de la médula espinal o de los nervios que sean adecuadas para tratar determinados trastornos neurológicos.

Están contraindicados como regla general, sólo en circunstancias especiales, con el generador de impulsos desconectado y con vigilancia médica se podría realizar.

4.16. Implantes dentales, ortodoncia y similares.

Pese que la mayoría de ellos son ferromagnéticos, la realización de la RM es segura, ya que están sujetos a la dentadura o al hueso por medios muy resistentes y no hay peligro de que se movilicen. Suelen dar artefactos de imagen intensos aunque habitualmente no comprometen la validez de las RM de cráneo ni de cervicales. De todas formas, siempre que sea posible se debe retirar este tipo de aparatos antes de entrar a la sala.

4.17. DIUS y Otros dispositivos sitiados en útero y trompas.

Los DIUS son seguros en todos los casos. La mayoría son en parte metálicos (cobre o plata) y por tanto débilmente ferromagnéticos. Dan un artefacto relativamente pequeño en pelvis. No suele ser necesario recomendar una revisión por su ginecólogo tras la RM por riesgo de movilización.

El ensure es un método anticonceptivo. Es el equivalente no quirúrgico de la ligadura de trompas. Es compatible con la RM tras esperarse 6-8 semanas tras su colocación. Es débilmente ferromagnético por lo que da un artefacto pequeño en pelvis.

El diafragma anticonceptivo es seguro pese a llevar un anillo metálico.

4.18. Coils, stents, filtros y otros materiales implantables mediante radiología intervencionista (“cateterismo”).

La vía de acceso es casi siempre una punción en la ingle, en la arteria o en la vena femoral. El paciente puede referirlo como una “operación” pero describirá esta vía de acceso y haber estado consciente durante el procedimiento. Casi todos los materiales que se colocan en el interior del cuerpo mediante intervencionismo son compatibles con RM, pero si son metálicos débilmente ferromagnéticos se deben esperar de 6 a 8 semanas para realizar la prueba, por el riesgo de ser movilizados por el campo magnético.

Los stents son conocidos como “muelles” y su función es mantener abierto un vaso sanguíneo tras la reparación de una estrechez patológica. Los coils son espirales metálicos cuyo objetivo es obstruir un vaso sanguíneo que no conviene que esté abierto, por ejemplo, cerrar la irrigación de un tumor o para obstruir varices. Los filtros son “redes” que cazan los émbolos dentro de las venas en pacientes con riesgo o antecedentes de tromboembolismo pulmonar.

4.19. Marcapasos cardiacos.

El marcapasos es una contraindicación estricta para la realización de la RM. El principal riesgo es la muerte por inducción de taquiarritmia severa. Se debe a la alteración del funcionamiento del marcapasos e inducción de corrientes eléctricas que activan la contracción del miocardio. Existen otros riesgos añadidos como la movilización del marcapasos, modificación de la función del marcapasos, calentamiento e incluso quemaduras, entre otros. Si hay una exposición inadvertida al campo magnético debe comprobarse la función del marcapasos mediante revisión médica urgente.

4.20. Pacientes portadores de un marcapasos temporal.

Si se puede desconectar el generador de los pulsos cardíacos de sus cables y electrodos, es posible hacer la RM a un paciente que porte dichos cables, sin olvidar que se debe tener una vigilancia médica especial.

4.21. Desfibriladores implantables.

Los desfibriladores implantables son aparatos electrónicos que se parecen mucho a los marcapasos en tamaño y colocación. Su función es detectar el ritmo cardíaco y revertir las arritmias graves que se detecten. También está totalmente contraindicada la RM por los mismos motivos que en el caso de los marcapasos.

4.23. Electrodos para electrocardiograma.

Sólo deben usarse electrodos especiales compatibles con RM, de lo contrario existe el riesgo de inducir corrientes eléctricas en el tórax del paciente.

4.24. Prótesis valvulares cardíacas y anillos de anuloplastia.

La mayoría de las prótesis valvulares cardíacas son consideradas seguras y no contraindican la RM, tanto en el caso de las válvulas biológicas (injertos procedentes de cadáver o de animales) como de las válvulas metálicas (en este último caso el artefacto de la imagen será mayor). Algunos modelos pueden contener material débilmente ferromagnético; por este motivo se debe evaluar cada caso en particular y considerar las recomendaciones del fabricante.

Las que posean material débilmente ferromagnético, la RM es considerada condicional y debería evaluarse caso por caso la necesidad de realizar el estudio en cualquier momento post implante, de acuerdo a la indicación clínica y en ausencia de otro método diagnóstico alternativo.

4.25. Aguja de biopsia y marcadores para cirugía.

La mayoría son ferromagnéticos por lo que dan artefactos intensos en las áreas en las que se sitúan. El más común son los localizadores, también llamados arpones, que se utilizan en lesiones muy pequeñas en la mama; se debe esperar un tiempo prudencial de 6 a 8 semanas después de su colocación.

Debemos tener en cuenta que algunos no son compatibles con la RM, por lo que deberíamos de asegurarnos del modelo.

4.26. Pacientes de UCI.

Antes de movilizar al paciente deben haberse establecido los objetivos del transporte y tener preparados el equipo y el personal

acompañante. La coordinación previa con el servicio de resonancia es esencial, con el fin de evitar retrasos innecesarios. Se debe recordar a todos los presentes que no puede entrar a la sala ningún objeto metálico. El paciente normalmente estará monitorizado, con bombas de infusión y ventilación mecánica. Sherlock indica que es importante que el paciente se encuentre estable, ya que durante la prueba solo tendrá un pulsioxímetro compatible (el servicio debe de poseer uno), las bombas serán retiradas y se le colocarán tantos tubos alargadores necesarios como para que el ventilador y la bala de oxígeno queden fuera de la sala y lo más alejados posibles.

5. CONCLUSIONES

En base a lo descrito anteriormente, se puede destacar que en el servicio de resonancia magnética, dentro del papel de enfermería

se encuentra el informar y preparar al usuario, explicarle las etapas que se seguirán en la realización de los procedimientos y las actuaciones que se llevarán a cabo con posterioridad, seleccionar y preparar el material adecuado, valorar y vigilar las respuestas del usuario durante la realización del proceso, acomodar al paciente en condiciones de seguridad, realizar las acciones de vigilancia y detección precoz de posibles complicaciones, registrar las acciones y/o sus incidencias, conservar las medidas de asepsia, interpretar y ejecutar las prescripciones médicas y coordinarse con otros profesionales actuando conjuntamente cuando la situación asistencial lo requiera.

Como reflexión, destacar la importancia de una enfermería formada y capacitada para poder desenvolverse sin dificultades en este ámbito, dando unos cuidados y servicios de calidad.

ANEXOS

$$\text{TFG ml/min} = \frac{(140 - \text{edad}) \times \text{peso exacto}}{(\text{Nivel creatinina} \times 72) (\times 0,85 \text{ si es mujer})}$$

Gráfico 1. Tasa de Filtración Glomerular (TFG) puede predecirse a través de la fórmula de Cockcroft-Gault.

ESTADIO DE LESIÓN RENAL	DESCRIPCIÓN	TFG	OTROS HALLAZGOS
1	Lesión renal con TFG normal o elevada	90+	Aumento de la concentración de proteínas o albúmina en orina, detección de células o cilindros en orina. Se puede administrar contraste
2	Disminución ligera de la TFG	60-89	Se debe valorar estado del paciente (sangre en orina). Si todo normal, se puede administrar contraste con precaución
3	Disminución moderada de la TFG	30-59	No se debe administrar contraste por posible fibrosis <u>nefrogénica</u> . Avisar a Radiólogo para valorar riesgo/beneficio
4	Disminución severa de la TFG	15-29	Valorar por Radiólogo Riesgo/Beneficio (si se administra posiblemente necesite dializarse)
5	Fracaso renal (se requiere diálisis o trasplante renal)	<15	Valorar por Radiólogo Riesgo/Beneficio (si se administra necesitará dializarse)

Gráfico 2. Tabla sobre lesión renal, de elaboración propia a partir de National Kidney Foundation: K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and *stratification*. *Am J Kidney Dis* 2002; 39(2 Suppl 1): S1-266

6. BIBLIOGRAFÍA

- Fernández, C. (Dir): Enfermería Radiológica. Almería; Sistema de Oficina de Almería; 2005. P. 18.
- Galimany, J., Díaz, M.: "Verifique sus conocimientos en Resonancia Magnética (RM)". Nursing (Barc.). 2011; 29 (II): 66-66.
- Orejas, M.: Cardio-Resonancia Magnética, en Argibay, V., Gómez, M., Jiménez R., Santos S., Serrano C. (eds.): Manual de Enfermería en Cardiología Intervencionista y Hemodinámica. Protocolos unificados; Vigo; Asociación Española de Enfermería en Cardiología, 2007. P. 337-342.
- Oleaga, L., Lafuente, J. (Coord.): Aprendiendo los fundamentos de la Resonancia Magnética. Madrid: Buenos Aires; Médica Panamericana; 2006.
- Almandoz, T.: Guía práctica para profesionales de Resonancia Magnética. Osatek; 2003.
- Patel S. J., Reede D. L., Katz D. S., Subramaniam R., Amorosa J. K.: Imaging the pregnant patient for nonobstetric conditions: algorithms and radiation dose considerations. *Radiographics*. 2007, Nov-Dic, 27(VI):1705-1722.
- García Mónaco, R.: Medios de Contraste Radiológicos, lo que un médico no puede dejar de conocer. Buenos Aires; Journal; 2011. P.13-17.
- Hernández, C.: Fibrosis sistémica nefrogénica y contrastes de gadolinio: finalización de la revisión en Europa, En Comunicación sobre riesgos de medicamentos para profesionales sanitarios, 20 de noviembre de 2009. Extraído de la web: http://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/medicamentosUsoHumano/seguridad/2009/NI_2009-12_FSN-gadolinio.htm
- Guyton, A. C., Hall, J. E.: Tratado de Fisiología médica, 11ª edición. Barcelona: Elsevier Saunders; 2006. Pp.343-345.
- Shellock, F. G.: Pocket Guide to MR Procedures and Metallic Objects: Update 1998. Lippincott-Raven publishers; Philadelphia; 1998.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL USO DE CPAP EN UNA UNIDAD NEONATAL

- GUADALUPE DEL MAR DÍAZ RODRÍGUEZ: GRADUADA EN ENFERMERÍA.
- RAQUEL MARTÍN MARTÍN: MATRONA, DIPLOMADA EN ENFERMERÍA.
- CRISTINA RODRÍGUEZ SILVA: DIPLOMADA EN ENFERMERÍA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

El siguiente trabajo ha sido presentado como comunicación escrita en el I Congreso Internacional en Contextos Clínicos y de la Salud organizado por la Universidad de Almería y la Asociación Universitaria de Educación y Psicología, durante los días 28, 29 y 30 de septiembre de 2015.

RESUMEN: Se define CPAP como ventilación con presión positiva continua de la vía aérea, es un modo de ventilación no invasiva muy extendido en unidades de cuidados críticos neonatales fácil de aplicar pero no libre de complicaciones. Es el profesional de enfermería el encargado de su manejo por lo que el objetivo de este trabajo es exponer los cuidados necesarios a llevar a cabo en neonatos que precisan CPAP.

Se trata de una revisión bibliográfica en la que los estudios seleccionados centran los cuidados de enfermería en la preparación y selección del material apropiado así como en el adecuado manejo una vez instaurada la terapia.

PALABRAS CLAVE: Neonato, presión positiva continua de la vía aérea, cuidados y síndrome de dificultad respiratoria.

ABSTRACT: CPAP is defined as airway continuous positive pressure ventilation, is a mode of ventilation noninvasive very extended in neonatal critical care units easy to apply but not free of complications. Professional nursing is responsible for handling so the objective of this work is to expose care carried out in infants needing CPAP.

It's a review of the literature in which selected studies focused nursing care in the preparation and selection of suitable material, as well as adequate management once established therapy.

KEY WORDS: Neonate, continuous positive airway pressure, care, and respiratory distress syndrome.

INTRODUCCIÓN

La ventilación con presión positiva continua de la vía aérea (CPAP) es un modo ventilatorio no invasivo usado como soporte respiratorio en recién nacidos para mejorar el intercambio de gases y disminuir la dificultad respiratoria. Consiste en la aplicación de un flujo de aire continuo que impide el colapso de los alveolos (1).

El primer uso de CPAP fue en adultos sobre el año 1930 en pacientes con edema y asma bronquial. Alrededor de 1960 se comenzó a usar la ventilación mecánica en recién nacidos y no fue hasta 1973 cuando se uso por primera vez la CPAP nasal en recién nacidos de muy bajo peso. Su uso no estaba muy extendido hasta la década de los 90 cuando se comenzó a utilizar de forma común en neonatos (2, 3, 4).

Su uso está muy generalizado en las unidades neonatales, los estudios consultados obtienen como resultado que entre un 30% y un 41% de los recién nacidos ingresados en unidades de cuidados intensivos requiere ventilación mediante CPAP, en mayor medida neonatos prematuros, con bajo peso y nacidos por cesárea (5, 6). Sus indicaciones son niños que respiran espontáneamente y presentan aumento del trabajo respiratorio, patología respiratoria susceptible de mejora con ventilación no invasiva o como soporte respiratorio postextubación, es empleado tanto en recién nacidos a término como en prematuros (2, 3, 4, 7).

Efectos fisiológicos en el recién nacido

El surfactante presente en los alveolos del neonato prematuro en el momento de nacer es insuficiente, por lo que es incapaz de generar el aumento de presión inspiratoria necesario para insuflar los alveolos. A este hecho hay que añadir el aumento de la tensión superficial, el aumento de la resistencia pulmonar y la disminución de la distensibilidad pulmonar que provoca que el recién nacido tenga que realizar un mayor esfuerzo respiratorio.

La presión ejercida por la CPAP mantiene una presión supratmosférica durante la espiración que permite la insuflación de los alveolos colapsados, lo que aumenta el volumen pulmonar y mejora el intercambio gaseoso corrigiendo las concentraciones de los gases en sangre, aumentando la presión parcial de O_2 y disminuyendo la presión parcial de CO_2 .

El uso de presiones elevadas con la CPAP puede producir el efecto contrario al deseado reduciendo el gasto cardíaco y la perfusión pulmonar y aumentando los requerimientos de O_2 . Un estudio lo relaciona también con una disminución del flujo renal de hasta un 40% (2).

JUSTIFICACIÓN

Dado que su uso es generalizado en las unidades de cuidados intensivos neonatales siendo una medida que utilizada correctamente aporta beneficios al recién nacido pero que no está libre de complicaciones y que es el profesional de enfermería el encargado de la puesta en marcha, el mantenimiento y el suministro de los cuidados al recién nacido que porta este dispositivo se hace necesario recoger en un documento las nociones básicas principales sobre los cuidados a llevar a cabo.

OBJETIVO

Exponer los cuidados de enfermería a llevar a cabo en neonatos ingresados que precisan ventilación no invasiva mediante presión positiva continua en la vía aérea (CPAP).

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica en las bases de datos Cuiden, Medline y Cochrane usando las siguientes palabras claves: neonate, continuous positive airway pressure, care, and respiratory distress syndrome y su traducción al castellano. Se seleccionaron artículos en inglés y en castellano, se analizaron 86 artículos de los cuales se seleccionaron 12.

RESULTADOS

Según la revisión de los estudios encontrados los cuidados de enfermería los podemos dividir en dos grupos: los destinados a la correcta preparación del material necesario para conectar la CPAP y los cuidados centrados en el recién nacido una vez ha comenzado la terapia ventilatoria (4, 7, 8).

Preparación del material y cuidados en el neonato antes de la colocación de la CPAP:

- Conocimiento de los componentes de la CPAP. El sistema de aplicación de CPAP consta básicamente de tres componentes principales (4, 7):
- Circuito. Se encarga de mantener un flujo continuo de gases que llegan al niño mezclados, calentados y humidificados. requiere de una fuente de oxígeno y aire.
- Interfaz. Es la pieza que conecta el circuito con el recién nacido. Existen diferentes sistemas:
 - o Mascarilla facial. Tiene como inconveniente el difícil sellado con el niño pero es menos traumática.
 - o Mascarilla nasal. Se suele alternar con las cánulas nasales.
 - o Cánulas nasales. Pueden ser cortas o largas y binasales o mononasales. Las más usadas son las binasales cortas. Como desventaja producen mayor trauma nasal.
 - o Casco neonatal. Poca experiencia con su uso.
- Sistema que genere presión positiva:
 - o Un respirador convencional en modo CPAP. Genera un flujo continuo de aire.
 - o Benveniste. Es un sistema de flujo variable, requiere un alto flujo para mantener presiones adecuadas.
 - o Sistemas generadores de presión de flujo variable. El más usado es el Infant Flow, consta de un mezclador de aire y oxígeno y un manómetro que mide la presión.
- Realizar chequeo del respirador. El facultativo se encarga de ajustar los parámetros adecuados a la edad y peso del niño
- Elección del tamaño del gorro y la interfase adecuados para el tamaño del niño.
- Examinar la vía aérea para descartar obstrucciones y aspirar secreciones si es necesario.
- Colocar sonda orogástrica, si no la tenía, para evitar la distensión gástrica.
- Proteger los orificios nasales con apósito hidrocoloide cortado con la forma de la apertura de la nariz. Proteger también pómulos con este apósito. Estos apósitos deben ser sustituidos periódicamente de manera que podamos revisar las estructuras que cubren para detectar precozmente posibles lesiones de la piel y las mucosas.

Cuidados durante la ventilación con CPAP:

- Si elegimos cánulas nasales para ventilar al recién nacido debemos tener en cuenta que la mínima introducción de estas en las fosas nasales nos garantiza el alcance de la presión deseada.
- Si elegimos cánulas mononasales cambiar de fosa cada 12 horas.

- Comprobar periódicamente la existencia de fugas, el uso de chupete evita la fuga de aire por la boca del niño.
- Colocar al neonato en una posición que no obstruya la vía aérea, evitar flexión excesiva del cuello.
- Los recién nacidos y los prematuros solo respiran por la boca cuando lloran por lo que se recomienda tener la incubadora a la misma concentración de oxígeno que la CPAP.
- Monitorización de constantes vitales. Nos alerta en caso de no adaptación del niño a esta modalidad. Vigilar frecuencia cardíaca, respiratoria, saturación de oxígeno y tensión arterial como mínimo. Además vigilar signos de dificultad respiratoria en el recién nacido.
- Vigilar la aparición de distensión abdominal.
- Cambiar los puntos de apoyo de la interfase para evitar la aparición de úlceras y necrosis en esta zona. Esto se consigue, además de con la colocación del apósito hidrocoloide, alternando dos interfases diferentes. Las más utilizadas son la mascarilla nasal (produce presión en el puente nasal) y las cánulas nasales (dañan el tabique nasal).
- Fijación de la interfase con la fuerza adecuada. Si está demasiado fuerte provocará daño en las superficies de apoyo y si la fijación es débil el aire se fugará y la ventilación no será eficaz.
- Valorar la posible resolución de edemas craneales a lo largo de la terapia que puede requerir el cambio de tamaño de los materiales utilizados.
- Los niños ventilados con CPAP pueden ser alimentados de forma enteral tanto por sonda orogástrica como por biberón.

Complicaciones

El uso de CPAP no está exento de complicaciones, su uso inadecuado puede provocar el empeoramiento clínico del recién nacido. Requiere que el personal de enfermería esté familiarizado con el manejo y cuidado de la CPAP. Entre las complicaciones más frecuentes encontramos (4, 8):

- Barotrauma por exceso de presión utilizada. No sobrepasar niveles de presión de 8 cmH₂O.
- Obstrucción nasal. En algunos casos puede producir apneas obstructivas.
- Distensión gástrica. Provoca una mala tolerancia de la nutrición enteral y dificulta la valoración de la enterocolitis necrotizante
- Erosión y necrosis de las superficies de apoyo nasales. En los casos más graves puede requerir cirugía para su reparación.

Un estudio investigó el conocimiento del personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos e intermedios neonatales obtiene como resultado que los conocimientos demostrados se limitan a las complicaciones más frecuentes (daños en el tabique nasal), concluye en una limitación de los conocimientos en estos profesionales en cuanto a la terapéutica y la correcta instalación del dispositivo (9).

El trabajo realizado en una unidad neonatal de Brasil estudió la frecuencia de la lesión nasal causada por la CPAP en recién nacido. Analizó una muestra de 147 neonatos, de los cuales el 83,7% eran prematuros, todos ventilados con CPAP a través de cánulas

nasales. Encuentra una frecuencia del 100% en lesiones nasales en un periodo mínimo de permanencia de dicho modo ventilatorio de dos días. Además demuestra que el tiempo de uso del dispositivo es un factor de riesgo para la aparición de lesiones (1).

Contraindicaciones

Existen muy pocas contraindicaciones absolutas para el uso de la CPAP, entre ellas encontramos las de tipo técnico como escasez de material o interfases inadecuadas para el tamaño del paciente.

Como contraindicaciones clínicas encontramos (4, 7):

- Necesidad de aislamiento de la vía aérea.
- Insuficiencia respiratoria severa, shock o parada cardiorrespiratoria.
- Acidosis metabólica.
- Malformaciones de la vía aérea alta, traumatismo o quemaduras craneales.

- Hernia diafragmática congénita, obstrucción intestinal grave.
- Cirugía intestinal o respiratoria reciente.

CONCLUSIONES

La CPAP es un método de ventilación cuyo uso cada vez está más extendido en las unidades de cuidados intensivos neonatales con ventajas para el recién nacido sobre otros métodos, en su uso se deben de llevar a cabo unos cuidados específicos para evitar complicaciones que afecten a su estado clínico.

Requiere un adecuado conocimiento por parte de enfermería de su funcionamiento, manejo y cuidados para evitar efectos negativos en el neonato. Por lo tanto podemos considerar que el profesional de enfermería es una pieza fundamental para conseguir en éxito de este método ventilatorio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medeiros, R., Costa, A. L., Ferreira, A. y Sales, R. (2009). La frecuencia de lesión nasal en neonatos causada por la presión positiva continua en las vías aéreas con prongs. *Rev Latino-am Enfermagem*, 17(4).
2. Mühlhausen, G. Uso actual de Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (CPAP) en recién nacidos. *Revista Pediatría electrónica*. [en línea] 2004, Vol 1, N° 1. ISSN 0718-0918.
3. Tellez, S. N., Dávila, E. L., Cervantes, R. R. y Abrego, V. (2008). NCPAP como método de ventilación primario en prematuros de peso muy bajo en el H. U. Dr. Eleuterio González de la UANL. *Medicina Universitaria*, 10(39), 87-91.
4. Gonzalez, G. y Gonzalez, M. (2011). Cuidados de enfermería en la aplicación de presión positiva continua de la vía aérea neonatal. *Inquietudes*, 45, 4-10.
5. Clemades, A. M., Mederos, Y., Molina, O. R., Peres, Y., Romero, H. y Arbelo, I. Presión positiva continua nasal en neonatos de Villa Clara. *Revista Cubana de Pediatría*. 2015;87(1):61-68.
6. Caniçali, C., Soares, M., Pereira, M. L., Alvarenga, S. C., y Almeida, E., Marabott, F. Fatores de risco associados à lesão nasal por dispositivo de pressão positiva em recém-nascidos. *Rev enferm UERJ*, Rio de Janeiro, 2014 jan/fev; 22(1):16-21.
7. Comité de Estudios Fetoneonatales. Recomendaciones para uso de CPAP en recién nacidos pretérmino. *Arch.argent.pediatr* 2001; 99(5).
8. Antunez, J., Nascimento, M., Gomez, A., Araujo, M. y Christoffel, M. (2010). Tecnología secundaria en el tratamiento del recién nacido prematuro (Cuidados de enfermería en el uso de CPAP nasal). *Enfermería Global*, 20, 1-11.
9. Mota, D., Camelo, E. M., Martins, I. y Paula, A. I. Uso de pressão positiva continua das vias aéreas em recém-nascidos: conhecimento da equipe de enfermagem. *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 195-203.
10. Fernández, G., Inclán, J. M., Noas, Y. y Capote, M. Aplicación de la ventilación con presión positiva continua en la unidad de cuidados intensivos neonatales. *Revistas de ciencias medicas de la Habana* 2013; 19 (1).
11. Cabral, N. F., Santos, S. F., Lucena, M. G., Oliveira, J. L., Câmara, D. V., Pedrosa, L. Prevalência de lesão do septo nasal em prematuros no uso de prongas nasais. *Rev Esc Enferm USP* 2013; 47(6):1285-90.
12. Vivanco, A., Medina, A. y Mayordomo, J. (2012). Ventilación no invasiva en pediatría. *Bol pediatr*, 52, 4-13.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA VÍCTIMAS DE CIBERACOSO

NURSING CARE PLAN FOR VICTIMS OF CYBERBULLYING

■ CARLOS MARIANO BLANCO PALOMO. DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA. CENTRO DE SALUD TOMELLOSO I. CIUDAD REAL.
■ ANTONIO ALBERTO GONZÁLEZ ARROYO. DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA. HAR. MORÓN DE LA FRONTERA. SEVILLA.

RESUMEN: Actualmente cada vez aparecen más casos de ciberacoso o cyberbullying en nuestra sociedad, con éste trabajo queremos dar herramientas y conceptos a los profesionales enfermeros para ofrecer unos cuidados de calidad a las víctimas de estas situaciones y prevenirlas en la medida de lo posible, aplicando un plan de cuidados de enfermería.

PALABRAS CLAVE: Ciberacoso, cuidados de enfermería, NANDA.

ABSTRACT: At present, new cases of cyberbullying keep appearing in our society. In this essay we provide profesional nurses some tools and concepts to offer quality attendance to cyberbullying victims and to prevent becoming a victim as soon as possible with a nursing care plan.

KEY WORDS: Cyberbullying, nursing cares, NANDA.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, los medios tecnológicos han invadido toda nuestra forma de vida, mejorando indudablemente muchos aspectos de la misma. Aunque también han hecho que surja una problemática desconocida hasta la fecha por la Sociedad. En este artículo queremos plasmar la actual situación del acoso y, más concretamente del bullying a través de las nuevas tecnologías.

Los profesionales sanitarios no podemos quedarnos impasibles ante los problemas derivados de ésta práctica cada vez más usada tanto entre adultos como entre menores. Para ello, vamos a elaborar un plan de cuidados enfocado a las víctimas de cyberbullying y dar las herramientas necesarias a la persona afectada y sus círculos sociales para evitar y/o solucionar el problema favoreciendo así su entorno.

Al ser una práctica reciente, existen muchas definiciones, más o menos complementarias unas de otras, vamos a utilizar la de Parry Aftab, experta en la materia, que define el ciberacoso como: "Las amenazas, hostigamiento, humillación u otro tipo de molestias realizadas por un adulto contra otro adulto por medio de tecnologías telemáticas de comunicación (Internet, telefonía móvil, vídeo-consolas online, etc...).".

El aumento de casos ha precisado de una clasificación tipológica de este concepto:

- Ciberacoso (en sentido estricto):
Acoso entre adultos. Tanto la víctima como el causante son mayores de edad.
- Ciberacoso sexual:
Acoso entre adultos con finalidad sexual.
- Cyberbullying (ciberabuso, cibermatonaje, cibermatoneo):
Acoso entre menores.
- Ciberstalking (Cyberacecho):
Seguimiento de los pasos online de la víctima.

- Grooming (child grooming, internet grooming, cybergrooming):
Engatusamiento de menores por parte de pedófilos o pederastas online, que consiste en ganárselos simulando empatía y cariño.
- Luring (Cebo):
Artimañas llevadas a cabo online por parte de los pedófilos para atraer a niños a encuentros fuera de la Red.
- Web apaleador:
Web creada para hacer cyberbullying sobre algún menor, insultándole de manera pública y ridiculizándolo/la. A menudo se anima a otros internautas a participar en el abuso.
- Flame:
Provocación mediante un mensaje incendiario enviado a un foro, lista de correo, cuyo objetivo es provocar reacciones airadas de sus participantes. Suele contener insultos u ofensas y puede estar dirigido a todos en general, a un grupo de usuarios o a alguien en particular.
- Sexting:
Consiste en difundir imágenes o vídeos de alto contenido sexual o erótico para provocar la humillación del afectado.

CIBERBULLYING

Después de éste primer acercamiento al tema vamos a centrarnos más en el cyberbullying que, como hemos dicho anteriormente, es el acoso que se produce entre menores de edad en el ámbito escolar o entre amigos. El cyberbullying presenta cinco características básicas que son:

- Violencia invasiva: El acoso no termina cuando acaba el colegio, todo lo contrario continúa las 24 horas del día a través de email, mensajes, llamadas, comentarios en redes sociales etc. lo que genera una gran presión psicológica sobre el acosado.
- Gran audiencia: Puede llegar a un gran número de espectadores (entre ellos amigos y compañeros) lo que provoca una

mayor presión en el acosado, ya que las humillaciones tienen una gran capacidad de difusión en las redes sociales.

-Rapidez y comodidad: El acosador puede actuar a cualquier hora y desde cualquier lugar, generando así estados de ansiedad constantes en el acosado.

-Amplitud física: El acosador no tiene que estar “cara a cara” con su víctima.

-Sentimiento de impunidad o no culpabilidad: El hecho de que el acosador no tenga un contacto físico con la víctima hace pensar a los acosadores que no es algo tan grave y no vean las consecuencias de sus actos. Asimismo, pueden llegar a pensar que no serán castigados por lo que están haciendo.

CONSECUENCIAS DEL CIBERBULLYING

-Ansiedad: Debido a la presión y tensión constante producidas por las personas acosadoras, y por el temor a encontrarse con ellos, o en este caso de recibir mensajes, imágenes y vídeos que resultan ofensivos para la víctima.

-Autoestima baja: Falta de confianza que tiene la persona en sí misma y por ende a otras personas.

-Pesimismo: Negativismo por parte de la víctima en su persona y en los que le rodean.

-Tristeza: Desánimo generado en el acosado por la situación.

-Aversión al entorno que lo rodea: La víctima prefiere mantenerse aislado de todas las personas para evitar situaciones que le puedan resultar contrariadoras.

-Autolesión/Suicidio: En ocasiones, la situación puede llegar al extremo de causarse daño físico o incluso atentar contra la propia vida de la víctima por parte de la misma.

PLAN DE CUIDADOS

Por todo ello, creemos que está más que justificada la creación de un plan de cuidados de enfermería estandarizado para víctimas de cyberbullying con el objetivo de que ello nos sirva como un escalón más para nuestra colaboración en la prevención y solución de estos casos.

DIAGNOSTICOS NANDA, NOC Y NIC

AISLAMIENTO SOCIAL (00053)

Def.: Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

Resultados NOC

2002 Bienestar personal

Indicadores:

200201 Realización de las actividades de la vida diaria (A)

200209 Nivel de felicidad (A)

Intervención NIC

5390 Potenciación de la conciencia de sí mismo

Actividades:

Animar al paciente a reconocer y discutir sus pensamientos y sentimientos.

Ayudar al paciente a darse cuenta de que cada ser es único

Ayudar al paciente a identificar los sentimientos habituales que tiene de sí mismo

Resultados NOC

1604 Participación en actividades de ocio

Indicadores:

160401 Participación en actividades diferentes al trabajo habitual (B)

Intervención NIC

5360 Terapia de entretenimiento

Actividades:

Disponer de actividades recreativas que tengan por objeto disminuir la ansiedad

Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas

Comprobar la respuesta emocional, física y social a la actividad recreacional

BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL (00120)

Def.: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar situación).

Resultados NOC

1205 Autoestima

Indicadores:

120511 Nivel de confianza (C)

120515 Voluntad para enfrentarse a los demás (C)

Intervención NIC

5400 Potenciación de la autoestima

Actividades

Animar al paciente a identificar sus virtudes

Facilitar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima

Ayudar al paciente a identificar las respuestas positivas de los demás

Resultados NOC

1305 Modificación psicosocial: Cambio de vida

Indicadores:

130505 Expresiones de optimismo sobre el presente (B)

130509 Uso de estrategias de superación efectivas (B)

Intervención NIC

4700 Reestructuración cognitiva

Actividades:

Ayudar al paciente a identificar la emoción dolorosa (ira, ansiedad y desesperanza) que está sintiendo

Ayudar al paciente a identificar los factores estresantes percibidos que contribuyen al estado de estrés

IMPOTENCIA (00125)

Def.: Percepción de que las propias acciones no variarán significativamente el resultado; percepción de falta de control sobre la situación actual o un acontecimiento inmediato.

Resultados NOC

1409 Autocontrol depresión

Indicadores:

140903 Identifica factores precursores de depresión (B)

140905 Ausencia de manifestaciones de una conducta depresiva (B)

Intervención NIC

5330 control del humor

Actividades:

Determinar si el paciente presenta riesgos para la seguridad de sí mismo y de los demás

Ayudar al paciente a mantener un ciclo normal de vigilia/sueño

Ayudar al paciente a identificar los aspectos de los factores precipitadores que puede o no puede controlar

Resultados NOC

2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional

Indicadores:

260504 Obtiene información necesaria (B)

260508 Toma decisiones cuando el paciente es incapaz de hacerlo (B)

Intervención NIC

7110 Fomentar la implicación familiar

Actividades:

Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente

Observar la estructura familiar y sus roles

Identificar la percepción por parte de los miembros de la familia de la situación y los sucesos desencadenantes, sentimientos del paciente y conductas del paciente

TEMOR (00148)

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

Resultados NOC

1404 Autocontrol del miedo

Indicadores:

140405 Planea estrategias para superar las situaciones temibles (B)

140407 Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo (B)

Intervención NIC

5230 Aumenta el afrontamiento

Actividades:

Alentar una actitud de esperanza realista como forma de manejar los sentimientos de impotencia

Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados

Tratar las consecuencias de comportarse con sentimientos de culpa y vergüenza

Resultados NOC

1302 Afrontamiento de problemas

Indicadores:

130204 Refiere disminución del estrés (B)

130214 Verbaliza la necesidad de asistencia (B)

Intervención NIC

5270 Apoyo emocional

Actividades:

Abrazar o tocar al paciente para proporcionarle apoyo

Comentar la experiencia emocional con el paciente

Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza

RIESGO DE SUICIDIO (00150)

Def.: Riesgo de lesión autoinflingida que pone en peligro la vida

Resultados NOC

1408 Autocontrol del impulso suicida

Indicadores:

140815 Expresa esperanza (B)

140811 Defiende el suicidio (B)

140805 Verbaliza control de impulsos (B)

Intervención NIC

6340 Prevención del suicidio

Actividades:

Determinar la existencia y el grado de riesgo de suicidio

Determinar si el paciente dispone de medios para llevar adelante el plan de suicidio

Enseñar al paciente estrategias para enfrentarse a los problemas

Resultados NOC

1204 Equilibrio emocional

Indicadores:

120402 Muestra un estado de ánimo sereno (B)

120420 Depresión (D)

120416 Ideas suicidas (D)

Intervención NIC

4920 Escucha activa

Actividades:

Mostrar interés por el paciente

Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones

Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones

SÍNDROME POSTRAUMÁTICO (00141)

Def.: Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador.

Resultados NOC

1211 Nivel de ansiedad

Indicadores:

121112 Dificultad para la concentración (D)

121128 Abandono (D)

121129 Trastorno del sueño (D)

Intervenciones NIC

5820 Disminución de la ansiedad

Actividades:

Tratar de comprobar la perspectiva del paciente sobre una situación estresante

Escuchar con atención

Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación

Resultados NOC

2502 Recuperación tras el abuso: Emocional

Indicadores:

250202 Autoconfianza (F)

250213 Autodefensa (F)

250215 Reconocimiento de la relación abusiva (F)

Intervenciones NIC

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

Actividades:

Determinar la conveniencia de las redes sociales existentes

Determinar el grado de apoyo familiar

Explicar a los demás implicados la manera en que pueden ayudar

Escalas

- (A) 1-No del todo satisfecho
2-Algo satisfecho
3-Moderadamente satisfecho
4-Muy satisfecho
5-Completamente satisfecho
- (B) 1-Nunca demostrado
2-Raramente demostrado
3-A veces demostrado
4-Frecuentemente demostrado
5-Siempre demostrado
- (C) 1-Nunca positivo
2-Raramente positivo
3-A veces positivo
4-Frecuentemente positivo
5-Siempre positivo
- (D) 1-Siempre demostrado
2-Frecuentemente demostrado
3-A veces demostrado
4-Raramente demostrado
5-Nunca demostrado
- (E) 1-Grave
2-Sustancial
3-Moderado
4-Leve
5-Ninguno
- (F) 1-Ninguno
2-Escaso
3-Moderado
4-Sustancial
5-Extenso

CONSEJOS Y CONCLUSIÓN

Como podemos observar, el Ciberbullying puede generar consecuencias devastadoras personales y en el entorno de la víctima. Una característica de esta situación es que, una vez producida, no está en la mano de la víctima salir de ella. Por ello, cobran la misma importancia evitar, detectar y solucionar los casos, y nuestra labor como profesionales sanitarios puede llegar a tener una gran relevancia. A continuación describimos algunos consejos que podemos dar a padres, madres y agentes educativos para prevenir éstos comportamientos:

Para la víctima potencial:

- No respondas a flases ni a otro tipo de provocaciones enviadas en público o en privado.
 - Vigila muy bien a quién das tus datos de cibercontacto: teléfono móvil, email, dirección de páginas personales, etc.
 - Lee bien las condiciones de uso de las comunidades virtuales donde te inscribas y comunica a sus webmasters los incumplimientos de que seas testigo.
 - Si eres menor y sufres algún tipo de acoso, cuéntaselo a tus padres o a tus profesores antes de hacer nada.
 - Bloquea a la gente que te moleste en el chat. Borra inmediatamente los mensajes de la gente que te moleste por email (o guárdalos sin leer, por si acaso necesitas más tarde pruebas de su actuación).
 - Ignora a los que te provoquen en los foros.
 - No utilices nombres de usuario ni avatares provocativos.
 - Si recibes amenazas no borres las pruebas. Guárdalas y avisa a la policía.
- Para los padres o tutores:
- En caso de observarse cambios en la conducta del menor (tales como soledad, tendencia a la tristeza, miedo, etc.) deben acudir a un profesional sanitario para hacer una adecuada valoración del problema.
- Para los testigos:
- Denuncia el caso a las autoridades o tutores de la víctima.

BIBLIOGRAFÍA

- Mary Lober Aquilino, Sandra Bellinger, Verónica Brighton; Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC); 4º Ed; Barcelona; ELSEVIER; 2009.
 - Elena del Castillo de la Rosa, María del Pilar Delgado Hito, Anna Marta Falcó Peguerols; Los Diagnósticos Enfermeros revisión crítica y guía práctica; 9º Ed; Barcelona; ELSEVIER MASSON; 2013
 - Marion Jhonson, Gloria Bulechek, Howard Butcher; Interrelaciones NANDA, NOC y NIC; 2º Ed; Madrid; ELSEVIER; 2007
 - Gloria Bulechek, Howard Butcher, Joanne McClosky Dochterman; Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC); 5º Ed; Barcelona; ELSEVIER; 2009
- Navegación segura en internet, consejos y noticias para padres y profesores. Internet. Acceso el 4 de agosto de 2016. Disponible en <http://navegacionsegura.wordpress.com>
- Pantallas amigas. Internet. Acceso el 4 de agosto de 2016. Disponible en <http://www.pantallasamigas.net>
- Cyberbullying. Internet. Acceso el 4 de agosto de 2016. Disponible en <http://www.cyberbullying.com>

FE DE ERRATA

En el artículo publicado en la revista Hygia de Enfermería nº 94 titulado: Relajación muscular progresiva: Taller para niños (página nº 72). Por error se ha omitido como autor y 4º firmante a D. Alfredo León Sánchez (Enfermero de Atención Primaria del Centro de Salud "El Alamillo" de Sevilla). Mediante esta fe de errata se notifica su corrección.

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

NORMAS

1. Los trabajos que se proponen para su publicación en Hygia de Enfermería: Deben ser originales, inéditos, no aceptados ni enviados simultáneamente para su consideración en otras revistas. En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o evento similar se deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, así como su forma de presentación (póster, comunicación oral o ponencia). También si se ha publicado en el resumen del libro oficial del congreso, estimando que en el caso que fuera el texto completo no se consideran inéditos.
2. Los autores deben indicar si han recibido financiación y si pudiera existir un conflicto de intereses.
3. Al menos, uno de los autores deberá ser profesional de enfermería. No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos.
4. Los autores deben obtener autorización previa para: Presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas. Publicar fotografías que permitan la identificación de personas. Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.
5. Los autores renuncian tácitamente a los derechos de publicación, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista Hygia de Enfermería. Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Consejo de Redacción y obligatorio citar su procedencia.
6. El Consejo de Redacción de la revista Hygia de Enfermería propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del correspondiente original. En estos casos, los autores deberán remitir el original con las modificaciones propuestas en un plazo no superior a seis meses; en caso contrario, el trabajo quedará descartado.
7. Al objeto de garantizar la titulación de los firmantes, para la publicación de cualquier artículo científico en la revista Hygia, los autores Graduados o Diplomados en Enfermería deberán acreditar su condición de colegiados en el Colegio de procedencia y aquellos con otra titulación mediante fotocopia del título correspondiente.
8. Cuando el artículo cumpla la normativa exigida para su publicación, el Consejo de Redacción comunicará a los autores la idoneidad del mismo. Desde el momento de la comunicación comenzará a contar el plazo de un año para la publicación del mismo. Transcurrido ese plazo sin la correspondiente publicación del artículo podrá quedar descartado por exceso o acumulo de publicaciones pendientes, comunicándose a su autor para que pueda retirar el original en el Colegio.
9. Cada autor y/o coautor solamente podrá publicar un artículo por cada año natural en la revista Hygia de Enfermería.
10. Los autores deben aceptar todas las normas de la revista Hygia de Enfermería. El Consejo de Redacción de la revista Hygia de Enfermería no asume responsabilidades derivadas de las afirmaciones realizadas en los trabajos, ni el falseamiento o incumplimiento de las presentes normas.

TIPOS DE ARTÍCULOS

Se pueden proponer los siguientes tipos de trabajos:

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

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

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

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

PREPARACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas disponible en: <http://www.icmje.org>, y encontrándose traducida al castellano en: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.htm. Se recomienda a los autores que lo revisen con consultas y lecturas antes del envío o presentación de los manuscritos.

Los textos deben de estar mecanografiados a uno y medio espacio, por una sola cara, con márgenes de 2,5 cm., en papel blanco de tamaño DIN A-4 y una extensión máxima aproximada de unas 15 páginas (gráficos, figuras, fotos, etc. deberán ir a parte y sin contar como páginas). Las hojas se numerarán correlativamente en el ángulo inferior derecho. El trabajo se presentará tanto impreso en papel como en CD/Diskete.

Las abreviaturas en la primera ocasión que se utilicen deben ir precedidas por el término sin abreviar, a menos que sea una unidad de medida estándar y, a ser posible, emplear abreviaturas utilizadas internacionalmente. Evitando su uso en el título y resumen.

PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

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

En primera página, fuera de paginación.

Título del artículo tanto en castellano como en inglés.

Nombre de pila completo y apellidos de cada uno de los autores, profesión y centro de trabajo en su caso.

Centro/s donde se ha realizado el trabajo.

Nombre, dirección de correo electrónico, y teléfono del autor responsable para la correspondencia.

Financiación total o parcial del estudio si existiese (conflicto de intereses).

Si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso.

II. Resumen y palabras clave.

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

Resumen.

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

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

III. Texto.

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

Introducción.

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

Material o Personas y Métodos/Caso Clínico/Observaciones.

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

Resultados.

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

Discusión y Conclusiones.

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

IV. Agradecimientos.

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

V. Bibliografía.

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

Ejemplos:

Artículos de revistas

Autor/es Personal/es:

Míguez A, Muñoz D, Sanchez J. Vendaje e inmovilizaciones con yeso. Hygia de Enfermería 2007; 65 (XIV): 11-19.

Con siete o más autores (citar los seis primeros y añadir et al.)

Autor Corporativo:

Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based Medicine. JAMA 1992; 286: 2420-2425.

Libro Completo:

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

Capítulos de libros:

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

Artículo en Internet:

Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [Acceso 10 Sep 2007] Disponible en: <http://www.update-software.com>.

VI. Tablas.

Figuras y Tablas: Se numerarán de forma correlativa con números arábigos y según el orden de aparición en el texto. Deben servir de complemento al texto y no de repetición. Las tablas llevarán el título en la parte superior y con nota a pie, necesaria para su mejor comprensión. Se entienden por figuras: fotografías, gráficas, hojas de valoraciones, esquemas, etc. Las fotografías seleccionadas deberán ser de buena calidad para mejorar su reproducción; en el dorso llevarán una flecha indicando la parte superior.

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

Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales. Y otra es hacerlo:

Cuenta Expansión Plus PRO

1 / 6

Este número es indicativo del riesgo del producto, siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Banco de Sabadell, S.A. se encuentra adherido al Fondo Español de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito. La cantidad máxima garantizada actualmente por el mencionado fondo es de 100.000 euros por depositante.

Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado*

0

comisiones de administración y mantenimiento.

+ 1%

de devolución en los principales recibos domiciliados y sobre las compras con tarjeta de crédito en comercios de alimentación.⁽¹⁾

+

3% TAE

de remuneración

en cuenta sobre los 10.000 primeros euros, en caso de tener saldos en ahorro-inversión superiores a 30.000 euros.⁽²⁾

Llámanos al 902 383 666, identifícate como miembro de tu colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

La Cuenta Expansión Plus PRO requiere la domiciliación de una nómina, pensión o ingreso regular mensual por un importe mínimo de 3.000 euros y haber domiciliado 2 recibos domésticos en los últimos 2 meses. Se excluyen los ingresos procedentes de cuentas abiertas en el grupo Banco Sabadell a nombre del mismo titular. Oferta válida, a partir del 26 de septiembre de 2016.

*Hasta un máximo de 100 euros anuales por cuenta, con la cuota domiciliada. El abono se realizará durante el mes de enero del año siguiente.

1. Recibos domiciliados que correspondan, como emisor, a organizaciones no gubernamentales (ONG) registradas en la Agencia Española de Cooperación y los recibos de colegios, guarderías y universidades cargados durante el mes. Deberá tratarse de centros docentes españoles (públicos, privados y concertados, quedando excluidos los gastos de academias particulares, colegios profesionales o gastos distintos a los de escolarización). Tampoco se incluirán los gastos en concepto de posgrados, másteres y doctorados. Operaciones de compra realizadas a crédito incluidas en la liquidación del mes, con las tarjetas modalidad Classic, Oro, Premium, Platinum y Shopping Oro cuyo contrato esté asociado a esta cuenta, en los establecimientos comerciales de alimentación incluidos y que podrá consultar en la página www.bancosabadell.com/cuentaexpansionplus. Mínimo 5 euros y hasta 50 euros al mes.

2. Para tener acceso a esta retribución, los titulares deben tener un saldo medio mensual en el banco superior a 30.000 euros en recursos, calculado como la suma de saldos del mes anterior de: cuentas a la vista, depósitos, renta fija a vencimiento, seguros de vida-ahorro, fondos de inversión, valores cotizables y no cotizables, planes de pensiones, planes de previsión de EPSV y BS Fondos Gran Selección. No se tendrá en cuenta para el cómputo del saldo medio el saldo existente en esta Cuenta Expansión Plus PRO ni en ninguna otra de las mismas características en la que los titulares sean intervinientes. Sí se tendrá en consideración el número de cotitulares, por lo que el saldo mínimo existente en la entidad como requisito será el tomado proporcionalmente para cada cotitular. No se remunerarán los saldos durante el primer mes de vida de la Cuenta Expansión Plus PRO. En caso de que no se alcance por parte de los titulares el saldo mínimo que da derecho a la retribución de la Cuenta Expansión Plus PRO, la liquidación se realizará al 0% por este concepto.

Rentabilidad: para el tramo de saldo diario que exceda los 10.000 euros: 0% TIN. Para el tramo de saldo diario desde 0 hasta un máximo de 10.000 euros: 2,919% TIN, 1,9910% TAE (calculada teniendo en cuenta los dos tipos de interés para el supuesto de permanencia del saldo medio diario durante un año completo). Ejemplo de liquidación en un año: saldo en cuenta de 15.000 euros diarios, saldo diario sobre el que se remunera: 10.000 euros; frecuencia 12 (mensual); intereses liquidados en el año: 291,90 euros.

sabadellprofessional.com



XXXIII

Certamen Nacional de Enfermería "Ciudad de Sevilla"



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"
- 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". Con el fin de cumplimentar el objeto de los premios del Certamen Nacional de Enfermería "Ciudad de Sevilla", el autor o primer firmante de cada trabajo deberá presentar en la documentación establecida en el punto 9 de estas bases, una declaración responsable de que el trabajo es inédito y no ha sido anteriormente presentado en ningún evento o publicado en cualquier otro medio. Del mismo modo, no tendrán la consideración de trabajos inéditos actuaciones consistentes en pequeñas variantes o modificaciones sobre el título o el contenido de cualquier trabajo anterior conocido o publicado por el mismo autor.
- 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 encuadernados. 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. Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El Jurado será nombrado anualmente.
- INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las 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, 28-Acc. (41.005 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXXIII CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación. En su interior incluirá: El trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo, sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo incluyendo nombres; y dirección completa de autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo si lo hubiere. Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de los mismos.
- 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 "XXXIII 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 2017.** 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 2017.



153 años
avanzando con
la profesión

PREMIADOS 2016

- 1º Premio: Manuel Luque Oliveros (Sevilla)
2º Premio: José Antonio Sánchez Miura (Sevilla)
3º Premio: Luis Alfonso Aparcero Bernet (Sevilla)

Accésit Enfermería Joven: Alba Elena Martínez Santos (Madrid)

Patrocina

Sabadell