



HYGIA de ENFERMERIA

Nº 98, Volumen XXXIV- 2018

Colegio de Enfermería de Sevilla

MATERNIDAD Y
CONCILIACIÓN FAMILIAR,
LABORAL Y SOCIAL:
¿REALIDAD O CIENCIA
FICCIÓN? REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

ANÁLISIS COMPARATIVO
DEL SÍNDROME DE
BURNOUT ENTRE
ENFERMERÍA QUE ATIENDE
A PEDIATRÍA Y A ADULTOS

PINCIPALES CAUSAS DE
LA NO ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO CON CPAP
(PRESION CONTINUA
POSITIVA DE AIRE)

PLAN DE CUIDADOS:
PANCREATITIS AGUDA EN
LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS

MANEJO DE LA
DEXMEDETOMIDINA
EN PACIENTE CRÍTICO
CON DELIRIUM
POSTOPERATORIO. CASO
CLÍNICO

EVOLUCIÓN DE UNA
ÚLCERA POR PRESIÓN
MEDIANTE MÉTODO *TIME*

MANEJO DEL SÍNDROME
METABÓLICO POR
ENFERMERÍA: NOCIONES
BÁSICAS





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.

LA PÍLDORA DEL DÍA DESPUÉS

Hace nueve años que en España se ha aprobado la libre dispensación de la píldora del día después, que supone que las mujeres ya no tienen lo que en algunos casos era un verdadero peregrinaje por servicios de urgencias, urgencias hospitalarias y centros de salud, solicitándola, donde con frecuencia recibían un trato discrecional y con numerosas trabas para su dispensación y con muchas horas de retraso cuando su administración deber ser lo antes posible. Como muy bien define el Informe de la Federación de Planificación Familiar Estatal sobre la libre dispensación de la píldora anticonceptiva de urgencias, los obstáculos para acceder a la anticoncepción de urgencia (AU) antes de su aprobación como medicamento de libre dispensación eran o son: Falta de equidad en el acceso a la anticoncepción de urgencias (AU) debido a la desigual forma de afrontar su dispensación por parte de las administraciones sanitarias. Limitaciones propias de la organización de los servicios, que últimamente se agravan con la desaparición de programas como el de planificación familiar donde había un personal específico para realizar anticoncepción. Barreras atribuibles a los profesionales (anteponer pensamientos, ideas o creencias a las guías de práctica clínica) con el consiguiente deterioro de la asistencia. Dificultades propias de las usuarias, particularmente las más jóvenes, con menos capacidad de acceso a los servicios y mayor desinformación y resistencias debidas a falsas informaciones sobre la AU y al sesgo ideológico con que se afronta sus beneficios y riesgos.

Ahora para algunos parece que se está despachando píldoras sin control sanitario y que puede dar lugar a un descontrol y perjuicio para las usuarias. Si se realiza un análisis comparativo con otros medicamentos de libre disposición no superan el largo recorrido que ha cursado este método anticonceptivo para llegar a la libre dispensación y paradójicamente no se ha podido desprender de la sospecha de medicamento inseguro.

Este recorrido comenzó en 1964 con una referencia de una experiencia clínica en Holanda de la utilización de estrógenos para la evitación del embarazo. Y en 1966 se producen los primeros ensayos sobre el empleo de estrógenos a dosis alta para evitar la gestación. Desde esta época comienza su empleo a nivel mundial, aunque en España no se inicia

su uso hasta la década de los 90. En los años 80, un estudio doble ciego comparó la terapia hormonal original de 5 mg de etinilestradiol durante 5 días con una píldora combinada que contiene solo 0,1 mg en combinación con 1 mg de d1-norgestrel. Este método fue tan eficaz para prevenir el embarazo como el tratamiento original con una dosis alta de estrógeno pero con menos efectos secundarios. La combinación de estos ingredientes activos usados mediante una dosis seguida de una segunda dosis 12 horas después, lo describe por primera vez el médico canadiense Yuzpe. Con el aporte de una mayor disminución de los efectos secundarios y como consecuencia aumentó considerablemente su aceptación. En 1998 se generaliza la pauta de solo gestágeno basada en Levonorgestrel por su eficacia y seguridad, que en su dosis actual (1500 mcg en única pastilla) está incluido en el listado de Medicamentos Esenciales de la Organización Mundial de la Salud. Es la que continúa actualmente mediante esta forma de presentación y venta. Posteriormente apareció en octubre de 2009 la comercialización en Europa del acetato de ulipristal (30mg en una sola dosis) y en EEUU fue aprobado por la FDA en agosto de 2010. Se ha mostrado según los estudios que recomiendan su uso como altamente efectivo y bien tolerado por las mujeres. También está en Europa como medicamento de libre dispensación para la prevención de embarazos no deseados pero con una efectividad más tardía que el Levonorgestrel (antes de las 72 horas), en este caso hasta las 120 horas de la relación sexual desprotegida.

Basado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (Departamento de Salud Reproductiva e Investigación. Planificación familiar. Manual Mundial para Proveedores) actualmente se dispone de evidencia suficiente para indicar que las píldoras anticonceptivas de emergencia ayudan a evitar el embarazo cuando se toman hasta 5 días después del coito sin protección. No distorsionan en caso de que la mujer esté embarazada o se logre el embarazo por fallo del método. Son seguras para todas las mujeres (incluso para las que no pueden utilizar los métodos anticonceptivos hormonales continuos) y debido a la brevedad de su uso, no existen patologías médica por las cuales no sea segura para la mujer. En caso de lactancia materna habría que hacer algunas indicaciones para un manejo efectivo de las mismas. Y

puede representar una oportunidad para que la mujer comience a utilizar un método reglado de planificación familiar.

No carecen de efectos secundarios como cambios en los patrones de sangrado (leve sangrado irregular 1 o 2 días después de tomarla y/o la menstruación comienza antes o después de lo esperado). Más tarde puede aparecer náuseas, mareos, dolor abdominal, vómitos, fatiga, cefaleas o sensibilidad mamaria. Pero también tiene el beneficio de ayudar a proteger contra el riesgo de embarazo.

También hay que recordar que las píldoras anticonceptivas de emergencia no son abortivas, su mecanismo de actuación es anterior a la ovulación (evitan o retrasan su liberación). En caso de embarazo no causan defectos de nacimiento si no logra evitar el embarazo y no dañan al feto si la mujer las toma cuando ya estaba embarazada. No promueven una conducta sexual de riesgo y no provocan infertilidad en la mujer.

Afortunadamente la anticoncepción de emergencia ofrece a las mujeres una última oportunidad de evitar un embarazo después de un coito desprotegido. A pesar de que no ofrece protección contra las infecciones de transmisión sexual, si ofrece seguridad a las mujeres que dependen de los preservativos para protegerse contra el embarazo no deseado cuando lo usan de forma inconsistente o accidentes como deslizamiento o rotura.

La anticoncepción de emergencia es especialmente importante para las mujeres en riesgo de embarazo por no usar un método regular (por los motivos que sean) y que es posible que a través de este contacto con los profesionales sanitarios acceda a un método anticonceptivo continuo.

Es necesario que a las mujeres que solicitan la anticoncepción de emergencia se les ofrezca información y facilite el acceso para la utilización de un método anticonceptivo continuo. Al acudir por la anticoncepción de urgencia es necesario estar preparados y dispuestos para hacer una labor educativa sobre la anticoncepción de emergencia y que el uso de ésta sea ocasional y que lo deseable sería no tener nunca necesidad de su uso.

María José Espinaco Garrido
Matrona de Atención Primaria

EDITA

Excmo. Colegio Oficial de
Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José María Rueda Segura

SUBDIRECTORA

María Pilar Cordero Ramos

ASESOR TÉCNICO

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

Sumario

- 5 **MATERNIDAD Y CONCILIACIÓN FAMILIAR, LABORAL Y SOCIAL: ¿REALIDAD O CIENCIA FICCIÓN? REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
JURADO GARCÍA, E.; COCA COCA, A.; VERDUGO ROMÁN, E.
- 13 **ANÁLISIS COMPARATIVO DEL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE ENFERMERÍA QUE ATIENDE A PEDIATRÍA Y A ADULTOS**
ESCOBEDO MESAS, E.; BERNAL HERRERA, P.; GRANDE TRILLO, A.; GRANDE TRILLO, R.J.
- 15 **PREVALENCIA DE ONICOPATÍAS EN ENFERMOS RENALES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS**
CRUZ GARCÍA, E.; CRUZ BAJO, M.
- 19 **PRINCIPALES CAUSAS DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON CPAP (PRESIÓN CONTINUA POSITIVA DE AIRE)**
MARTÍNEZ MARTÍNEZ, L.; LEAL ROMERO, Mª. V.; CARRASCO CEJUDO, Mª Á.
- 22 **PLAN DE CUIDADOS: PANCREATITIS AGUDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**
NAVARRO RODRÍGUEZ, J.M.; ROMERO ALFARO, P.; PÉREZ LÓPEZ, I.
- 27 **GEMELOS PREMATUROS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. A PROPÓSITO DE UN CASO**
MARTÍN MARTÍN, R.; RODRÍGUEZ SILVA, C.; RODRÍGUEZ SILVA, G. DE M.; PÉREZ ROMERO, Mª A.; LARDELLI PICALLS, S.
- 32 **MANEJO DE LA DEXMEDETOMIDINA EN PACIENTE CRÍTICO CON DELIRIUM POSTOPERATORIO. CASO CLÍNICO**
MAESTRE DÍAZ, Mª Á.; ORTEGA CARRIÓN, J.M.
- 35 **PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE CON DEMENCIA FRONTOTEMPORAL Y PARA SU CUIDADOR PRINCIPAL. A PROPÓSITO DE UN CASO**
MESEGUER FERNÁNDEZ, Mª R.
- 40 **EVOLUCIÓN DE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN MEDIANTE MÉTODO TIME**
BENÍTEZ MUÑOZ, N.; OROZCO CARRERAS, E.; GÓMEZ RAMÍREZ, C. Mª.
- 43 **MANEJO DEL SÍNDROME METABÓLICO POR ENFERMERÍA: NOCIONES BÁSICAS**
GÓMEZ RODRÍGUEZ, A.; MONTERO RODRÍGUEZ, Mª DE G.; DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ, E.
- 47 **ELECTROCARDIOGRAMA DERECHO Y POSTERIOR EN UN SOLO REGISTRO**
BROSED ORTIZ, J.; GARCÉS CAMPO, B.
- 49 **OBESIDAD: EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO**
CASTRO PRADO, C.; RUIZ CASTILLO, A.; MANTILLA CASTAÑO, S.
- 53 **SÍNDROME DE BRUGADA, EL GRAN DESCONOCIDO PARA LA ENFERMERÍA**
FALLAHA EISAWI, L.
- 59 **EDUCACIÓN SEXUAL EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO**
GARCÍA GARCÍA, E.
- 63 **MALOS HÁBITOS DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL PACIENTE QUIRÚRGICO**
JIMÉNEZ MARTÍN, Mª A.; GUERRERO CARRIÓN, Mª E.; DELGADO GALLARDO, M.; PEDREIRA NIEVAS, A.; APARICIO PARRA, Y.; RODRÍGUEZ TORRES, J.L.
- 68 **CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ICTUS**
RAMOS ROMÁN, S.; MACHÍO BENÍTEZ, P.
- 73 **MANEJO SEGURO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN CIRUGÍA MENOR**
SANTOS COTÁN, M. J.; CABEZA REINA, M.; AMARO SÁNCHEZ E.

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

Autor: Manuel Salvador Aguilar Amores

Nº Colegiado: 13421

Cámara: POWERSHOT SX710HS

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.

MATERNIDAD Y CONCILIACIÓN FAMILIAR, LABORAL Y SOCIAL: ¿REALIDAD O CIENCIA FICCIÓN? REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

MATERNITY AND FAMILY, LABOR AND SOCIAL CONCILIATION: REALITY OR SCIENCE FICTION? BIBLIOGRAPHIC REVIEW

■ ESTEFANÍA JURADO GARCÍA. MATRONA HOSPITAL DE VALME, PROFESORA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA FRANCISCO MALDONADO DE OSUNA. SEVILLA.
■ ANA COCA COCA. ENFERMERA SNS Y RESIDENCIA GERIÁTRICA.
■ ESPERANZA VERDUGO ROMÁN. ENFERMERA SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.

RESUMEN: La conciliación de la maternidad en la vida familiar, social y laboral está avanzando favorablemente en los últimos años. No obstante, las diferencias de género, siguen estando presentes.

Son las mujeres las que tienen más dificultades de acceder al mercado laboral, las que presentan mayor desempleo, abandonan su puesto de trabajo y perciben menores salarios por los mismos trabajos. También son ellas las que tienen que hacerse cargo en mayor medida de las responsabilidades familiares destacando el desequilibrio en el reparto de las tareas domésticas, encontrándose con importantes dificultades para conciliar su vida laboral con la familiar.

Esto implica: postergación de la maternidad, falta de tiempo de ocio para ellas, aparición en el contexto del cuidado de nuevas figuras como la abuela cuidadora.

Así pues con la siguiente revisión bibliográfica queremos conocer la evolución de la legislación respecto de la conciliación de la vida familiar, presentar las desigualdades de género presentes en dicha conciliación, analizar las causas de la postergación de la maternidad, describir las repercusiones que supone la crianza de los nietos sobre las abuelas cuidadoras y analizar la influencia que tienen las políticas sobre conciliación en la lactancia materna.

PALABRAS CLAVES: Maternidad, conciliación, Género y Salud y Salud de la Familia.

ABSTRACT: The conciliation of motherhood in family, social and work life is progressing in recent years. However, gender differences are still present.

Women have more difficulties of access in the labor market, these women who present higher unemployment leave their jobs and receive lower wages. They also have to take charge of family responsibilities highlighting the imbalance in the distribution of tasks and finding with important difficulties to reconcile their work and family life.

This implies: postponement of motherhood, lack of leisure time, appearance of new figures such as grandmother caregiver.

We want with this work to know the evolution of legislation regarding the reconciliation of family life, present gender inequalities, analyze the causes of the postponement of motherhood, describe the repercussions of grandchildren's upbringing on grandmothers carers and analyze the influence of policies on conciliation in breastfeeding.

KEY WORDS: Maternity, conciliation, Gender and Health and Family Health.

INTRODUCCIÓN

Aunque actualmente la situación de la mujer ante la conciliación de la vida familiar y laboral ha avanzado favorablemente, no deja de haber un desequilibrio en la distribución de las tareas domésticas y la crianza de los hijos que implica a éstas en mayor medida⁽¹⁾. De modo que el hombre no llega a implicarse lo suficiente para que la carga doméstica afecte en menor proporción al sexo femenino.⁽²⁾

Por tanto, no se trata de ayudar a las mujeres para que puedan participar en el mundo laboral y a la misma vez, en el familiar sino de que se produzca un reparto equitativo de las tareas domésticas entre hombres y mujeres.^(3,4)

El desequilibrio en la distribución de las tareas domésticas comentado anteriormente, acarrea diversos trastornos en la vida de la mujer, entre ellos uno de los más comunes es la falta de tiempo para el ocio.⁽¹⁾

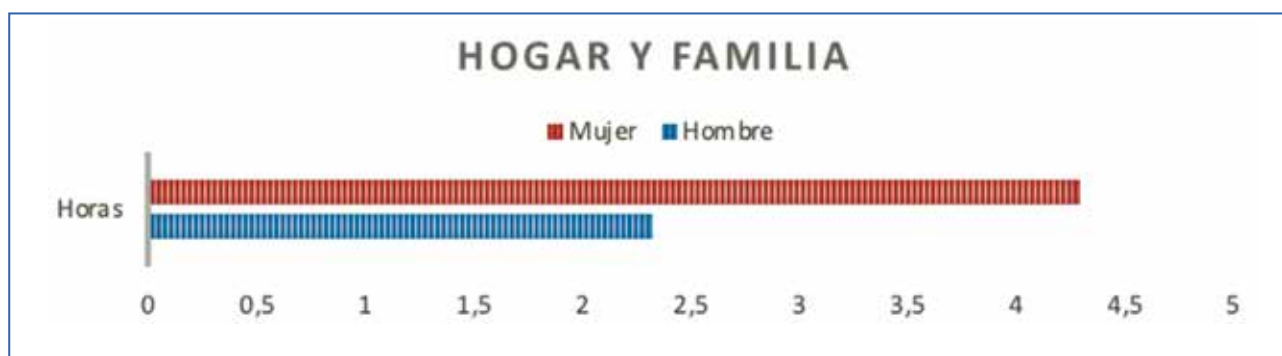


Figura 1.1. Reparto tareas domésticas hombres-mujeres.⁽⁵⁾

De hecho las mujeres son plenamente conscientes de los problemas que conlleva el conciliar la vida familiar y laboral, pero como formar parte de la esfera laboral supone una satisfacción personal importante, actualmente muchas están dispuestas a asumir tales consecuencias. Por ello, cada vez es menor la diferencia en la prevalencia de hombres y mujeres en el mundo laboral. Aumentando con el paso de los años el número de mujeres trabajadoras.

Otra dificultad que encontramos ante la conciliación de la vida familiar y laboral la situamos en la legislación actual sobre maternidad y conciliación ya que, en España a diferencia de otros países europeos estas políticas son menos tolerantes, con un permiso de maternidad de 16 semanas^(6,7), lo cual impide a la madre, por ejemplo, llevar a cabo una lactancia efectiva y satisfactoria (la tasa de lactancia en nuestro país en el primer mes es del 63%, frente hasta un 98% en otros países de la comunidad europea)^(8,9)

Además si analizamos la existencia de desigualdad entre hombres y mujeres, centrándonos en el mundo laboral, es importante destacar que cada año hay 380000 mujeres que abandonan el mercado de trabajo frente a 14000 hombres⁽³⁾.

Cabe destacar en este sentido que la diferencia salarial entre hombres y mujeres en España es cada vez mayor. Así, una mujer tendría que trabajar 79 días más/año para igualar su salario al de un hombre, y cotizar 11 años y medio más para cobrar la misma pensión⁽⁵⁾.

En la misma línea las mujeres con carreras profesionales se ven forzadas a compartir (a veces, incluso a sustituir) la crianza de sus hijos con otras personas externas a su pareja, como son las abuelas-madres (también denominadas «madres sustitutas») en los casos en que están disponibles y residen cerca.

Ante este contexto aparece una nueva figura en la crianza de los hijos, hablamos de la abuela cuidadora.

En definitiva con la situación actual resulta difícil plantearse ser madre a temprana edad, puesto que existen numerosas dificultades cuando se trata de tener hijos y aspirar a puestos de trabajo con poder simultáneamente, entre otras, dando lugar a la postergación de la maternidad. Situándose en España actualmente la media de edad del primer hijo en 31,5 años.

También se ha producido una transformación en el papel del padre apareciendo así un nuevo concepto de paternidad muy diferente al modelo tradicional, ausente y autoritario.

Los hombres empiezan a darse cuenta de que la socialización diferencial de género les ha privado de poder disfrutar del cuidado de sus hijos, por ello están dispuestos a desprenderse de actuar como principales «proveedores económicos» y renunciar a disfrutar de una paternidad más vinculada a las necesidades inmediatas de los hijos.

Aunque estos «nuevos padres», se implican más en compartir con sus hijos el máximo tiempo posible, cuando el trabajo doméstico y familiar tiene muchas otras dimensiones, sin las cuales el cuidado de los hijos no es posible: desde la infraestructura del hogar (cocinar, lavar, limpiar), hasta toda la tarea de planificación y gestión diaria.

Mientras los hombres no asuman su corresponsabilidad en las tareas domésticas y familiares y las mujeres tengan que seguir ocupándose de la gestión y organización del hogar, se generará una fuerte insatisfacción, tanto como «madres» y «mujeres».⁽¹⁰⁾

OBJETIVOS

- OBJETIVO GENERAL

Analizar la situación actual de la maternidad y la conciliación de la vida familiar y laboral.

- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Describir la evolución de la legislación sobre la conciliación de la vida familiar y laboral.

Analizar las desigualdades de género presentes en la conciliación de la vida familiar y laboral.

Identificar las causas de la postergación de la maternidad en la actualidad.

Conocer las repercusiones que sobre la salud de las abuelas cuidadoras tiene la crianza de los nietos.

Analizar la influencia que las políticas sobre conciliación de la vida familiar y laboral actuales tienen sobre la práctica de la lactancia materna.

METODOLOGÍA

La presente búsqueda bibliográfica ha sido realizada en las bases de datos: PubMed, Mendeley, Fama, Dialnet, Cinahl.

Las principales estrategias de búsqueda que hemos llevado a cabo han sido mediante la combinación de descriptores como: (Conciliación laboral y familiar), ("Familylife" AND "Job"), ("Conciliation" AND "Familylife" AND "Job"); (Abuelas cuidadoras), (Síndrome de la abuela esclava); (Trabajo y mujeres discapacitadas), ("Maternity" AND "Job" AND "disability"); ("Postponement" AND "Maternity"); ("Epidemiology" AND "BreastFeeding"), ("Pregnancy" AND "Unemployment"), (Madres en desempleo), (Incidencia lactancia materna en Europa); ("Burnout" AND "Parenting"), (Estrés y maternidad), (Conflicto familiar-laboral) ; ("Legislation" AND "Maternity"), ("Legislation" AND "Parenting").

Tras las búsquedas se utilizan 74 artículos. Para ello, se emplean los siguientes criterios de inclusión: la búsqueda se restringió al periodo de publicación comprendido entre los años 2010-2017, ambos inclusive. Otro de los criterios seleccionados fueron "Humans".

En cuanto a criterios de exclusión encontramos: no estar relacionados con la temática o no encontrarse redactados en español o inglés, entre otros. Lo cual nos lleva a descartar 203 artículos. Finalmente, se excluyen 23 artículos más por no disponer del texto completo.

El motivo de esta limitación fue la utilización de documentación reciente y actualizada, aunque ha sido necesaria también la consulta de manuales más antiguos de los límites cronológicos establecidos por su valor histórico y adecuación al tema de búsqueda. Los idiomas seleccionados fueron el español y el inglés. Además con el fin de obtener la información más completa y relevante, se examinaron las bibliografías incluidas en los artículos seleccionados para identificar artículos adicionales, incrementando así la calidad del estudio. También, se llevó a cabo la consulta de páginas web como Asociaciones como la AEP o el Comité de Lactancia Materna.

RESULTADOS

La búsqueda generó más de 300 artículos relacionados con las palabras claves y las estrategias utilizadas. Sin embargo, no todos los artículos estaban relacionados con los objetivos marcados en nuestro estudio.

Al finalizar la búsqueda, se identificaron 74 documentos relacionados con la maternidad y la conciliación de la vida laboral y familiar. Tras consultarlos, se seleccionaron 30 artículos, los cuales confrontamos en la discusión y que nos informan de la evolución de la legislación sobre conciliación de la vida familiar y laboral, las desigualdades de género en el ámbito laboral y familiar, las causas de la postergación de la maternidad y la aparición de nuevas figuras (abuela cuidadora) en la crianza y repercusiones sobre su salud. Además, con estos artículos, analizamos la influencia que las políticas sobre conciliación de la vida familiar y laboral actuales tienen sobre la práctica de la lactancia materna. Se incluyen: 4 revisiones bibliográficas, 1 manual, 2 libros, 2 revistas científicas, 1 protocolo, 6 estudios cualitativos, 6 estudios cuantitativos, 2 estudios descriptivos, 2 estudios longitudinales, 1 estudio observacional, 2 estudios estadísticos y 1 proyecto.



DIAGRAMA DE FLUJO

DISCUSIÓN

- LEGISLACIÓN

La legislación encaminada a la protección social, empieza a orientarse en la maternidad en España en el comienzo del siglo XX y finales del siglo XIX. Esto ocurre por la necesidad de proteger a la mujer durante el embarazo, puerperio y lactancia, ante las condiciones laborales de la época, que amenazaban a la salud física de las mujeres trabajadoras y de sus hijos.

Pero hasta la década de los 80, nuestros sistemas legales no comenzaron a incorporar verdaderamente legislación en materia de maternidad que incluyera principios de justicia social, y que ade-

más, desarrollara leyes sobre la maternidad incluyendo principios de igualdad.

Los primeros gobiernos democráticos no prestaron gran importancia a la maternidad y no es hasta la aprobación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, cuando se vuelve a mencionar la maternidad. Esta vez, reconociéndola como fuente de discriminación de las mujeres en el mercado de trabajo^(11,12).

Tan solo el 3,34% del total en protección social en España en el 2005, se destinó a la protección social de la familia e hijos. La mayor parte fue destinada para prestaciones de salud y desempleo. Por tanto, resulta difícil, que tanto la mujer como el hombre consigan conciliar familia y trabajo simultáneamente de forma satisfactoria y adecuada, ya que no encuentra el apoyo ni atención necesarias por parte de las políticas de conciliación de maternidad y trabajo.

Así encontramos que sólo algunos cuerpos legales incluyen medidas encaminadas por igual a hombres y mujeres, con la idea de repartir de manera igualitaria las responsabilidades de la maternidad y la paternidad. Aunque realmente, estas medidas no dejan de ofrecer una visión de que socialmente, se interpretan como medidas para las mujeres. Siendo rara vez cuando los hombres llegan a sentirse aludidos como potenciales beneficiarios de estas medidas⁽¹¹⁾.

En cuanto a Andalucía, encontramos en el Decreto 219/1985, de 9 de octubre, sobre atención de la salud materno-infantil, que desde finales del siglo XX comienza a haber legislación encaminada a la maternidad y sus diversos aspectos.

Este decreto atribuye a la comunidad andaluza, competencias de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior y de Seguridad Social, y por otro lado, atribuye competencia exclusiva en materia de orientación y planificación familiar. Todo ello, dentro del marco de Atención Primaria de Salud y siguiendo, las directrices que la OMS dicta en la Resolución de la Conferencia Internacional de Alma-Ata 1978⁽²²⁾.

Continúa progresando en este aspecto legislativo la comunidad de Andalucía, con la llegada del Decreto 101/1995, de 18 de abril. En este, se determinan los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento. Este decreto dispone por tanto, los derechos de la madre durante la gestación, el parto y el postparto. Así como, los derechos del recién nacido hospitalizado en Andalucía, los derechos de los padres del recién nacido hospitalizado también en este área y la tramitación de sugerencias, quejas y reclamaciones⁽²³⁾.

- GÉNERO Y SALUD

Las formas de empleo inestable han sufrido un aumento en Europa en las últimas décadas. Estos cambios han ocasionado que aquellos que argumentan el empleo flexible otorgasen la opción de plantearse el fomento del empleo y la posibilidad de ayudar a las mujeres a combinar mejor el trabajo y la familia.

Esta cuestión fue debatida por aquellos que analizan que el trabajo flexible podría traer consecuencias negativas tanto para las perspectivas laborales como la de la vida privada y familiar, ya que a menudo se asocia con mayor inseguridad y peores condiciones.

Estas consecuencias son investigadas, teniendo en cuenta la información sobre la vida familiar actual, los planes de futuro y el bien estar general, dando lugar a que las consecuencias dependen del tipo de contrato de trabajo. Un análisis del SEE (Sociedad de Estudios Económicos) confirma que el empleo inseguro se acompaña de más situaciones problemáticas sociales y familiares⁽²⁴⁾.

Para Hilbrecht M. y Lero DS. las mujeres con negocios en el hogar encuentran mayor satisfacción con la vida familiar. Lo que según Loscocco & Smith-Hunter (2004) se atribuye a tener un mayor control sobre la propia programación, mientras que cuando trabajan en empresas, los horarios suelen ser más rígidos y más difícil de amoldar⁽²⁵⁾.

Según Budig (2006) “el autoempleo es una de las pocas opciones para permitir una mayor flexibilidad temporal y espacial para atender a las necesidades familiares”. En este sentido otros estudios añaden que este es un factor importante, ya que las demandas asociadas a la maternidad intensiva y el enfoque de clase media dominante para la maternidad, a menudo se hacen más difíciles por los horarios laborales rígidos ^(31,32).

Encaminada a la igualdad entre hombres y mujeres podemos encontrar diferentes líneas de actuación para mejorar la sobrecarga de trabajo doméstico-laboral que afecta a la mujer actualmente, cuyos objetivos son “sensibilizar y concienciar a las mujeres y hombres sobre la importancia de la corresponsabilidad para la autonomía, enriquecimiento y libertad personal” y “potenciar y apoyar toda iniciativa encaminada a la corresponsabilidad familiar”⁽¹⁾.

Esto es debido a que se ha demostrado un declive del estado de salud en amas de casa, en comparación con las mujeres que poseen un trabajo remunerado. Encontrando estudios que en la misma línea demuestran que el trabajo productivo es fuente de satisfacción para la mujer, pero también genera estrés y ansiedad debido a los problemas derivados de la falta de conciliación.

Estos problemas se agudizan cuando las mujeres tienen hijos e hijas, pues es difícil conciliar las demandas de maternidad con el trabajo productivo. Así, las madres trabajadoras duermen menos horas, invierten poco tiempo en su cuidado personal y disponen de poco tiempo libre ^(2,26).

Aunque hoy en día las desigualdades entre los hombres y las mujeres han disminuido, siguen existiendo obstáculos.

En 2004 las mujeres españolas ocupaban sólo 5,41% de las presidencias de los consejos de administración de las empresas del IBEX 35, el 2,5% de los puestos de vicepresidencia y el 2,88% de los consejeros. Fuera de estas empresas, la presencia de féminas

en puestos directivos era del 18,9% de los gerentes de empresas con más de 10 trabajadores.

Para Chinchilla N et al (2005) el motivo de estos resultados se deben a las largas jornadas laborales propias de la función directiva, el carácter competitivo, y la escasa sensibilidad de las empresas por la conciliación de la vida familiar y laboral por ello la cantidad de mujeres que ocupan puestos directivos siendo minoría ⁽²⁶⁾.

Si analizamos las opiniones de los hombres y mujeres que optan a los comités de dirección, encontramos diferentes versiones. Los hombres ven como obstáculos; la mentalidad directiva masculina y su inconsciente selección de lo semejante, los criterios de liderazgo y los procesos de gestión de carrera. Sin embargo, las mujeres encuentran como obstáculos: la auto-crítica, la falta de confianza en sí mismas y la decisión personal de no estar en las ternas de promoción. ⁽²⁷⁾

Surgiendo así dos conceptos importantes: techo de cristal “es un conjunto de normas no escritas o la cultura que posea la empresa, que dificultan su acceso”⁽²⁶⁾. Por el contrario, el techo de cemento “es autoimpuesto por elecciones personales, mayormente por las mujeres que deciden no querer promocionar los puestos directivos más rígidos y exigentes por el alto coste personal y familiar”. ^(26,27)

Conceptos como el “techo de cristal”, han sido descritos recientemente por estudiosas como Burin M. que denomina así esta idea como “una superficie superior invisible en la carrera laboral de las mujeres, difícil de traspasar, que les impide seguir avanzando”. Este carácter de invisibilidad, existe porque no hay leyes ni dispositivos sociales establecidos ni códigos visibles que impongan a las mujeres esta limitación⁽²⁸⁾.

Esta diferencia, también se encuentra presente en el caso de las personas discapacitadas, los estudios realizados en los países desarrollados señalan las elevadas tasas de inactividad laboral y desempleo entre dicho colectivo.

Así se refleja en el estudio realizado por la Comisión Europea sobre Discapacidad y participación social en Europa (EUROSTAT, 2001), que recoge los datos de la situación laboral. Centrándonos en nuestro país, según la encuesta EDES-99 (INE 2002), encon-

Activos de 16 a 64 años según discapacidad . Año 2014. Valores absolutos en miles.

	Total		Personas sin discapacidad		Personas con discapacidad	
	V.absolutos	Porcentajes	V.absolutos	Porcentajes	V.absolutos	Porcentajes
TOTAL	22.813,6	100,0	22.306,9	100,0	506,7	100,0
SEXO						
Hombres	12.276,6	53,8	11.987,8	53,7	288,7	57,0
Mujeres	10.537,1	46,2	10.319,1	46,3	218,0	43,0
GRUPOS DE EDAD						
16-24	1.587,0	7,0	1.565,0	7,0	22,0	4,3
25-44	12.373,8	54,2	12.170,9	54,6	202,9	40,0
45-64	8.852,8	38,8	8.571,0	38,4	281,8	55,6
NIVEL DE ESTUDIOS						
Analfabetos	86,5	0,4	80,1	0,4	6,4	1,3
Primaria	2.033,5	8,9	1.952,6	8,8	80,9	16,0
Secundaria y programas de formación e inserción laboral	12.201,7	53,5	11.905,6	53,4	296,2	58,5
Superiores	8.491,9	37,2	8.368,6	37,5	123,2	24,3

Tabla 1.1. Trabajo remunerado en personas con y sin discapacidad ⁽²²⁾

tramos una importante diferencia entre las tasas de actividad de la población general (77% varones y 49% mujeres) y la población discapacitada (40,6% varones y 23,7% mujeres)⁽¹⁴⁾.

El tema laboral ha provocado gran interés en los últimos años siendo materia de estudio de autores como García Martín JM. et al. Estos estudios revelan la imagen prejuiciosa que mantienen las empresas ante las personas con discapacidad, mostrando una visión negativa en diversos aspectos relacionados con el desempeño de una actividad productiva: percepción de limitaciones en la movilidad, inferior preparación y menor rendimiento, problemas en las relaciones personales, precaria salud.

A estos aspectos se le añaden el coste económico de las adaptaciones técnicas del puesto de trabajo, la ignorancia o incumplimiento de la obligación de la cuota legal de contratación o el desconocimiento de las subvenciones⁽¹⁴⁾.

Como podemos observar en el gráfico, aunque hoy en día se contratan a personas con discapacidad, sigue existiendo una gran diferencia entre persona discapacitada y no discapacitada. Nos encontramos mayor número de contrataciones de personas sin discapacidad frente a personas con minusvalía, y dentro de este grupo, localizamos mayor número de discapacitados masculinos (57%) que femeninos (43%).

- POSTERGACIÓN DE LA MATERNIDAD

Hoy en día, la maternidad ha sufrido un gran cambio, debido a la incorporación a la vida laboral de la mujer, ya que la mujer en la actualidad antepone su posición laboral a la maternidad, pasando ser madre a un segundo plano. Por ello varios autores comentan los diferentes conceptos a lo largo de las distintas definiciones de una "madre".

Surgen varias definiciones sobre la madre postmoderna, con nuevos parámetros de evaluación, nuevas formas de participar en el juego social que implica nuevos vocabularios (coordinadora, acuerdo, movimiento social, movilización, redes, mesa de diálogo, reconciliación) en este contexto, la maternidad queda menos señalada como única condición definitoria de la mujer⁽²⁹⁾.

Según Alberdi I. et al (2000) las mujeres postmodernas, son definidas como "aquellas mujeres que asumen más directamente la orientación de su propia vida y que constituyen un colectivo de vanguardia en términos de estilos de vida y de preparación cultural, son las que están contribuyendo de manera más directa a la transformación del sentido de la maternidad y a la aparición de formas de maternidad menos convencionales (tener hijos a una edad más avanzada, al margen de la estabilidad de la pareja, maternidades menos intensivas...).

Por otro lado Henrietta Moore L. (1999: 39), sostiene que «el concepto de "madre" no se manifiesta únicamente en procesos naturales (embarazo, parto, lactancia, crianza), sino que es una construcción cultural erigida por muchas sociedades utilizando métodos distintos».

Es una creencia muy extendida que las mujeres son madres no sólo por el hecho biológico de parir, sino porque son más capaces de entender, escuchar y conocer sus necesidades.

Existen una serie de estereotipos sobre «la buena» y la «mala» madre. Estos estereotipos se sustentan, obviamente, en el mito de la maternidad como necesidad universal de las mujeres, ca-

racterizada por la absoluta abnegación, renuncia y dependencia hacia los hijos La buena «madre», según Swigart (1991), "es una mujer que sólo quiere lo mejor para sus hijos, que sabe intuir sus necesidades sin el menor esfuerzo".

Como contrapartida, "la mala «madre» es una mujer que se aburre estando con los hijos, narcisista, sin empatía, centrada en sus propios intereses, lo que la convierte en un ser insensible a las necesidades de sus hijos; unos hijos que acaban padeciendo trastornos psicológicos de los cuales la madre no es consciente".

Según Vázquez 2000, "La madre o la futura madre se siente presionada, puesto que por un lado sabe que tiene que ser «una buena madre» y debe dedicarse al cuidado de su hijo y, por la otra, siente la imperiosa necesidad de disfrutar de una vida personal propia y de una carrera profesional éxitos". En definitiva, tener hijos/as sin renunciar a otras aspiraciones o relaciones se aproxima al rol de la «mala» madre.

Según Araya & Biltrán et al. no solo no queda claramente establecido como un rol que valoriza a la mujer, sino que además los propios hijos empiezan a ser vistos como carga y considerados como interfiriendo en las motivaciones de realización profesional y deseos de tener una acción en la sociedad⁽¹⁰⁾.

La incorporación de la mujer al mercado y el surgimiento de nuevas formas de familia implican la recomposición de las actividades del hogar⁽³⁰⁾, esta incorporación no ha sido de manera equilibrada con la vida personal, suponiendo una sobrecarga que puede dar lugar al estrés.

Éste podría acarrear ansiedad, nerviosismo e incluso, falta de dedicación a los hijos y una desestructuración familiar⁽⁶⁴⁾. Hoy en día, la competitividad laboral, la lucha por el posicionamiento social y la priorización del bienestar y la calidad de vida son ejes centrales en el funcionamiento de las nuevas sociedades⁽³⁰⁾.

España sigue siendo el país con tasas más bajas de natalidad^(30,32). Por comunidades, Asturias y Galicia tuvieron las tasas más bajas en el año 2002 (6,39 y 7,18 por 1.000 habitantes), mientras Ceuta y Melilla, con distintos condicionantes culturales, contribuyen con la mayor tasa (14,64 y 18,10 por 1.000 habitantes, respectivamente).

Actualmente se antepone la finalización de los estudios, el bienestar, la estabilidad de la pareja, la estabilidad económica, geográfica... a la maternidad⁽³⁰⁾.

Según los últimos datos facilitados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la edad media de las mujeres que fueron mamás en España en 2011 fue de 31,06 años⁽³³⁾. Las vizcaínas son las españolas que más tardíamente tienen a sus hijos, a una edad media de 32,3 años, seguidas por las guipuzcoanas, con 32,19 años. Palencia y Coruña son las otras dos provincias donde la media de edad de las madres primerizas supera los 32 años. En el lado contrario, las mamás más "jóvenes" -por debajo de los 30 años de edad de media-, las encontramos en Ceuta^(15,20), Melilla y Almería^(17,21,33).

- ABUELAS CUIDADORAS

Las mujeres que participan en el sector remunerado y el no remunerado cuentan con redes informales de ayuda, entre las que destacaban las «abuelas»⁽³⁰⁾.

Según la evidencia disponible el cuidado de los nietos puede causar en sus cuidadores tanto efectos positivos como negativos, repercutiendo en la salud de estos.

A. Guijarro en el año 2001, define el síndrome de la abuela esclava como “un cuadro clínico relativamente frecuente, grave y a veces mortal que afecta a las mujeres adultas con responsabilidades directas de amas de casa, como consecuencia de la alteración negativa de factores personales (intrínsecos: psicológicos y educativos) y ambientales (extrínsecos: estrés familiar excesivo, con insuficiente apoyo familiar y social”⁽⁴⁾.

Este síndrome figura en la bibliografía básica del Instituto de Investigación y Capacitación de las Naciones Unidas para la promoción de la mujer como una tipología más de maltrato.

En esta misma línea el INSTRAW (Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas para la Promoción de la Mujer), ha reconocido el interés social del SAE y lo distingue como una de las más relevantes formas mundiales referidas al abuso de las mujeres mayores...

Así encontramos evidencia de que aunque llevar a cabo el cuidado de los nietos proporcione una satisfacción en la vida de los abuelos y los resultados demuestren que la calidad de las relaciones de ambos es fundamental para el bienestar de los abuelos y los nietos, estos cuidados perjudican a la salud mental del anciano⁽³⁴⁾.

En contraposición, Pérez Ortiz (2004) apunta que “el cuidado de los nietos proporciona un sentimiento de utilidad y continuidad ante la ruptura que implica la vejez”. Teoría a poyada por algunos estudios para los cuales el cuidado de los nietos mejora la salud física, emocional y mental de los cuidadores (Susa J Kelley, et al^(17,35)) y por otros para los que no hay pruebas donde se demuestran efectos negativos sobre la salud de la abuela cuidadora⁽⁴⁾.

Descrita la situación anterior es importante conocer la repercusión del cuidado de los nietos sobre el estado de salud de sus cuidadores. Encontramos en la literatura el cuestionario Duke- UNC.

Este es un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta likert (1-5), su rango de puntuación oscila entre los 11-55 puntos. La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, a menor puntuación menor apoyo⁽³⁵⁾.

En Andalucía, concretamente en la Diputación de Sevilla, se pone en marcha el programa de Abuelas Cuidadoras en 2006, a través del Área de Cohesión Social e Igualdad, y en colaboración con la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Se trata de diseñar unos talleres en los que se elaboran respuestas a los desequilibrios que se generan cuando la conciliación laboral y familiar de las mujeres trabajadoras se realiza a costa del sobreesfuerzo de la abuela.

El perfil habitual de las abuelas que participan es de 60 años, sin trabajo remunerado, procedentes del ámbito rural y con hijos e hijas que, por motivos laborales no pueden asumir sus obligaciones parentales.

La finalidad de este programa “es ofrecer a las abuelas cuidadoras un instrumento práctico contra el estrés y la sobrecarga, de modo que se mejore la calidad de vida de estas mujeres, hacer más cómoda la tarea que desempeñan cuando asumen la responsabilidad de cuidar y educar a sus nietos y nietas.

- LACTANCIA MATERNA

En la actualidad, muchas mujeres se enfrentan a la decisión de elegir el método de alimentación de lactancia materna o artificial considerando que tienen que volver al trabajo.

Es importante recalcar que las mujeres no consideran el trabajo como un impedimento para la lactancia materna, sino las condiciones laborales precarias o permisos laborales muy cortos⁽³⁵⁾.

De hecho según diversos estudios una causa identificada para el abandono de la lactancia materna es la separación materno-infantil y el trabajo materno. Además, muestra que la introducción de leche artificial suele darse por iniciativa propia o por el pediatra⁽³⁶⁾. Confirmando que en madres con trabajo remunerado, el principal factor explicativo de la duración de la LM es la reincorporación al trabajo tras el parto y la duración de la baja maternal⁽³⁷⁾.

Autores, como Fernanda Fernández M, indican que hay una mayor dificultad en mujeres con hijos lactantes para incorporarse al trabajo o permanecer en él, y que la LM puede plantear problemas de compatibilidad entre ésta y el empleo de la madre, en el caso de estar expuesta a elementos, sustancias o riesgos que puedan perjudicar la salud del hijo⁽³⁸⁾.

Este hecho también queda verificado al reiterar el derecho a las interrupciones diarias o a la reducción de jornada asociados a la lactancia. Ante ello, podemos aclarar que una trabajadora deberá poder disfrutar de sus vacaciones anuales en un periodo distinto del de su permiso de maternidad⁽³⁸⁾.

Sin embargo, este derecho queda subordinado en algunos casos, donde aparece visible la discriminación laboral que sufre en ocasiones la madre lactante. La catedrática anteriormente nombrada, M^a Fernanda F.L. expone que no se prevé la posibilidad de suspensión asociada a la situación de riesgo para la lactancia⁽³⁸⁾. Álvarez Cortés JC. et al. muestran un caso donde la madre lactante con riesgos laborales en este periodo pide la prestación económica de riesgo durante la LM y éste no se concede⁽³⁹⁾.

Métodos importantes para facilitar la lactancia materna en la madre trabajadora serían: el sistema de bombeo de leche, el almacenamiento de ésta y las guarderías con política de “protección de lactancia materna”. Sin embargo, encontramos que las barreras ante la lactancia materna de la mujer trabajadora, aparecen cuando existen dificultades para tener un sitio en el trabajo donde bombear leche y almacenar ésta posteriormente.

Y así según los datos hallados a nivel internacional, el mayor porcentaje de mujeres que inicia la lactancia materna corresponde a aquellas que trabajan a tiempo completo; en segundo lugar, encontramos las mujeres que trabajan a tiempo parcial y finalmente, las mujeres que permanecen en casa⁽⁴⁰⁾.

En Andalucía en 2004, el 82% de recién nacidos presentan lactancia exclusiva y predominante al nacer, disminuyendo en el primer mes a una cifra del 63%. Durante el tercer mes, la cifra inicial de lactancia disminuye a la mitad, un 40,5%. En los próximos meses se produce otro importante descenso de la lactancia pasando de un 26,5% en el cuarto mes a un 12,3% en el quinto mes. De modo que, alrededor de un 27% de los bebés son amamantados a los 6 meses y sólo un 7,7% de ellos reciben este alimento al cumplir el año⁽¹⁹⁾.

Sería relevante citar el Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía con el cual, se propone el diseño de un modelo que logre una atención más humanizada al nacimiento y crianza. De modo, que sea posible la compaginación del uso de la tecnología con la participación activa de las mujeres y sus parejas.

Así, una de sus líneas prioritarias de actuación es la promoción de la lactancia materna. En este sentido ponen en marcha el pasado año una campaña denominada “*Trabajar y amamantar es posible*” para reivindicar la necesidad de conciliar la incorporación al

mundo laboral de la madre con el mantenimiento de una lactancia materna exitosa⁽⁴¹⁾.

CONCLUSIONES

- Se sigue avanzando en la legislación y las políticas para la conciliación de la vida familiar y laboral pero éstas, siguen sin ser efectivas pues focalizan el peso de la conciliación en la mujer y no en ambos progenitores por igual.
- Aunque las desigualdades de género han disminuido en los últimos años, aún queda mucho que trabajar, para conseguir una igualdad plena entre hombres y mujeres. De hecho, la conciliación sigue siendo una cuestión de mujeres, cuando una mujer no puede conciliar; cuenta con otras mujeres (abuelas) o contratan a alguna otra.
- Para evitar una postergación de la maternidad sería conve-

niente la existencia de mejores políticas de conciliación, no sólo a nivel cuantitativo sino también cualitativo.

- En cuanto a las abuelas cuidadoras, aquellas que realizan un cuidado más completo padecen más estrés que las que realizan un cuidado parcial, donde predomina la depresión. También, encontramos peor salud en las abuelas que cuidan a los nietos, por obligación, para ayudar a sus hijas/os, frente a las abuelas que lo hacen por satisfacción ya que para ellas no supone un deber sino placer.
- La lactancia materna no es problema solo y únicamente de la madre, sino que también lo es de la familia y además, es un problema de salud pública. No resulta fácil, pero compatibilizar trabajo y lactancia materna es posible si se lleva a cabo, una estrategia y planificación adecuadas, contando con el apoyo social, familiar y profesional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ayuntamiento de Zaragoza. Plan de Igualdad entre hombres y mujeres. Zaragoza 2007-2011, Zaragoza: 1-43.
2. Artazcoz L, Borrell C, Merino J, García M, Juan J, Cruz S, y col. Desigualdades De Género En Salud: La Conciliación De La Vida Laboral y Familiar. Informe SESPAC: Soc Española Salud Pública y Adm Sanit.; 2002: 73-90.
3. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad - Servicios Sociales e Igualdad - Corresponsabilidad y conciliación de la vida personal, familiar y laboral [sede Web]. España [citado 3 6 Febr de 2018]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/iEmpleo/corresponsabilidad.htm>
4. Mestre-Miquel JM, Guillén-Palomares J, Caro-Blanco F. Abuelas cuidadoras en el siglo XXI: recurso de conciliación de la vida social y familiar. Portularia. 2012; 12 (extra): 231-238.
5. INE: Instituto Nacional de Estadística [sede Web]. España: INE; [citado 6 Febr de 2018]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
6. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. Boletín Oficial del Estado, nº 71, (22-03-2007). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>
7. La Liga de la Leche [sede Web]. España: La Liga de la Leche.es; 2008 [Actualizado 2016; citado 6 Febr de 2018]. Disponible en: http://www.laligadelaleche.es/lactancia_materna/legal.htm
8. Morán Barrio MA, González Hernando C. Comparación de la situación de la lactancia materna entre España y Noruega. Universidad de Valladolid. 2014; 1-28.
9. Cuadrón Andrés L, Samper Villagrasa MP, Álvarez Sauras ML, Lasarte Velillas JJ, Rodríguez Martínez G y col. Prevalencia de la lactancia materna durante el primer año de vida en Aragón. An Pediatr (Barc). 2013; 79(5): 312-318.
10. Solé C, Parella S. «Nuevas» expresiones de la maternidad. Las madres con carreras profesionales «exitosas». [sede Web]. RES. 2004 [citado 10 Febr de 2018]; 4: 67-89. Disponible en: <http://www.mendeley.com/catalog/nuevas-espresiones-lamaternidad-las-madres-con-carreras-profesionales-exitosas/>
11. Igareda González N. De la protección de la maternidad a una legislación sobre el cuidado. CEFD (Barc). 2009; 18:140-152.
12. Benavente Torres I. Intermediación e Igualdad entre sexos la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de Marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. Revista Trabajo (Huelva). 2007; 20: 97-136.
13. Little LM, Smith Major V, Hinojosa AS, Nelson DL. Professional Image Maintenance: How Women Navigate Pregnancy in the Workplace. Acad Manag [Internet]. 2015 [cited Febr de 2018]; 58(1): 8-37. Available from: <http://www.mendeley.com/catalog/professional-image-maintenance-women-navigate-pregnancy-workplace/>
14. López Gonzalez M. Discapacidad y género: Estudio etnográfico sobre mujeres discapacitadas. Educación y diversidad (Madrid); 2007; 137-172
15. Kelley SJ, Whitley DM, Campos PE. Behavior problems in children raised by grandmothers: The role of caregiver distress, family resources, and the home environment. Child Youth Serv [Internet]. 2011 [citado 3 Febr de 2018];33(11):2138-2145. Disponible en: <http://www.mendeley.com/catalog/behavior-problems-children-raised-grandmothers-role-caregiver-distress-family-resources-home-envir/>
16. Bachman HJ, Chase-Lansdale PL. 'Custodial Grandmothers' Physical, Mental, and Economic Well-Being: Comparisons of Primary Caregivers from Low-Income Neighborhoods. Fam Relat [Internet]. 2005 [cited 5 Febr 2018]; 54(4): 475-487. Available from: <http://www.mendeley.com/catalog/custodial-grandmothers-physical-mental-economic-wellbeing-comparisons-primary-caregivers-lowincome-n/>
17. Kelley SJ, Whitley PE, Campos PE. Grandmothers Raising Grandchildren: Results of an Intervention to Improve Health Outcomes. J Nurs Scholarsh [Internet]. 2010 [cited 3 Febr 2018]; 42(4): 379-386. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21091620>
18. AEP Comité de Lactancia Materna. Manual de Lactancia Materna: de la teoría a la práctica. España: Editorial Médica Panamericana; 2008.
19. Aguayo Maldonado J. La lactancia materna en Andalucía. Beca SAS 70/00. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de Salud; 2005. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/lactancia_andalucia.pdf
20. Martínez-Frías ML, Bermejo E, Rodríguez-Pinilla E, Dequino G. Evolución secular y por autonomías de la frecuencia de trata-

- mientos de fertilidad, partos múltiples y cesáreas en España. *Med Clin [sede Web]*. 2005 [citado 3 Febr 2018];124(4):132–139. Disponible en: <http://www.mendeley.com/catalog/evolucion-secular-y-por-autonomias-la-frecuencia-tratamientos-fertilidad-partos-multiples-y-cesareas/>
21. Obregón Yáñez LE. Primigesta de edad avanzada. *Obstet Ginecol Venez [sede Web]*. 2007 [citado 16 Febr 2018];67(3):152–166. Disponible en: http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S004877322007000300003&lng=pt&nrm=iso&tIng=es
 22. Atención de la salud materno infantil. Decreto 219/1985, de 9 de octubre. *BOJA*, nº 105, (08-11-1985).
 23. Derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento. Decreto 101/1995, de 18 de abril. *BOJA*, nº 72, (17-05-1995).
 24. Scherer S. The Social Consequences of Insecure Jobs. *Soc Indic Res [Internet]*. 2009 [cited 5 Febr 2018];93(3):527–547. Available from: <http://www.mendeley.com/catalog/social-consequences-insecure-jobs/>
 25. Hilbrecht M, Lero DS. Self-employment and family life: constructing work–life balance when you’re “always on.” *Community Work Fam [Internet]*. 2013 [cited 6 Febr 2018];17(1):20–42.
Available from: <http://www.mendeley.com/catalog/selfemployment-family-life-constructing-worklife-balance-youre-always/>
 26. Chinchilla N, Poelmans S, León C. Mujeres directivas bajo el techo de cristal. Directivas en la Empresa: criterios de decisión y valores femeninos en la Empresa. 2005; 1-5.
 27. Chinchilla N. ¿Techo de cristal o de techo de cemento? [sede Web]. España. [14 Dic 2012; citado 17 Febr 2018]. Disponible en: <http://blog.iese.edu/nuriachinchilla/2012/12/techo-de-cristal-o-de-techo-decemento/>
 28. Burin M. Género y Psicoanálisis: Subjetividades femeninas vulnerables. 1996; Disponible en: www.psiconet.com/foros/genero.
 29. Molina ME. Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer. *Psyke (Santiago) [sede Web]*. 2006 [citado 15 Febr 2018];15(2):93–103. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071822282006000200009&lng=es&nrm=iso&tIng=es
 30. Maroto-Navarro G, García-Calvente M del M, Mateo-Rodríguez I. El reto de la maternidad en España: dificultades sociales y sanitarias. *Gac Sanit [sede Web]*. 2004 [citado 10 Febr de 2018] 18:13–23. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S021391112004000500004&script=sci_arttext
 31. Pérez Colao C, Sánchez Vidal M^a E. Igualdad de Género en el ámbito Laboral y estudio sobre conciliación laboral y personal en familias monoparentales. Universidad Politécnica de Cartagena. 2014: 1-69.
 32. Jurado García E, Baena Antequera F, Ruiz Ferrón M^aC. Adaptación psicosocial al embarazo de gestantes de un centro de salud rural. *Evidentia*. 2015; 12(49). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n49/ev9707.php>
 33. INE [sede Web]. España: 2011 [citado 16 Febr 2018]. Disponible en: <http://www.webconsultas.com/el-embarazo/quedarse-embarazada/la-edad-media-para-ser-madre-en-espana-es-los-31-anos-3307>
 34. Goodman CC. Caregiving grandmothers and their grandchildren: Well-being nine years later. *Child Youth Serv [Internet]*. 2012 [cited 6 Febr 2018];34(4):648–654.
Available from: <http://www.mendeley.com/research/caregiving-grandmothers-grandchildren-wellbeing-nine-years-later/>
 35. Muñoz-Pérez MA, Zapater-Torras F. Impacto del cuidado de los nietos en la salud percibida y el apoyo social de las abuelas. *Atención Primaria [sede Web]*. 2006 [citado 13 Febr 2018];37(7):374–379. Disponible en: <http://www.mendeley.com/research/impacto-del-cuidado-los-nietos-en-la-salud-percibida-y-el-apoyo-social-las-abuelas-1/>
 36. Lapresa LMB. Estudio multivariante sobre la prevalencia de la lactancia materna en el centro-norte de España. *Dialnet [sede Web]*. 2007 [citado 8 Febr 2018];41(589):589–612.
Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2523486>
 37. V. Escribà Agüir C. Colomer Revuelta RMP. Duración de la lactancia materna y actividad laboral. *An Esp Pediatr [sede Web]*. 1996 [citado 10 Febr 2018];44:437–441. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-5-7.pdf>
 38. Ernanda MAF, Ópez FEL, Derecho C De, Social S. Protección antidiscriminatoria y prevención de riesgos laborales. *Dialnet [sede Web]* 2005 [citado 10 Oct 2017];11–68. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1289811>
 39. Álvarez Cortés JC, Plaza Angulo JJ. Sobre el reconocimiento del derecho a la protección por riesgo durante la lactancia natural. *Temas Laborales*. 2011; 111: 195–210.
 40. Lawrence RA, Robert M. Lawrence. Lactancia Materna. Una guía para la profesión médica. Elsevier. 2007;6.
 41. Consejería de Salud y Bienestar Social. Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal en Andalucía. Junta de Andalucía; 2012.

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL SÍNDROME DE BURNOUT ENTRE ENFERMERÍA QUE ATIENDE A PEDIATRÍA Y A ADULTOS

COMPARATIVE ANALYSIS OF BURNOUT SYNDROME AMONG NURSES SERVING PEDIATRICS AND ADULTS

■ ELISABET ESCOBEDO-MESAS. ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.
 ■ PEDRO BERNAL-HERRERA. ENFERMERO. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.
 ■ ANTONIO GRANDE-TRILLO. LICENCIADO EN MEDICINA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA.
 ■ RAFAEL JOSÉ GRANDE-TRILLO. ENFERMERO2 HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE, MADRID.
 ■ CENTRO DONDE SE HA REALIZADO EL TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.
 FINANCIACIÓN: NINGUNA. CONFLICTO DE INTERESES: NINGUNO. SE HACE CONSTAR QUE FUE ENVIADO COMO COMUNICACIÓN AL VI CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA.

RESUMEN: Introducción: Se planteó como objetivo comparar el síndrome de burnout de los profesionales de enfermería pediátrica respecto a los profesionales de enfermería que atienden a pacientes adultos en un mismo hospital.

Metodología: Estudio transversal y descriptivo, que contó con una muestra de 30 enfermeros, 15 de hospitalización pediátrica y 15 de adultos. Se utilizó el cuestionario validado de Maslach para la recogida de datos.

Resultados: En contra de la bibliografía previa no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en los aspectos valorados por Maslach entre los dos grupos de profesionales. Ninguno de los enfermeros de ambos ámbitos laborales cumplía los criterios para el diagnóstico de síndrome de Burnout. Así mismo, no se obtuvo una buena correlación entre la edad de los profesionales y los años trabajados en el servicio con ninguna de las categorías valoradas por el cuestionario.

Conclusiones: En nuestra muestra, los valores de estrés laboral no son atribuibles a la edad, al tiempo de pertenencia al servicio, ni tampoco al paciente pediátrico. Sugerimos un estudio con mayor número de muestra y multicéntrico en el que además se incluyan otro tipo de factores que puedan asociarse al desarrollo del síndrome de Burnout así como valorar unidades de cuidados especiales.

PALABRAS CLAVES: Agotamiento Profesional, seguridad, enfermeras pediátricas, enfermería

ABSTRACT: Introduction: So our aim is to compare the burnout of pediatric nurse practitioners with the burnout of adult nurse practitioners in the same hospital.

Method: A cross-sectional descriptive study was completed. It included a sample of 30 nurses, 15 of them developed their work in a pediatric care unit and the others 15 in adults unit. Participation was anonymous and voluntary. Maslach validated questionnaire was assessed for data collection.

Results: In the opposite of previous literature, no statistically significant differences were observed in aspects valued by Maslach questionnaire between two groups of nurses. Anybody met criteria for the diagnosis of Burnout syndrome. Also, it did not exist a good correlation between age and length stay in the same unit with any of the categories assessed by the questionnaire.

Conclusions: In our sample, the values of workplace stress do not seem to be attributable to age, length stay in the same service or pediatric patient care. We suggest further multicenter and larger studies which evaluate other factors that may be associated to the development of burnout syndrome and to consider special care units in the studies.

KEY WORDS: Professional burnout, safety, pediatric nurse practitioners, nursing

INTRODUCCIÓN:

Varios estudios recientes de Aiken LH et al., Weinberg DB et al. y Boev C. han demostrado que un buen ambiente de trabajo promueve la mejora de los resultados clínicos del paciente y mejora el nivel de satisfacción de éstos. Por otro lado, la bibliografía se inclina porque el área pediátrica podría tener más factores de riesgos de fatiga para el personal, encontrando en la exposición constante al sufrimiento infantil el motivo de este riesgo (Robins et al. y Branch C et al.) a lo que además hay que añadirle los efectos asociados de la crisis económica actual, que generan un aumento de los pacientes asignados por enfermera debido a la falta de personal, gran escasez de recursos y disminución del tiempo efectivo por tarea entre otros. Todo esto en última instancia tiene un impacto en la seguridad del paciente a cuidar por lo que la motivación del personal sanitario es vital.

Nuestro objetivo es comparar el agotamiento profesional de los profesionales de enfermería pediátrica respecto a los profesionales de enfermería que atienden a pacientes adultos en un mismo hospital.

MÉTODO:

Estudio transversal y descriptivo, que contó con una muestra de 30 enfermeros. El primer grupo se formó de 15 profesionales de enfermería que realizaban su jornada laboral habitualmente en una planta de hospitalización de pediatría y el segundo grupo se formó de 15 profesionales que realizaban su jornada laboral habitualmente en una planta de hospitalización de adultos. Ambas muestras fueron seleccionadas del mismo centro de trabajo. La muestra en ambos grupos se formó por inclusión consecutiva de aquellas personas que se mostraron voluntarias a la participación.

Para valorar el agotamiento profesional, se utilizó un cuestionario validado (Cuestionario de Maslach) para estimar los riesgos psicosociales de los profesionales enfermeros. El cuestionario consta de 22 preguntas con 7 opciones de respuesta puntuadas del 0 al 6 (nunca, pocas veces al año, una vez al mes, unas pocas veces al mes, una vez a la semana, pocas veces a la semana y todos los días). Las respuestas son catalogadas en tres dimensiones diferentes: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Estas tres dimensiones obtienen una puntuación en función de las diversas respuestas del profesional, que permiten catalogarlas en niveles: bajo, medio y alto.

Se ha realizado un estudio descriptivo de la muestra diferenciándola en los subgrupos de enfermeros ya explicados anteriormente. Además, se han analizado mediante test no paramétrico la existencia de diferencias en los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal de ambos subgrupos. Finalmente, se ha valorado la correlación entre la edad y el tiempo trabajado en la unidad con los

RESULTADOS:

A nivel descriptivo, los enfermeros de la muestra que desarrollaban su labor con niños tenían una edad media de 44 ± 7 años y llevaban en el servicio una media de 7 ± 5 años, mientras que los enfermeros de la muestra que dedicaban sus cuidados a adultos presentaban una edad media de 51 ± 8 años y llevaba 15 ± 12 años en el servicio.

Los datos recogidos de las tres categorías analizadas se muestran de forma resumida en la tabla 1. Respecto al cansancio o agotamiento emocional es bajo en líneas generales, ya que el 73% de los profesionales de ambos grupos se encontraban dentro del nivel bajo y solo un 13% del grupo de enfermeros que trabajan con adultos entró dentro de la categoría de alto cansancio emocional en la que no hubo ninguno del otro grupo.

Datos de enfermería dedicada al adulto								
Cansancio emocional	n	%	Despersonalización	n	%	Realización personal	n	%
Nivel bajo	11	73	Nivel bajo	11	73	Nivel bajo	5	33
Nivel medio	2	13	Nivel medio	1	7	Nivel medio	4	27
Nivel alto	2	13	Nivel alto	3	20	Nivel alto	6	40
Datos de enfermería dedicada a pediatría								
Cansancio emocional	n	%	Despersonalización	n	%	Realización personal	n	%
Nivel bajo	11	73	Nivel bajo	10	67	Nivel bajo	7	47
Nivel medio	4	27	Nivel medio	3	20	Nivel medio	2	13

Tabla 1

El nivel de despersonalización también es mayoritariamente bajo, pues un 67% de los profesionales que trabajan en pediatría se encontraba dentro de este rango y un 73% de los profesionales que trataban con adultos. El porcentaje de enfermeros que presentó un nivel alto de despersonalización fue ligeramente superior en profesionales que trabajan con adultos, un 20% frente a un 13%, aunque estas diferencias no resultaron estadísticamente significativas.

Los profesionales se distribuyeron más homogéneamente entre las categorías cuando se trata de la realización personal. El 50% de los enfermeros de pediatría mostraba un nivel bajo de realiza-

ción personal y el 43% alto. En los profesionales que trataban con adultos solo el 33% se ubicó en un nivel bajo, el 27% en el medio y el 40% en el alto, nuevamente sin significación estadística para las pequeñas diferencias encontradas.

En base a los resultados anteriormente expuestos y siguiendo criterios de Maslach, ninguno de los enfermeros de ambos subgrupos cumplía criterios de síndrome de Burnout.

Así mismo, no existía una buena correlación entre la edad y los años en el servicio con respecto a los niveles de cansancio emocional, despersonalización y realización personal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

A diferencia de la bibliografía encontrada, nuestros datos sugieren que no es tal la diferencia entre los profesionales que trabajan con adultos y con los desarrollan su trabajo con niños, pues en nuestra muestra no hubo diferencias estadísticamente significativa en ninguno de los aspectos valorados por la escala de Maslach e incluso existió un mayor número de profesionales que tratan con adultos con nivel alto de agotamiento emocional y despersonalización.

Además, aunque el tamaño muestral no es suficiente para establecer una comparación multivariante, la ausencia de correlación entre la edad y tiempo en la unidad nos hace pensar que no son la causa de no haber encontrado diferencias entre los subgrupos de enfermeros.

El agotamiento de los profesionales sanitarios repercute directamente en los cuidados y la salud de los pacientes, por ello es fundamental saber que profesionales tienen más riesgo de presentar síndrome del Burnout para implementar medidas que lo eviten.

Consideramos que el estudio es interesante pese a la limitación de la escasa muestra recogida. Es recomendable realizar un estudio con mayor número de muestra y multicéntrico en el que además se incluyan otro tipo de factores que puedan asociarse al desarrollarse al desarrollo del síndrome de Burnout así como valorar unidades de cuidados especiales que en ocasiones están más expuestas al estrés laboral.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Branch C, Klinkenberg D. Compassion Fatigue Among Pediatric Healthcare Providers. MCN Am J Matern Child Nurs. 2015; 15.
2. Boev, C. The relationship between nurses' perception of work environment and patient satisfaction in adult critical care. Journal of Nursing Scholarship. 2012; 44(4): 368–375.
3. Weinberg DB, Avgar AC, Sugrue NM, Cooney-Miner D. The importance of a high-performance work environment in hospitals. Health Services Research. 2013; 48(1): 319–332.
4. Robins, P. M., Meltzer, L., & Zelikovsky, N. The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. Journal of Pediatric Nursing. 2009; 24(4): 270–279.

PREVALENCIA DE ONICOPATÍAS EN ENFERMOS RENALES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS

PREVALENCE OF ONICOPATÍAS IN RENAL PATIENTS UNDERGOING HEMODIALYSIS

■ ESPERANZA CRUZ GARCÍA. DUE. HOSPITAL QUIRÓN SAGRADO CORAZÓN (SEVILLA).
 ■ MAURICIO CRUZ BAJO. DUE Y DIPLOMADO UNIVERSITARIO EN PODOLOGÍA. CENTRO DE DIÁLISIS BELLAVISTA (SEVILLA).

RESUMEN: El objetivo de nuestro estudio es valorar la prevalencia de enfermedades de las uñas de los pies en enfermos renales sometidos a tratamiento de hemodiálisis puesto que constituye un problema doloroso y estético que puede afectar al paciente en el caso de cualquier complicación. Para ello vamos a llevar a cabo un estudio observacional descriptivo desarrollado en el Centro de Diálisis Bellavista con una muestra de 62 paciente que componen el total de pacientes en el momento del estudio, excluyendo a 3 pacientes que presentan amputaciones de miembros inferiores. Las variables de estudio fueron el tiempo en hemodiálisis que llevaban los pacientes en el momento del estudio, el sexo y la edad del paciente.

PALABRAS CLAVES: onicopatías, enfermedad renal, enfermería, hemodiálisis, pies.

ABSTRACT: The aim of our study was to assess the prevalence of diseases of the toenails in kidney patients undergoing hemodialysis treatment since it is a painful and aesthetic problem that can affect the patient in the event of any complication. We are going to carry out an observational descriptive study developed at the Bellavista Dialysis Center with a sample of 62 patients comprising the total of patients at the time of the study, excluding 3 patients with lower limb amputations. The study variables were time hemodialysis patients carrying at the time of the study, sex and age of the patient.

KEY WORDS: onicopatías, kidney disease, nursing, hemodialysis, feet.

INTRODUCCIÓN:

La Insuficiencia Renal Crónica (I. R.C.) se define como la presencia de una alteración estructural o funcional renal (en sedimentos, pruebas de imagen o la histología) que persiste más de 3 meses, con o sin deterioro de la función renal, o un filtrado glomerular < 60 ml/min, 1'73 m² sin otros signos de lesión renal. (1)

La insuficiencia renal crónica es un síndrome con manifestaciones clínicas muy variadas que afecta a la mayor parte de órganos y sistemas, lo cual es un reflejo de la complejidad que las funciones del riñón desempeña en condiciones fisiológicas, así como de las severas consecuencias que comporta la disfunción renal. La prevalencia e incidencia de la IRC terminal se ha incrementado en las últimas décadas de forma exponencial, lo que la convierte en un grave problema de salud pública.

Entre las enfermedades sistémicas más comunes que se asocian a manifestaciones cutáneas, se encuentra la enfermedad renal. Tanto la piel como sus anejos se ven afectadas cuando existe un deterioro crónico de la función renal.

Independientemente de la causa, las manifestaciones más frecuentes que se dan en la piel y sus anejos son palidez cutánea y ungüal, uñas mitad y mitad, prurito, hiperpigmentación cutánea entre otros.

El paciente con insuficiencia renal crónica en estadio V precisa de tratamiento sustitutivo para restablecer la función renal, siendo la hemodiálisis el tratamiento de elección en la mayoría de estos pacientes.

La Hemodiálisis es un proceso empleado en sujetos con nefropatía en estadio V, en el que a través de una membrana semipermeable sintética sustituye a los glomérulos y túbulos renales actuando como filtro. Los requisitos para la Hemodiálisis son tener acceso a la circulación del paciente a través de fístula arteriovenosa o a través de catéter venoso central, disponer de un dializador con

membrana semipermeable y tener una solución de dializado apropiada con acetato, bicarbonato y agua ultrapura. El objetivo de la hemodiálisis son extraer las sustancias nitrogenadas tóxicas de la sangre y el exceso de agua. Se agraga heparina a la sangre, para prevenir su coagulación y se hace pasar por medio de líneas de diálisis a la membrana semipermeable donde las toxinas y los productos de desecho se extraen por difusión, dejando pasar las partículas en función de su tamaño.

Según un estudio realizado por Dyachenko P, Monselise A, Shustak A et al. (2) con 77 pacientes sometidos a hemodiálisis, 48 de ellos (62,3%) tenía algún tipo de patología ungüal. En dicho estudio se comparó a 73 enfermos con IRC sin estar sometidos a hemodiálisis, y 77 enfermos sometidos a hemodiálisis. La prevalencia de las alteraciones ungüales en pacientes con IRC se ve influenciada significativamente por los valores de la parathormona, lo que sugiere un posible rol de hiperparatiroidismo secundario en el daño ungüal, mientras que la hemodiálisis no mejora los trastornos ungüales, al contrario, de hecho, la prevalencia aumenta con el tiempo de diálisis, sobre todo en las uñas mitad y mitad, ausencia de lúnula, hemorragias subungüales, onicolisis y Línea de Beau; y puede estar asociado a las comorbilidades (diabetes, insuficiencia cardíaca, hipertensión) que padecen los enfermos sometidos a hemodiálisis.

En otro estudio caso-control realizado por Un Salem, Al Moka-dem S, Attwa E et al. sobre cambios en las uñas de los pacientes con IRC en hemodiálisis se cogió una muestra de 100 pacientes sometidos a tratamiento dialítico resultando que el 76% padecían alteraciones ungüales siendo las uñas mitad-mitad la alteración más frecuente en un 20%, onicolisis, uñas quebradizas, líneas de Beau. Hubo correlación no significativa entre los cambios en las uñas y edad de los pacientes o la duración de la hemodiálisis.(3)

Esto, junto al envejecimiento de un gran número de nuestros pacientes llevará consigo una serie de alteraciones ungüales que dará lugar a nuestro estudio.

En el envejecimiento de la uña (4) los cambios biológicos e histológicos más importantes que se dan a nivel de la uña son:

- Aumento del contenido de calcio.
- Descenso del contenido de hierro.
- Afectación de la epidermis del lecho ungüeal con disminución del tejido elástico.
- Engrosamiento de la pared de los vasos sanguíneos subungueales.
- Aumento de residuos nucleares de los queratinocitos en las células de la lámina ungüeal.
- Disminución en el crecimiento ungüeal.

La Insuficiencia Renal Crónica afecta en la deficiencia de hierro, ácido fólico y vitamina B12, causando anemia que también repercutirá en trastornos de las uñas (5).

Clasificación de onicopatías(4) encontradas en nuestros pacientes en tratamiento de diálisis:

- Líneas de Beau: surcos transversales laminares que indican una detección de la actividad de la matriz a consecuencia de una enfermedad, traumatismo, paroniquia o corte incorrecto.



(colección propia)

- Onicosis: despegamiento de las uñas de su lecho subyacente (con persistencia de unión con la matriz). La parte despegada comienza a separarse en el extremo distal a consecuencia de una falta de adhesión al lecho por traumatismos, humedad, o enfermedad del propio lecho ungüeal.



(colección propia)

- Onicodistrofia: lesión cicatricial de la matrix que ocasiona la falta de crecimiento o crecimiento anormal de la lámina ungüeal.



(colección propia)

- Onicogrifosis: onicopatía del envejecimiento por excelencia. Se produce sobre todo en el primer dedo, debido a traumatismos repetidos, problemas biomecánicos, trastornos de la circulación, neuropatías periféricas, psoriasis y onicomycosis.



(colección propia)

- Onicomycosis: infección ungüeal por cualquier tipo de hongo. El cuadro clínico más frecuente es la onicomycosis subungüeal distal y lateral, que tras años de evolución se convierte en onicomycosis distrófica total.



(colección propia)

- Onicocriptosis: la uña se introduce en los pliegues ungueales laterales provocando una reacción de cuerpo extraño con el consiguiente desarrollo de inflamación (paroniquia).



(colección propia)

- Psoriasis (Pits): depresiones puntiformes en la lámina ungueal que suele ser indicativo de afección ungueal psoriásica también llamado signo de mancha en aceite.



(colección propia)

- Uñas mitad-mitad: término que hace referencia a las uñas divididas en dos mitades. La parte proximal es blanca y la parte distal rojiza. Se cree que se debe a un acúmulo de gránulos de melanina aumentado en las capas basales de la epidermis ungueal y en la lámina ungueal. El mecanismo fisiopatológico no está del todo claro, una hipótesis propone el aumento de la concentración tisular de la hormona estimulante de melanocitos β , debido a su pobre dializancia. (6)(7)



(colección propia)

MATERIAL Y MÉTODOS:

Para realizar el estudio se incluyeron los 62 pacientes del Centro de Diálisis Bellavista de Sevilla en el momento del estudio, excluyendo a 3 pacientes que presentaban amputaciones de miembros inferiores.

Para describir las patologías en las uñas más frecuentes en nuestra población de estudio realizamos un estudio observacional descriptivo en un momento dado, a través de la realización de fotografías, una por paciente de ambos pies con cámara de móvil smartphone BQ de la misma manera para su posterior estudio y diagnóstico por un único observador para minimizar errores y unificar criterios.

Las variables que incluimos para su posterior comparación y establecer posibles relaciones causa-efecto fueron:

Sexo:	-Hombre. (63%)
	-Mujer. (37%)
Tiempo en diálisis:	-1 a 5 años. (67,7%)
	-6 a 10 años. (14,5%)
	-11 a 15 años. (9,6%)
	≥ 16 años. (8%)
Edad:	-30 a 39 años. (6,45%)
	-40 a 49 años. (14,5%)
	-50 a 59 años. (17,7%)
	-60 a 69 años. (22,6%)
	-70 a 79 años. (22,6%)
	-80 a 89 años. (16,1%)
Tipo de onicopatía más frecuente:	
	-Uñas mitad y mitad. (27,4%)
	-Onicomycosis. (17,7%)
	-Onicogriposis. (17,7%)
Prevalencia de onicopatía:	
	-Lineas de Beau. (4,8%)
	-Ausencia de enfermedad. (16,1%)
	-Onicosis. (3,2%)
	-Onicodistrofia. (1,6%)
	-Onicocriptosis. (9,6%)
	-Psoriasis. (1,6%)

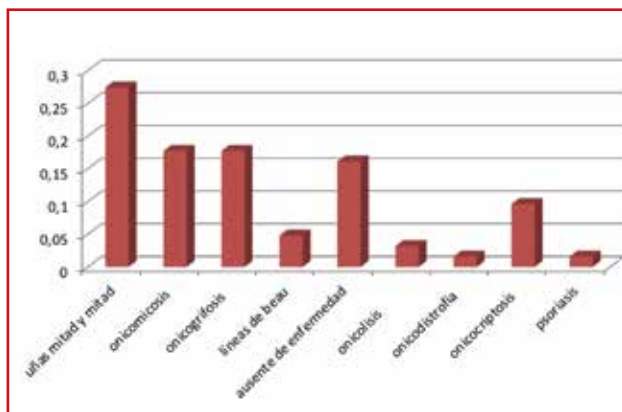
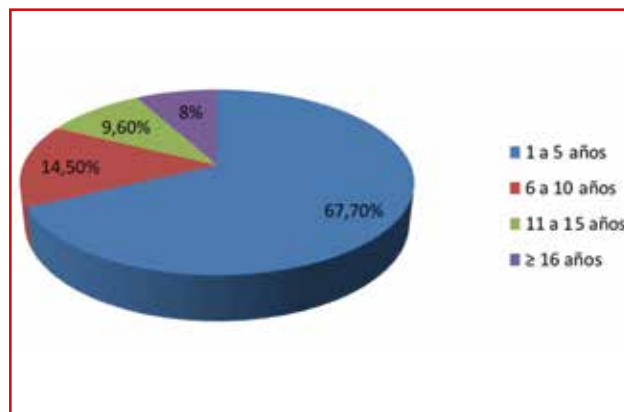
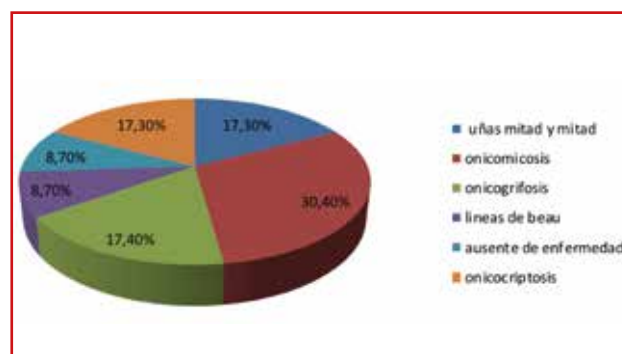
RESULTADOS:

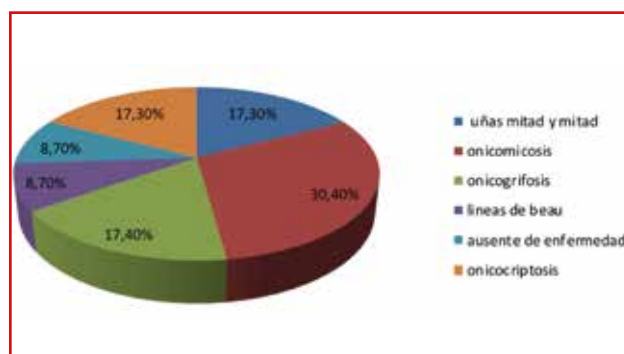
Diagrama de barras de onicopatías en nuestro centro.



Esquema circular de tiempo que lleva el paciente en Hemodiálisis.



Esquema circular de onicopatías mas frecuentes en hombres



Esquema circular de onicopatías mas frecuentes en mujeres

DISCUSIÓN:

En relación al estudio realizado por Un Salem, Al Mokadem S, Attwa E et al. (3) en el que la onicopatía más frecuente fue las uñas mitad y mitad en un 20 %, nuestro estudio revela un resultado similar con un 27,4 % en total respecto a las onicopatías de uñas mitad y mitad.

En segundo lugar como onicopatías mas prevalentes siguen la onicomiosis y la onicogriposis con un 17,7% cada una, al guardar relación este tipo de patología según estudios previos (8) (9),

con la elevada edad de un alto número de nuestra población de estudio siendo los mayores de 60 años 45,2% del total de nuestra muestra.

En una muestra comparativa entre los años que lleva el paciente en hemodiálisis y la patología ungueal más frecuente que en nuestro caso es la uña mitad y mitad, revela que los pacientes que lleven más de 5 años en hemodiálisis son más propensos a padecer uñas mitad y mitad, guardando relación con la no dializancia de los melanocitos (6) (7).

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Lorenzo Sellarés V., López Gómez J.M. 2010. Nefrología al día 335-337.
- (2) Dyachenko P, Monselise A, Shustak A et al. Nail disorders in patients with chronic renal failure and undergoing haemodialysis treatment: a case-control study. J EADV 2007; 21: 340-344.
- (3) Salem A, Al Mokadem S, Attwa E, Abd El Raoof S, et al. Nail changes in chronic renal failure patients under haemodialysis. J Eur Acad Dermatol Venereol 2008;22(11):1326-1331.
- (4) Hidalgo Ruiz S, Benhamú Benhamú S, Gijón Noguero G. Alteraciones de piel y uñas en el anciano. Revista Española de Podología 2007; XVII(6); 264-273.
- (5) Vargas Herrera R. Hemodiálisis práctica para enfermeras y estudiantes de enfermería 2005; 251-252.
- (6) Kurban MS, Boueiz A, Kibbi AG. Cutaneous manifestations of chronic kidney disease. Clin Dermatol 2008;26(3);255-264
- (7) Markova A, Lester J, Wang J, et al. Diagnosis of common dermatopathies in dialysis patients: a review and update. Semin Dial. 2012;25(4):408-18
- (8) Mosquera Fernandez A, Gil Manso P, Romero Soto M et al. Estudio de patologías sistémicas y podológicas en las personas mayores de 65 años atendidas en el programa de podología itinerante 2006. Revista Española de Podología 2009; 20(5):182-186-
- (9) Carmona López A, Campo Guerrero C, Reina Bueno M. Alteraciones de los pies en una población geriátrica; Podoscopio 2012; 54:1019-1026

PINCIPALES CAUSAS DE LA NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON CPAP (PRESIÓN CONTINUA POSITIVA DE AIRE)

PRINCIPAL CAUSES OF NON ADHERENCE TO TRATMEN WITH CPAP (CONTINUOUS POSITIVE PRESSURE AIR)

■ LIDIA MARTÍNEZ MARTÍNEZ. RESIDENCIA DE ANCIANOS VITALIA MAIRENA S.L. SEVILLA.
 ■ MARÍA VICTORIA LEAL ROMERO. UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA. SEVILLA.
 ■ M^a ÁNGELES CARRASCO CEJUDO. UNIDAD DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

RESUMEN: El síndrome de apnea-hipoapneas obstructivas del sueño (SAHOS) es un trastorno caracterizado por una obstrucción de la vía aérea superior, interrumpiéndose la respiración y provocando una hipoxia transitoria. Existen diferentes tratamientos para esta enfermedad, entre ellos, el quirúrgico, pero la terapia de elección principal, consiste en dispositivos de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). Se calcula que el porcentaje de los pacientes que no se adhieren al tratamiento con CPAP oscila entre 30 y el 60%. Problemas con la mascarilla, con la presión del aire, insomnio por la ansiedad que le provoca soportar el dispositivo o ruidos de la máquina son unos forman parte de los principales problemas de la desadaptación de los pacientes, que incluso dejan de seguir e incluso abandonan al tratamiento.

PALABRAS CLAVES: CPAP, somnolencia, apnea, obstrucción vía aérea.

ABSTRACT: Obstructive sleep apnea-hypoapnea syndrome (OSAHS) is a disorder characterized by obstruction of the upper airway, interrupting breathing and causing transient hypoxia. There are different treatments for this disease, including the surgical one, but the main therapy of choice consists of continuous positive airway pressure (CPAP) devices. It is estimated that the percentage of patients who do not adhere to CPAP treatment ranges from 30 to 60%. Problems with the mask, with the pressure of the air, insomnia by the anxiety that causes him to support the device or noises of the machine are some of the main problems of the misadaptation of the patients, who even stop to follow and even abandon to the treatment.

KEY WORDS: CPAP, drowsiness, apnea, airway obstruction.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de apnea-hipoapneas obstructivas del sueño (SAHOS) es un trastorno caracterizado por una obstrucción de la vía aérea superior, interrumpiéndose la respiración y provocando una hipoxia transitoria. Se estima que la prevalencia de la enfermedad está entre el 4%-5% en la población general. Requiere para su diagnóstico un estudio objetivo como es la polisomnografía, que consiste en un estudio del sueño del paciente para registrar, entre otros parámetros, el nivel de oxígeno en sangre, la frecuencia cardiaca, la frecuencia respiratoria, el esfuerzo respiratorio y los ronquidos o cualquier otro sonido que produzca el paciente durante el descanso. Por otro lado, necesitaremos un estudio subjetivo, como es el Test de Epworth, consistente en una escala y una puntuación obtenida mediante una serie de preguntas al paciente.

El tratamiento de elección inicial consiste en dispositivos de presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) que generan un flujo de aire nasal, oronasal, u oral continuo que, mediante una tubuladura y mascarilla, llega al paciente, impidiendo el colapso de la vía aérea durante el sueño. Sus resultados se reflejan en una reducción de la somnolencia diurna, mejora el desempeño a nivel cognitivo, estabiliza la presión arterial y disminuye la activación simpática y la mortalidad, ya que reduce los accidentes de tráfico, y laborales, al eliminar la somnolencia diurna excesiva.

La definición de adherencia a la CPAP más frecuente utiliza los datos obtenidos en pacientes con un uso mayor de cuatro horas al menos el 70% de las noches monitorizadas. Es importante

tener en cuenta también la cantidad de noches de uso, ya que el abandono aunque sean algunas noches puede hacer que persistan algunos síntomas de SAHS como somnolencia diurna. Se calcula que los pacientes que no se adhieren al tratamiento con CPAP están entre 30 y el 60% de los que son evaluados un año después del inicio de la terapia.

Son varios los motivos por los que la adherencia al tratamiento disminuye o desaparece. Lo dividiremos en varias categorías para poder explicarlos mejor.

- Problemas con la mascarilla: una de las molestias principales derivadas de la mascarilla es la presión que ejerce ésta en las zonas de apoyo. Esto depende de la anatomía facial del paciente y aunque sea la talla adecuada, pueden existir fugas de aire o sencillamente no pueden adaptarse a la forma craneofacial del paciente. Otros motivos relacionados con la mascarilla incluyen la irritación y/o abrasiones de la piel o reacciones alérgicas.

Para resolver estos problemas, primero comenzaremos por la elección adecuada de la mascarilla tanto en tamaño como en forma. Un estudio de Mortimore afirma que los pacientes con máscara nasal usan una hora más la CPAP que los que usan máscara oronasal.

Usaremos lociones para hiperhidratar las zonas de presión, como aceite de almendras o ácidos grasos hiperoxigenados. Además existen apósitos, como los hidrocoloides, que previenen o eliminan lesiones por presión.

- Presión de aire: intolerancia a la presión generada por el aparato, dificultad en la exhalación, dificultad para respirar por la presión. Esto genera una sensación de claustrofobia, que también supone un motivo muy elevado de falta de adherencia al tratamiento, según hemos visto en nuestro estudio.

Por lo general se debe a una máscara inadecuada para el paciente, bien por un material no tolerado o por una talla incorrecta.

El facultativo podría modificar los parámetros de la CPAP, disminuyendo la presión del flujo de aire, sopesando el tipo de apnea-hipopnea del paciente.

- Vía aérea: se incluye la obstrucción nasal y la resequead en boca y/o nariz. Entre los más comunes, destacan la sensación de resequead oronasal, congestión, rinorrea, estornudos frecuentes, y aerofagia hasta en un 65% de los pacientes.

Otros síntomas como resequead ocular y/u ojo rojo, Los síntomas de resequead oral y nasal pueden tratarse casi todos con el uso de lavados salinos previos a dormir y en el momento de despertarse al igual que colocación de ungüentos hidratantes.

- Insomnio, cefalea y ruidos: Además del uso de silenciadores se les recomienda el uso de enmascaradores de fondo como música suave o inductores del sueño, cuando existe un poco tolerancia al ruido residual.

observar los efectos que vienen asociados a los principales. La causa mas frecuente junto a la principal son los problemas con la mascarilla que supone un 14%, siguiéndole con un 12% las fugas. Tras esto, esta la sequead de mucosas con un 10% y la claustrofobia y rinorrea con un 6%. En menos proporción está la sensación de presión excesiva o escasa con un 4% y el ruido del dispositivo solo un 2%. (Figura 2)

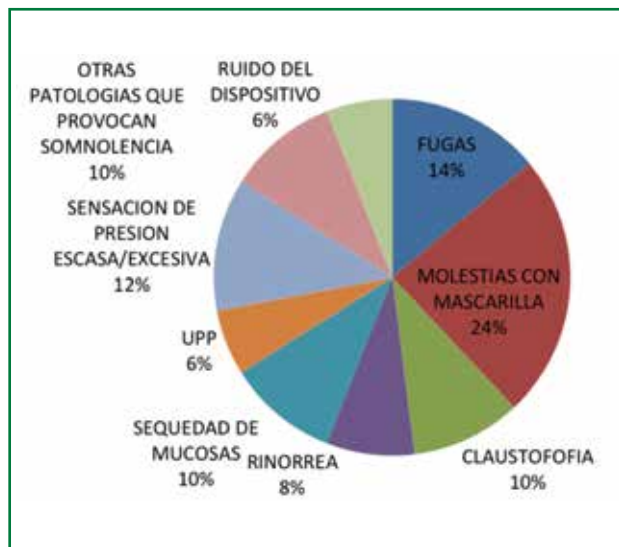


Figura 1. Principales causas de la no adherencia al tratamiento.

METODOLOGÍA

Tipo de diseño

En este estudio llevaremos a cabo una metodología estadística, descriptiva y observacional puesto que lo que perseguimos es la enumeración descriptiva de características, observadas en un momento de tiempo y en un grupo de sujetos con una condición en común. La muestra está conformada por 50 pacientes en el periodo de desde Octubre y diciembre del 2016 que acuden a la unidad de Trastornos Respiratorios del Sueño del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, diagnosticados de apnea-hipoapnea del sueño, que deben seguir un tratamiento con presión positiva en vía aérea (CPAP), pero que no tienen adherencia al tratamiento. Se excluyen los pacientes que tienen adherencia al tratamiento con CPAP.

RESULTADOS

De una muestra de 50 pacientes no adaptados, el principal efecto secundario según podemos ver en la Figura 1, es la molestia por no tolerar la mascarilla, siendo este, el 24% de problemas por los que no se adhieren nuestros pacientes al uso de CPAP. El problema que le sigue serían las fugas, habitualmente por un mal ajuste de la mascarilla por no estar instruidos en su uso, efecto que se suele solventar en la consulta de enfermería. Un 12% experimentan sensación de presión excesiva o escasa. Le siguen con un 10% la claustrofobia, sequead de mucosas y otras patologías que provocan somnolencia. Por último, las causas menos frecuentes son la rinorrea (8%), y las UPP y ruidos del dispositivo (6%). (Figura 1)

En la mayoría de los pacientes (un 46%), la no adherencia al tratamiento no suele ser por un solo motivo sino que tiene asociados dos o más causas. En la siguiente figura (Figura 2) podemos

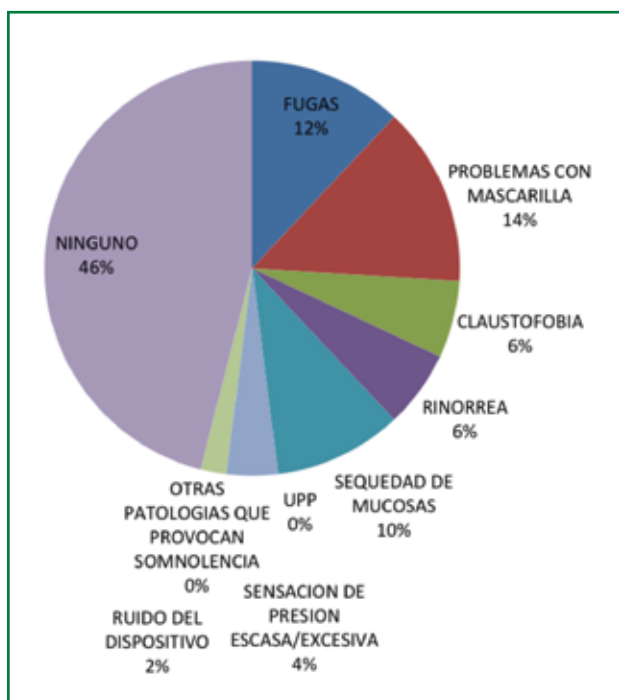


Figura 2. Causas asociadas con la principal en la no adherencia al tratamiento.

DISCUSIÓN

Al no existir estudios previos que pongan de manifiesto la relación existente entre la relación de la edad, sexo y las principales causas, así como las asociadas, de la no adherencia al tratamiento con CPAP, aclaramos que vamos a basar nuestra discusión en

nuestros propios resultados así como en la experiencia como trabajadoras del centro.

En la distribución de porcentajes de las principales causas de la no adherencia a la terapia, vemos como destacan tres, fuga de aire, problemas con las mascarillas y sensación de presión escasa o excesiva, según el paciente. Esto nos hace pensar que el número de pacientes que tienen una mala adherencia al tratamiento se redu-

ciría notablemente con una información adecuada del dispositivo y, sobre todo, de la colocación y el uso adecuado de la mascarilla.

Todo ello nos plantea una nueva línea de investigación que incluya la importancia de la consulta de enfermería en este tipo de tratamiento y el valor de una adecuada información inicial en el paciente que inicia la terapia para evitar el abandono de la misma y por tanto repercusiones en su salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bronc A. (2005). *Documento consenso español sobre el síndrome de apneas-hipopneas del sueño*. Grupo Español de Sueño; 41: 4.
2. Barbé F, Durán-Cantolla J, Sánchez-de-la-Torre M, et al. (2012). *Effect of continuous positive airway pressure on the incidence of hypertension and cardiovascular events in nonsleepy patients with obstructive sleep apnea: a randomized controlled trial*. Spanish Sleep And Breathing Network JAMA 2012; 23; 307(20): 2161-8.
3. Bixler E.O., Vgontzas A.N., Lin H.M., et al. (2001). *Prevalence of sleep-disordered breathing in women: effects of gender*. American Journal Respiratory and Critical Care Medical 2001; 163: 608-13.
4. Durán-Cantolla J., Aizpuru F., Martínez C., et al. (2008). *Efficacy of continuous positive pressure (CPAP) on patients with recently diagnosed of system hypertension (SH) and obstructive sleep apnea-hypopnea (OSAH)*. ATS international Conference Toronto, Ontario, USA. 16–21; 177: A805.
5. Durán-Cantolla J, Aizpuru F, Montserrat JM, et al. (2010). *Continuous positive airway pressure as treatment for systemic hypertension in people with obstructive sleep apnoea: randomised controlled trial*. Spanish Sleep and Breathing Group. BMJ; (24); 341: c5991.
6. Kakkar R, Berry R. (2007). *Positive airway pressure treatment for obstructive sleep apnea*. Chest.; 132; 1057-1072.
7. Kribbs N.B., Pack A.I., Kline L.R., et al. (1993). *Objective measurement of patterns of nasal CPAP use by patients with obstructive sleep apnea*. American Reviews in Respiratory Diseases; 147: 887-895.
8. Mortimore I.L., Whittle A.T., Douglas N. (1998). *Comparison of nose and face mask CPAP therapy for sleep apnea*. Thorax.; 53 (4): 290-292.
9. Patel S.R., White D.P., Malhotra A., Stanchina M.L., Ayas N.T. (2013). *Continuous positive airway pressure therapy for treating sleepiness in a diverse population with obstructive sleep apnea: results of a meta-analysis*. Archives Internnacional Medicine.; 163: 565-71.
10. Sabate E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Geneva: World Health Organization; WHO/MNC/03.01.
11. Sullivan C.E., Berthon-Jones M., Issa F.G., Eves L. (1981). *Reversal of obstructive sleep apnea by continuous positive airway pressure applied through the nose*. Lancet.; 862-865.
12. Weaver T.E., Kribbs N.B., Pack A.I., et al. (1997). *Night-to-night variability in CPAP use over first three months of treatment*. Sleep; 20: 278-283.

PLAN DE CUIDADOS: PANCREATITIS AGUDA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

CARE PLAN: ACUTE PANCREATITIS IN THE INTENSIVE CARE UNIT

- JUAN MANUEL NAVARRO RODRÍGUEZ. ENFERMERO EN HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.
 - PILAR ROMERO ALFARO. GRADUADA EN ENFERMERÍA.
 - INMACULADA PÉREZ LÓPEZ. GRADUADA EN ENFERMERÍA.
- ESTE TRABAJO HA SIDO REALIZADO EN LA ESCUELA UNIVERSITARIA FRANCISCO MALDONADO DE OSUNA, SEVILLA, COMO PROYECTO FIN DE GRADO.

RESUMEN: La pancreatitis aguda es una enfermedad inflamatoria del páncreas. Actualmente la incidencia de esta enfermedad está aumentando a nivel mundial, aunque la mortalidad no se ha visto aumentada debido a la atención y tratamiento del paciente.

Los principales factores de riesgo asociados son el alcohol, el tabaco y la obesidad. La alimentación basada en verduras, vitamina D, café y pescados magros son factores protectores de esta enfermedad.

El plan de cuidados recoge las actuaciones que la enfermera debe realizar de forma individual o conjunta con otros profesionales para la mejora del paciente. Como pilares básicos del plan de cuidados se encuentra la educación sobre la enfermedad, la fluidoterapia, la alimentación y el control del dolor.

PALABRAS CLAVE: pancreatitis aguda; plan de cuidados; páncreas.

ABSTRACT: Acute pancreatitis is an inflammatory disease of the pancreas. At present the incidence of this disease is increasing worldwide, although the mortality has not been increased due to the care and treatment of the patient.

The main risk factors associated are alcohol, tobacco and obesity. Food based on vegetables, vitamin D, coffee and lean fish are protective factors of this disease.

The care plan includes the actions that the nurse must perform individually or jointly with other professionals to improve the patient. The basic pillars of the care plan are illness education, fluid therapy, feeding, and pain management.

KEY WORDS: acute pancreatitis; care plan; pancreas.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN

La incidencia de pancreatitis aguda (PA) en España en el año 2016 es de 15.000 casos, asumiendo una incidencia media algo superior de 350 casos por 100.000 habitantes [1]. A nivel mundial, la incidencia de PA varía de 4,9 a 73,4 casos por cada 100.000 habitantes [2]. Alrededor del 20-30% de los pacientes con PA tienen recidivas y el 10% desarrolla cáncer de páncreas. La progresión de PA a cáncer se debe al consumo continuo de alcohol y tabaco [4]. La calidad de vida del paciente disminuye tras la PA por su dependencia para las actividades de la vida diaria [7] y las alteraciones psicológicas [8].

Como objetivos del plan de cuidados para PA se encuentran: Prevenir la enfermedad y promover la salud, restaurar la salud y prevenir la mortalidad, potenciar la sensación de bienestar, disminuir el gasto económico en el servicio sanitario y la incidencia de ingresos hospitalarios y promover la continuidad de cuidados [9].

1.2. MARCO TEÓRICO

1.2.1. DEFINICIÓN

La pancreatitis es la inflamación y autodigestión del páncreas donde las enzimas pancreáticas destruyen los tejidos y producen un proceso de inflamación que puede ser agudo o crónico [5].

1.2.2. FACTORES DE RIESGO

Principalmente el alcohol con el consumo de más de 14 cervezas a la semana o de 5 o más bebidas espirituosas [4]; el tabaco sobre todo en los fumadores habituales que fumen 10 cigarrillos más al día [10]; la obesidad debido al efecto proinflamatorio de los ácidos grasos insaturados generados por la lipólisis [4]; la hipertrigliceridemia aumenta el riesgo de padecer PA [4].

1.2.3. FACTORES PROTECTORES

El factor de protección asociado a la PA es la alimentación. En un estudio de cohorte realizado en el 2015 se asoció la consumición de menos de 2-3 porciones de pescado (magro y graso) a la semana, disminuye el riesgo de pancreatitis biliar aguda [11].

En otro estudio de cohorte multiétnico longitudinal se vio que la ingesta de vitamina D procedente de la leche, la ingesta de fibra, y el consumo de café protegen contra la aparición de PA [12].

La consumición de vegetales reduce el riesgo de pancreatitis aguda, de acuerdo con un estudio sueco [13].

1.2.4. SIGNOS Y SÍNTOMAS

Dolor abdominal: Es el síntoma más común. Se presenta en el 87% de los casos seguidos de vómito, distensión e hipersensibilidad abdominal [14]. De forma característica el dolor, que es constante y sordo, se localiza en el epigastrio y la región periumbilical, y a menudo se irradia hacia la espalda y el tórax, los flancos y la región inferior del abdomen [15]. Por lo general, dura más de 24 horas; y a veces dura varios días antes de ceder de forma gradual [16].

Náuseas y vómitos: Son frecuentes y se deben a la hipomotilidad gástrica y a la peritonitis química.

Fiebre: En la fase inicial de la enfermedad suele ser de origen toxico-inflamatorio, no infeccioso, salvo en los casos de colangitis asociada.

También puede aparecer como síntomas comunes: distensión abdominal, taquicardia e hipotensión. Como peor evolución ocurre el fallo multiorgánico.

1.2.5. COMPLICACIONES

Los fenómenos inflamatorios locales propios de la PA es el sín-

drome de respuesta inflamatoria (SRIS) se define como al menos 2 de los siguientes criterios:

- Temperatura mayor de 38 o menor de 36.
- Frecuencia cardíaca mayor de 90 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria mayor de 20 respiraciones por minuto (resp/min) o presión de CO₂ menor de 32mmHg.
- Recuento de leucocitos mayor de 12.000 o menor de 4000 por mm³; o bien más del 10% de formas inmaduras.

El SIRS tiene un importante valor pronóstico sobre todo si persiste durante 24 horas. Además, supone la antesala del fallo orgánico, complicación muy temida de la PA ya que es la que determina la mortalidad. Este fallo orgánico puede presentarse por:

- Fallo circulatorio: hipotensión arterial con presión arterial sistólica (PAS) menor de 90mmHg que no responde a fluidoterapia.
- Fallo respiratorio: PaO₂ menor de 60mmHg basal (sin oxígeno suplementario).
- Fallo renal agudo: incremento de creatinina mayor de 1,8 mg/dl o incremento doble de creatinina basal y/o disminución de flujo urinario (oliguria).

1.2.6. TRATAMIENTO

Control del dolor y sedación bajo analgésicos.

Fármacos: La heparina tiene efectos antiinflamatorios y podría mejorar la microcirculación sanguínea pancreática. La simvastatina su consumo se asocia a la disminución en el riesgo de PA. Los suplementos de vitamina D vía intramuscular mejora el resultado de la PA [18].

Antibioterapia: El uso profiláctico de antibióticos (ATB) es un punto de controversia, puesto que existen estudios donde se ve la eficacia del uso de antibióticos y otros estudios que demuestran lo contrario [6]. No obstante, se recomienda el uso de ATB en caso de necrosis infectada [19].

Reposición de la volemia: En pacientes con PA se recomienda la administración precoz de fluidos durante las primeras 72 horas, siendo las primeras 24 horas las más importantes. Sin embargo, hay que tener en cuenta las complicaciones. En la necrosis pancreática al acumular líquido, una excesiva fluidoterapia puede contribuir al desarrollo de síndrome compartimental [17].

Control hemodinámico: Es importante monitorizar la administración de fluidos en los pacientes con PA, fundamentalmente las primeras 72 horas.

Nutrición: La alimentación va a depender de si es una PA leve (PAL) o una PA grave (PAG):

- Nutrición en PAL: Según la American College of Gastroenterology (ACG) se reinicia la dieta oral cuando el paciente no presente náuseas, no refiera vómitos y presente ruidos aéreos sin hipersensibilidad abdominal. La European Society for Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN) sugiere hacerlo cuando el paciente no refiera dolor y las enzimas pancreáticas estén en descenso. Esta dieta debe ser baja en grasas.
- Nutrición en PAG: La ESPEN da prioridad a la nutrición enteral. La vía parenteral se reserva como rescate, cuando la enteral no es tolerada o si existe un íleo paralítico importante de más de 5 días de duración. La nutrición enteral se recomienda por vía nasogástrica (SNG) y si esta no es tolerada, por sonda nasoyeyunal (SNY) [20]. La fórmula utilizada puede ser tanto

elemental como polimérica, ya que ambas ofrecen las mismas ventajas y resultados [3].

2. VALORACIÓN

2.1. MOTIVO DEL INGRESO EN UCI:

Paciente que acude a su centro de salud tras estreñimiento de dos días de evolución con vómitos y dolor agudo generalizado en abdomen. Se deriva al hospital, donde tras valoración exhaustiva se diagnostica de pancreatitis aguda de probable origen enólico. Bisap 1 punto (sistema de evaluación de la mortalidad intrahospitalaria en enfermos con PA). El paciente es ingresado en UCI.

Se realiza una valoración enfermera en UCI por Virginia Henderson según las 14 necesidades, siendo alteradas [21]:

- Alimentación/Hidratación: Náuseas, vómitos y regurgitación, mucosa bucal seca, alteraciones del apetito y deshidratación por vómitos.
- Eliminación: Estreñimiento y oliguria.
- Movilidad/Postura: Cambios musculoesqueléticos, cardiovasculares y metabólicos nutricionales.
- Vestirse/Desvestirse: Incapacitado por fuerza.
- Termorregulación: Picos febriles superiores a los 38°C.
- Higiene/Integridad de piel y mucosas: Edemas en miembros inferiores y coloración de piel anormal.
- Seguridad: Alteraciones por estrés, ansiedad y miedo.
- Autorrealización: Baja autoestima situacional.

2.2. DIAGNÓSTICO Y PLANIFICACIÓN

2.2.1. PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025): Vulnerable a una disminución, aumento o cambio rápido de un espacio a otro del líquido intravascular, intersticial y/o intracelular, que puede comprometer la salud. Se refiere a la pérdida o aumento de líquidos corporales, o a ambos.

Factores de riesgo: Pancreatitis. Resultados (NOC):

● Equilibrio hídrico (0601), Indicadores:

- Presión arterial: Puntuación inicial 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 2 (poco comprometido).
- Hipotensión ortostática: Puntuación inicial 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).
- Edemas periféricos: Puntuación inicial: 4 (comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).

● Hidratación (0602), Indicadores:

- Membranas mucosas húmedas: Puntuación inicial 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).
- Diuresis: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).

Intervenciones (NIC):

● Monitorización de líquidos (4120), Actividades:

- Balance hídrico.
- Valorar estado de piel y orina.

● Monitorización de los signos vitales (6680), Actividades:

- Monitorizar y registrar en gráfica las constantes PVC, FC y temperatura, según corresponda.

Hipertermia (00007): Temperatura corporal central superior al rango normal diurno a causa del fallo de la termorregulación.

Características definitorias: Piel caliente al tacto. Relacionado con: Infección: aumento de leucocitos y PCR. Resultados (NOC):

● Termorregulación (0800), Indicadores:

- Temperatura cutánea aumentada: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).

● Signos vitales (0802), Indicadores:

- Temperatura corporal: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).

Intervenciones (NIC):

● Regulación de la temperatura (3900), Actividades:

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas.
- Administrar paracetamol cada 8 horas si presencia de fiebre.

Riesgo de infección (00004): Vulnerable a una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.

Factores de riesgo: Procedimientos invasivos (sonda vesical y vía central). Resultados (NOC):

● Severidad de la infección (0703), Indicadores:

- Fiebre: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).
- Riesgo de colonización en urocultivo, como consecuencia de infección en sonda vesical: Puntuación inicial: 3 (a veces comprometido) Puntuación esperada: 2 (poco comprometido).
- Riesgo de colonización en acceso vascular, es decir infección en el punto de punción del CVC: Puntuación inicial: 3 (a veces comprometido) Puntuación esperada: 2 (poco comprometido).

Intervenciones (NIC):

● Protección contra las infecciones (6550), Actividades:

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada (fiebre, piel enrojecida y caliente al tacto, valores alterados en analíticas).

● Cuidados del catéter urinario (1876), Actividades:

- Mantener la permeabilidad del sistema de catéter urinario.

Dolor agudo (00132): Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular renal o potencial, o descrita en tales términos; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.

Características definitorias: Cambio en el apetito, expresión facial de dolor, postura de evitación del dolor.

Relacionado con: Enfermedad (Pancreatitis aguda). Resultados (NOC):

● Nivel del dolor (2102), Indicadores:

- Dolor referido: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).

- Duración de los episodios de dolor: Puntuación inicial: 4 (comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).

- Expresiones faciales de dolor: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).

- Pérdida de apetito: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 2 (poco comprometido).

- Náuseas: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).

● Nivel de malestar (2109), Indicadores:

- Dolor: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 3 (a veces comprometido).

- Ansiedad: Puntuación inicial: 4 (comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).

- Vómitos: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).

Intervenciones (NIC):

● Administración de analgésicos (2210).

● Manejo del dolor (1400), Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor mediante escala del dolor.

2.2.2. PROBLEMAS DE INDEPENDENCIA

Estreñimiento (00011): Problema de independencia por fuerza: Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas.

Características definitorias: Distensión abdominal, dolor abdominal, incapacidad para defecar, vómitos

Relacionado con: Enfermedad (Pancreatitis Aguda). Resultados (NOC):

● Continencia intestinal (0500), Indicadores:

- Estreñimiento: Puntuación inicial: 4 (comprometido) Puntuación esperada: 1 (poco comprometido).

Intervenciones (NIC):

● Control intestinal (0430), Actividades:

- Comprobación del peristaltismo por auscultación tras alimentación enteral.

Náuseas (00134): Problema de independencia por fuerza: Fenómeno subjetivo desagradable en la parte posterior de la garganta y el estómago que puede o no dar lugar a vómitos.

Característica definitoria: Náuseas.

Relacionado con: Enfermedad (Pancreatitis Aguda). Resultados (NOC):

● Hidratación (0602), Indicadores:

- Sed: Puntuación inicial: 4 (comprometida) Puntuación esperada: 1 (no comprometida).

- Diuresis: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometida) Puntuación esperada: 1 (no comprometida).

- Náuseas y vómitos: efectos nocivos (2106), Indicadores:
 - Disminución de la diuresis: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).
 - Alteración del equilibrio de líquidos: Puntuación inicial: 4 (comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).
 - Pérdida de peso: Puntuación inicial: 4 (comprometido) Puntuación esperada: 2 (poco comprometido).
 - Interferencia con actividades de la vida diaria: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 2 (poco comprometido).
- Apetito (1014), Indicadores:
 - Deseo de comer: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).
- Estado nutricional: ingestión alimentaria y de líquidos (1008), Indicadores:

Ingestión alimentaria oral: Puntuación inicial: 3 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 3 (poco comprometido).

Ingestión alimentaria por sonda: Puntuación inicial: 3 (a veces comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).

Administración de líquidos i.v.: Puntuación inicial: 4 (comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).

Administración de líquidos con nutrición parenteral total: Puntuación inicial: 3 (a veces comprometido) Puntuación esperada: 1 no comprometido.

Intervenciones (NIC):

- Etapas en la dieta (1020), Actividades:
 - Determinar la presencia de sonidos intestinales.
 - Pinzar sonda nasogástrica y observar tolerancia (si hay presencia de reflujo nauseoso).
 - Comprobar que el paciente evacua correctamente.
 - Hacer avanzar la dieta absoluta en dieta parenteral, posteriormente enteral y considerar inicio de alimentación oral de dieta blanda baja en grasas.
- Manejo del vómito (1570), Actividades:
 - Valorar el aspecto de la emesis en la bolsa de sonda nasogástrica.
 - Incorporar la cama 30-45° para prevenir la aspiración.
 - Esperar tras un episodio de vómito para reiniciar administración de líquidos.
 - Vigilar la pérdida de peso.
- Administración de nutrición parenteral total (1200), Actividades:
 - Mantener la permeabilidad e higiene correcta del catéter.
 - Administrar la NPT por bomba de perfusión a un ritmo prescrito por el facultativo.
- Administración enteral por sonda (1056), Actividades:
 - Realizar la higiene correcta de SNG y cambio de sujeción diariamente.

2.2.3. PROBLEMAS DE AUTONOMÍA

Déficit de autocuidados: Por suplencia total y posteriormente par-

cial: Deterioro de la capacidad para realizar o completar por uno mismo las actividades de la vida diaria (AVD).

Características definitorias: Deterioro de la habilidad para lavar y secar el cuerpo, deterioro de la habilidad para ir al inodoro (llegar hasta el inodoro, higiene adecuada tras evacuación, sentarse y levantarse del inodoro), deterioro de la habilidad para vestirse (elegir ropa, ponerse y quitarse ropa, abrochar botones).

Relacionado con: Dolor, deterioro de la movilidad física. Resultados (NOC):

- Autocuidados: baño (0301), Indicadores:
 - Entra y sale del cuarto de baño: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 4 (comprometido).
 - Se baña en la ducha: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 4 (comprometido).
 - Seca el cuerpo: Puntuación inicial: 4 (comprometido) Puntuación esperada: 2 (poco comprometido).
- Autocuidados: vestir (0302), Indicadores:
 - Se abrocha la ropa: Puntuación inicial: 4 (comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).
 - Se quita la ropa de la parte superior del cuerpo: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 3 (a veces comprometido).
 - Se quita la ropa de la parte inferior del cuerpo: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 2 (poco comprometido).
 - Se pone los zapatos: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 2 (poco comprometido).
 - Se ajusta la ropa: Puntuación inicial: 3 (a veces comprometido) Puntuación esperada: 2 (poco comprometido).

Intervenciones (NIC):

- Ayuda con el autocuidado (1800), Actividades:
 - Promover la independencia del paciente de forma paulatina. Deterioro de la movilidad física (00085): Limitación del movimiento físico independiente e intencionado del cuerpo o de una o más extremidades.

Característica definitoria: Alteración de la marcha. Relacionado con: Disminución de la fuerza muscular. Resultados (NOC):

- Movilidad (0208), Indicadores:
 - Mantenimiento de la posición corporal: Puntuación inicial: 5 (gravemente comprometido) Puntuación esperada: 1 (no comprometido).
- Estado nutricional: energía (1007), Indicadores:
 - Energía: Puntuación inicial: 4 (comprometido) Puntuación esperada: 2 (poco comprometido).

Intervenciones (NIC):

- Fomentar la mecánica corporal (0140), Actividades:
 - Instruir al paciente sobre la necesidad de usar posturas correctas para evitar fatigas, tensiones o lesiones.
- Cuidados del paciente encamado (0740), Actividades:
 - Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.

- Ayudar con las actividades de la vida diaria.
- Manejo de la energía (0180), Actividades:
 - Reducir la fatiga combinando medidas farmacológicas y no farmacológicas, según proceda.
 - Observar la localización del dolor durante el movimiento/ actividad.

2.3. EVALUACIÓN

Durante el ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI), el paciente ha evolucionado favorablemente con el paso de los días aplicando el plan de cuidados específico para su patología. Se realiza un análisis de cada necesidad alterada:

El paciente ingresa con vómitos continuos y se le coloca SNG para contabilizar fluidos. Como consecuencia de ello deshidratado. Con la instauración de una sueroterapia, a los cinco días se encuentra bien perfundido. La orina que en principio era escasa y concentrada, con los días se registra más cantidad y de aspecto acolorada. Sin embargo, como consecuencia de la administración de grandes cantidades de líquidos aparecen edemas en miembros inferiores, que con la elevación y aplicación de diurético desaparece al cuarto día.

Se mantiene al paciente en el primer día con dieta absoluta, por continuos vómitos. Luego se pasa a nutrición parenteral, con buena tolerancia. Al cuarto día se empieza con la dieta enteral a través de SNG, tolera bien. Con ello el apetito y la sed que presentaba el paciente se satisface.

El dolor abdominal es intenso, pero con la instauración de una perfusión analgésica continua el dolor queda controlado.

En cuanto a la tensión arterial se registran cifras bajas al ingreso y se instaura perfusión de Noradrenalina, con lo que se regula y al cuarto día se retira perfusión. La temperatura, durante los cinco primeros días, es elevada con picos febriles de hasta 39°C, que se controla con paracetamol. Con ello el riesgo de infección disminuye.

El paciente es dependiente parcial en las actividades de la vida diaria, aunque en todo momento está consciente, orientado y colaborativo, es dado de alta con mucha más energía para ser independiente.

Se da de alta de UCI para ingresar en medicina interna y seguir evaluando el progreso de su PA.

3. DISCUSIÓN

Realizar un plan de cuidados individualizado a un paciente con PA, es una herramienta

útil para planificar un plan de cuidados, con el fin de mejorar los cuidados prestados.

Hemos comprobado que este Plan de Cuidados ha mejorado la calidad de vida del paciente. La desaparición de vómitos, el control del dolor, la sueroterapia adecuada, el control de los signos vitales y la alimentación han propiciado la mejora notable de la patología.

Las limitaciones que hemos tenido en este trabajo ha sido la escasa información sobre planes de cuidados y atención de enfermería relacionados con pacientes con PA.

4. BIBLIOGRAFÍA

1. De las Parras FA, Velasco ES, Álvarez FC. Pancreatitis aguda. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado 2016;12(8):407-20.
2. Valdivieso-Herrera MA, Vargas-Ruiz LO, Arana-Chiang AR, Piscosa A. Situación epidemiológica de la pancreatitis aguda en Latinoamérica y alcances sobre el diagnóstico. Acta Gastroenterol Latinoam 2016;46(2):102-3.
3. Boadas J, Balsells J, Busquets J, Codina-B A, Darnell A, García-Borobia F, et al. Valoración y tratamiento de la pancreatitis aguda. Documento de posicionamiento de la Societat Catalana de Digestologia, Societat Catalana de Cirurgia y Societat Catalana de Pàncrees. Gastroenterol Hepatol 2015;38(2):82- 96.
4. Yadav D, Lowenfels AB. The Epidemiology of Pancreatitis and Pancreatic Cancer. Gastroenterology 2013;144(6):1252-61.
5. Roberts GH. Pancreatitis. Contin Educ Top Issues 2015;17(1):4-12.
6. Stigliano S, Sternby H, de Madaria E, Capurso G, Petrov MS. Early management of acute pancreatitis: A review of the best evidence. Dig Liver Dis 2017;0(0).
7. Pendharkar SA, Salt K, Plank LD, Windsor JA, Petrov MS. Quality of Life After Acute Pancreatitis A Systematic Review and Meta-Analysis. 2014;43(8):1194- 200.
8. Shevchenko YM. Quality of life in patients with non-psychotic mental disorders, suffering from acute and chronic pancreatitis. Med Perspect 2015;20(1):85.
9. Alfaro LeFevre R. Aplicación del proceso enfermero : fomentar el cuidado en colaboración. Barcelona [etc.] : Masson.; 2003.
10. Sun X, Huang X, Zhao R, Chen B, Xie Q. Meta-analysis: Tobacco smoking may enhance the risk of acute pancreatitis. Pancreatol 2015;15(3):286-94.
11. Oskarsson V, Orsini N, Sadr-azodi O, Wolk A. Fish consumption and risk of non – gallstone-related acute pancreatitis : a prospective cohort study 1 – 3. 2015;3(1):72-8.
12. Setiawan VW, Pandol SJ, Porcel J, Wei PC, Wilkens LR, Le Marchand L, et al. Dietary Factors Reduce Risk of Acute Pancreatitis in a Large Multiethnic Cohort. Clin Gastroenterol Hepatol 2017;15(2):257-65.
13. Children's weight can be reduced by teaching good habits early on. Clin Dig 2012;26(49):16.
14. Consuelo Sánchez A, García Aranda JA. Pancreatitis aguda. 2012.
15. Catan AC. Metodos diagnosticos en la pancreatitis aguda. 2006;(2):13-7.
16. Kelley WN. Medicina interna. Ed. Médica. 1993.
17. de-Madaria E. Fluidoterapia en la pancreatitis aguda. Gastroenterol Hepatol 2013;36(10):631-40.
18. Maraví Poma E, Zubia Olascoaga F, Petrov MS, Navarro Soto S, Laplaza Santos C, Morales Alava F, et al. SEMICYUC 2012. Recomendaciones para el manejo en cuidados intensivos de la pancreatitis aguda. Med Intensiva 2013;37(3):163- 79.
19. Senosiain Lalastra C, Tavío Hernández E, Moreira Vicente V, Maroto Castellanos M, García Sánchez MC, Aicart Ramos M, et al. Pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia. Gastroenterol Hepatol 2013;36(4):274-9.
20. Marcela RD la F, Nataly SC, Alejandra RF. Requerimientos energéticos y proteicos estimados por calorimetría indirecta y nitrógeno urinario en pacientes con quemadura o pancreatitis aguda / Energy and protein requirements estimated by indirect calorimetry and urine urea nitrogen in burn and acute. Rev Chil Nutr 2014;41:23-8.
21. Bellido J., Ríos A, Fernández S. Capítulo 2. Modelo de cuidados de Virginia Henderson. 2010.

GEMELOS PREMATUROS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. A PROPÓSITO DE UN CASO

PREMATURE TWINS IN A INTENSIVE NEONATAL UNIT CARE. A CASE REPORT

- RAQUEL MARTÍN MARTÍN. ENFERMERA ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA (MATRONA). ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.
 - CRISTINA RODRÍGUEZ SILVA. ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.
 - GUADALUPE DEL MAR RODRÍGUEZ SILVA. ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.
 - MARÍA ALBA PÉREZ ROMERO. ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.
 - SANTIAGO LARDELLI PICALLOS. ENFERMERO. PODÓLOGO.
- EL TRABAJO SE HA REALIZADO EN EL HOSPITAL DE LA MUJER VIRGEN DEL ROCÍO, DE SEVILLA, EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES. NO HA RECIBIDO SUBVENCIÓN ALGUNA.

RESUMEN: En la actualidad hay un aumento de la incidencia de embarazos gemelares, debido principalmente a las técnicas de reproducción asistida. La prematuridad se acompaña de estancias prolongadas en el hospital, patología severa e incertidumbre acerca del futuro de la familia.

En este artículo se presenta el caso de un recién nacido prematuro, al que se le aplicó un plan de cuidados individualizado basado en el modelo de Virginia Henderson, tanto al bebé como a sus padres, identificando problemas según la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) para su descripción, estableciendo resultados según taxonomía NOC (Nursing Outcomes Classification) e intervenciones siguiendo la taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification).

La prematuridad es un factor de riesgo para el funcionamiento familiar, ya que ocasiona un alto grado de estrés parental y dificulta el desarrollo de factores de protección como es la resiliencia.

PALABRAS CLAVES: Cuidados; Gestación Gemelar; Prematuro; Resiliencia.

ABSTRACT: Currently, there is an increase in the incidence of twin pregnancies mainly due to assisted reproduction techniques. Prematurity is associated with long hospital stays, severe clinical conditions, and uncertainty about patient outcomes.

In this article an individual care plan based on the Virginia Henderson model was devised and applied to both the child and her parents using NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), interventions according to the NIC (Nursing Outcomes Classification) classification, and the expected results according to the NOC (Nursing Interventions Classification).

Prematurity itself is a risk factor for family dysfunction because it causes an elevated degree of parental stress and difficulties in the development of protection factors such as resilience.

KEY WORDS: Care; Twin Pregnancy; Premature; Resilience

INTRODUCCIÓN

Se entiende por embarazo múltiple aquel en el que de forma simultánea se desarrollan dos o más fetos. Por parto prematuro entendemos aquel que se produce antes de las 37 semanas de gestación. Esto se da más frecuentemente en partos múltiples, que han aumentado debido a las técnicas de reproducción asistida.

Epidemiología

Los embarazos gemelares han aumentado debido al auge de las técnicas de fecundación asistida ya que cada vez se atrasa más la edad de los padres para tener el primer hijo. En España, desde el 2000 el porcentaje de nacimientos prematuros se mantiene, aunque ha aumentado el número de embarazos gemelares y el de gemelares prematuros. (1) (Tabla 1)

Se debe concienciar al personal sanitario del impacto psicológico que supone para unos padres el hecho de tener hijos prematuros por medio de reproducción asistida. Las enfermeras como personal que está en constante contacto con los padres y sus hijos, deben saber valorar las respuestas humanas expresadas por la familia.

Repercusión psicológica de la fecundación asistida.

El diagnóstico de un problema de infertilidad/esterilidad suele suponer una auténtica "crisis vital", esta crisis genera ansiedad, desesperación, sentimientos de falta de control sobre la propia vida, de temor, de amenaza y de pérdida.

AÑO	% prematuros total	% gemelares	% gemelares prematuros
2014	6,7	2,3	49
2013	6,6	2,1	49
2012	6,7	2,2	50
2011	6,7	1,1	49
2010	6,9	2,0	51
2009	7,0	2,0	51
2008	7,1	1,9	50
2007	7,5	1,9	50
2006	7,0	1,8	49
2005	6,8	1,8	49
2004	7,1	1,7	49
2003	7,1	1,7	49
2002	7,1	1,7	48
2001	6,8	1,5	46
2000	6,9	1,5	46

Tabla 1. Datos del Instituto Nacional de Estadística Español

Si, finalmente se consigue el embarazo, estas mujeres tienen que hacer frente a la posibilidad de complicaciones y al riesgo de aborto, esta situación es especialmente problemática si han sufrido algún aborto previo. Además, pueden experimentar tres tipos de reacciones extremas en relación al embarazo:

- El rechazo puede aparecer en mujeres que no son capaces de desarrollar una unión con el feto porque temen que haya problemas durante la gestación (p.ej., aborto).
- Otras mujeres pueden desarrollar una preocupación extrema ante cada acontecimiento fisiológico normal, es frecuente que se auto-observen continuamente y acudan frecuentemente a la consulta o a urgencias.
- El hecho de que no se sientan extremadamente felices con su embarazo, cuando creen que deberían, provoca sentimientos de culpa y vergüenza, lo que refuerza aún más los sentimientos que pudieran haber desarrollado cuando el problema de infertilidad fue descubierto.

Estar embarazada hace surgir problemáticas referentes al bienestar y la salud del bebé. La incapacidad para concebir puede haber causado una falta de confianza en el propio cuerpo y en la competencia del cuerpo durante el embarazo y el parto. Se ha observado que en las madres que han conseguido un embarazo por técnicas de reproducción asistida se detectan mayores niveles de ansiedad durante la gestación respecto del bienestar del bebé y del miedo de ser separadas del bebé después de que nazca.

Los padres con problemas de fertilidad han de enfrentarse a una gran inseguridad respecto de la calidad de la futura relación paterno-filial y de su crianza. Ser padres ha perdido su naturalidad, estos padres sienten que han de probar que serán buenos padres, incluso llegan a sentir que no serán unos padres competentes. Además, cuando han utilizado gametos de donantes, se sienten preocupados y ansiosos respecto de las consecuencias que puede tener el uso de material donando en la futura relación madre-hijo, padre-hijo. (2,3)

Repercusiones psicológicas en el parto prematuro

El nacimiento de un hijo prematuro puede ser un acontecimiento estresante para los progenitores. El parto puede suponer un acontecimiento traumático cuando el miedo intenso, la pérdida, la impotencia y el dolor dominan el trabajo de parto. Las mujeres con partos prematuros experimentan niveles significativamente más altos de estrés y depresión que las que dan a luz a término. El aumento del estrés de los padres durante el primer año de vida de su bebé es un factor de riesgo para problemas de comportamiento posteriores para estos bebés. (4)

Para muchas madres, el ajuste con un bebé prematuro es similar al ajuste que se da con un bebé con discapacidad. Cuando nace un bebé normal y saludable, la madre tiene que ajustar la imagen ideal que había creado de su bebé recién nacido con lo que realmente tiene. Este ajuste es más difícil para las madres de bebés prematuros. Misund, en un estudio realizado en el 2014, detectó que el 52% de las madres mostró síntomas de estrés postraumático y apareció con frecuencia síntomas de depresión dos semanas después del parto prematuro (5). Otros estudios han constatado que el estrés parental es mayor en las madres y en los centros públicos.

En los casos en los que el hijo está separado de sus padres por motivo de ingreso por prematuridad se produce una **alteración en el rol parental**. Los padres manifiestan que lo que más les preocupa es tener que estar separados de sus hijos, no poder tomarlos en brazos, no ser ellos los que lo alimentan, no poder protegerles y cuidarlos por ellos mismos. Los ruidos repentinos de las alarmas de los monitores también es otro factor que les inquieta igual que experimentar la maternidad en un entorno altamente tecnológico puede hacer difícil tener confianza en el desempeño de su propia función. (6)

Ellos, los padres

La mayor parte de la literatura que se puede encontrar sobre cómo afecta el ingreso de un hijo prematuro en las unidades de neonatología se llevan a cabo en madre, obviando el papel del padre en este proceso. Los padres de niños prematuros experimentan mayores niveles de estrés que los de niños a término. No hay consenso sobre quién presenta mayor nivel de estrés si los padres o las madres, sí parece desprenderse que padres y madres manifiestan estrés de forma distinta. Las intervenciones realizadas por lo general son efectivas para las madres, pero no para ellos, por lo que se plantea intervenciones enfocadas a cada uno. (7,8,9)

Resiliencia

Es la capacidad para sobreponerse a periodos de dolor emocional y situaciones aversivas. Se centra en las capacidades, valores y atributos positivos y no en las debilidades y patología. La resiliencia supone superar algo y salir fortalecido. Desde la neurociencia se considera que las personas más resilientes tienen mayor equilibrio emocional frente a las situaciones de estrés, soportando, de este modo, mejor la presión. Eso les permite una sensación de control frente a los acontecimientos y mayor capacidad para afrontarlos. Existe ciertos factores de protección, como la resiliencia familiar, que se define como los recursos internos y externos de una familia y de sus miembros. Así, cuando una familia experimenta un suceso adverso, como puede ser el nacimiento de un hijo prematuro, el apoyo social y su capacidad resiliente, han mostrado ser factores de protección del desajuste personal y social de la familia y de los padres.

La resiliencia familiar se desarrolla cuando se activan los factores protectores de la familia tales como los recursos, la capacidad de adaptación y el apoyo social, y se inhibe cuando se potencian los factores de riesgo como el estrés o las demandas. Es un proceso más que un resultado y, además, puede variar a lo largo del tiempo. El objetivo en estos casos es intentar promover el restablecimiento familiar y encontrar una salida a esta crisis, que implicaría un fortalecimiento y crecimiento de la familia para superar adversidades prolongadas. La prematuridad, especialmente cuando va asociada a patología perinatal y coexiste con factores de riesgo de tipo psicosocial, es un factor importante de disfunción familiar que aumenta de manera significativa el estrés parental y limita la adquisición de factores protectores como puede ser la resiliencia. (10, 11, 12)

Como profesionales de la enfermería tenemos a nuestra disposición el Proceso de Atención de Enfermería (PAE), un método sistemático para brindar nuestros cuidados apoyados en un modelo científico.

CASO CLÍNICO

Ingresa en la unidad de neonatología dos gemelos resultados de una gestación gemelar por fecundación in vitro. El parto ha sido eutócico con amniorexis intraparto. Los recién nacidos son prematuros de 31+1 semanas de gestación. Ingresan ya con la maduración pulmonar completada. El peso al nacer de uno de los gemelos es de 1.570 gr, y del otro de 1.535gr. El test de Apgar ha sido de 10/10 en ambos. Uno de los gemelos ingresa en UCI-neonatal por distrés respiratorio, su hermano en la unidad de cuidados intermedios por bajo peso y monitorización.

Se procede a la valoración según las 14 Necesidades de Virginia Henderson del gemelo ingresado en UCI- neonatal.

1. Respiración – circulación: a su ingreso el recién nacido presenta tiraje subcostal y quejido leve, cianosis en zonas acras y al llorar, se pone algo reticulado. FC: 160 latidos por minuto (lpm). FR: 70 rpm. Saturación O2 90%.
2. Comer y beber: se coloca sonda orogástrica para alimentación trófica enteral con fórmula de prematuro o lactancia materna.
3. Eliminación: eliminación urinaria normal, se mide la diuresis pesando el pañal y emite meconio.
4. Movimiento: reflejos normales, aunque algo hipotónico. Se realiza medidas de contención.

5. Dormir y descansar: dormido mayor parte del tiempo, se despierta con la monitorización.
6. Vestirse y desvestirse: no valorable.
7. Temperatura corporal: normotermia, se ajusta con temperatura y humedad de incubadora.
8. Higiene: piel seca con vermix caseosa.
9. Seguridad: al ingreso, se le administra vitamina K intramuscular y se le aplica la pomada oftálmica de eritromicina. No se administra vacuna de hepatitis B por tener un peso inferior a dos kilos. Los padres se muestran desconfianza, presentan una actitud defensiva con el personal de enfermería y parece que están enfadados por no saber dónde está ingresado cada hijo, ya que al principio están desorientados en la unidad.
10. Comunicación: no valorable.
11. Creencias y valores: no valorable.
12. Realización: no valorable.
13. Entretenimiento: no valorable.
14. Aprender: los padres muestran curiosidad por todo lo que rodea al recién nacido, preguntan mucho y muestran desconfianza del personal y del medio.

PLAN DE CUIDADOS (12, 13, 14)

00126 Conocimientos deficientes sobre los cuidados r/c falta de oportunidades previas de aprendizaje m/p verbalización del problema.			
NOC		NIC	
1840 Conocimiento: cuidados del recién nacido pretérmino.		7310 Cuidados de enfermería al ingreso	
Indicadores:		Actividades	
184021 Estrategias para potenciar el vínculo	184025 Fuentes acreditadas de información	731004 Orientar a la familia en las instalaciones del centro.	731020 Realizar valoración inicial al ingreso.
Estamos en un nivel 2 en la escala Liker (conocimiento escaso) y nos planteamos llegar a un nivel 4 (conocimiento sustancial)	Estamos en un nivel 2 en la escala Liker (conocimiento escaso) y nos planteamos llegar a un nivel 4 (conocimiento sustancial)	NIC	
		5602 Enseñanza: proceso de enfermedad	
		Actividades	
		560201 Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.	560221 Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidado, si procede.

Tabla 2. Plan de cuidados.

00146 Ansiedad r/c amenaza en el estado de salud m/p expresiones verbales.			
NOC		NIC	
1402 Autocontrol de la ansiedad		5270 Apoyo emocional.	
Indicadores:		Actividades	
140217 Controla las respuestas de ansiedad.	140206 Planificar estrategias de superación efectivas	527002 Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira y tristeza.	527006 Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
Estamos en un nivel 2 en la escala Liker (raramente demostrado) y nos planteamos llegar a un nivel 4 (frecuentemente demostrado)	Estamos en un nivel 2 en la escala Liker (raramente demostrado) y nos planteamos llegar a un nivel 4 (frecuentemente demostrado)	NIC	
		5820 Disminución de la ansiedad	
		Actividades	
		582014 Crear un ambiente que facilite la confianza.	582027 Dar a los padres la oportunidad de ver, coger y examinar al bebé

Tabla 3. Plan de cuidados.

00211 Riesgo de resiliencia comprometida r/c situación adversa.			
NOC		NIC	
2680 Resiliencia familiar		8340 Fomentar la resiliencia	
Indicadores:		Actividades	
260806 Expresa confianza en la superación de las adversidades	260807 Mantiene valores, objetivos y sueños.	834002 Fomentar el apoyo familiar	834005 Facilitar la comunicación familiar
Estamos en un nivel 2 en la escala Liker (raramente demostrado) y nos planteamos llegar a un nivel 4 (frecuentemente demostrado)	Estamos en un nivel 2 en la escala Liker (raramente demostrado) y nos planteamos llegar a un nivel 4 (frecuentemente demostrado)		

Tabla 4. Plan de cuidados.

Complicación potencial: Hipoxia secundaria a alteración respiratoria.
Actividades:
Valorar los parámetros ventilatorios.
Gasometrías capilares de control.
Observar cianosis.
Observar fatiga muscular: frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio.
Actuación en caso de desaturación

Tabla 5. Plan de cuidados.

Complicación potencial: Infección secundaria a dispositivos invasivos.
Actividades:
Lavado de manos y medidas de asepsia
Cura de dispositivos intravenosos (epicutáneo)
Cuidados de la sonda orogástrica

Tabla 6. Plan de cuidados.

EVOLUCIÓN DEL CASO

Dos días después del ingreso se produce un empeoramiento del estado general, manifestado por un aumento progresivo de la distensión abdominal. Precisa BIPAP nasal continua, ya por la tarde, la distensión es mayor y se acompaña de hipotensión que necesita soporte vasoactivo, intubación orotraqueal (IOT) y se conecta a ventilación mecánica. Ante la sospecha de perforación gástrica se decide intervención quirúrgica.

REVALORACIÓN A LOS 5 DÍAS

1. Respiración – circulación: IOT ventilación mecánica modo asistida/controlada. FC: 150 lpm. FR: 54 rpm. Saturación O2 94%. Piel normo-coloreada, herida abdominal quirúrgica con buen aspecto y drenaje penrose con débito escaso y seroso.
2. Comer y beber: sonda orogástrica a frasco (débito escaso bilioso) y sonda postanastomótica (transpilórica) cerrada y permeable. Nutrición parenteral y sueroterapia.
3. Eliminación: eliminación urinaria normal, sin deposiciones desde intervención quirúrgica.
4. Movimiento: bajando analgesia para destete de la ventilación mecánica y se valora el dolor del neonato.

5. Seguridad: los padres se muestran más confianza con el personal y se muestran agradecidos por los cuidados, aunque el estado general del niño ha empeorado.
6. Aprender: siguen preguntando por todo lo nuevo que rodea a su hijo. Muestran interés por saber cuándo va a empezar a comer, muestran confianza en que se recuperará pronto.

En la evaluación del plan de cuidados, se constata que se han alcanzado los objetivos propuestos, en la escala Liker de los indicadores NOC se ha alcanzado en todos los casos el nivel 4.

CONCLUSIONES

La enfermera como profesional sanitario que más tiempo pasa con la familia y el prematuro, ha de tener presente los factores psicosociales que envuelven a la familia en su conjunto.

La introducción del concepto de resiliencia en la neonatología se hace necesaria para dar respuesta a una conjunción de factores como la crisis vital (internación del bebé pretérmino en la UCIN), el estrés que se genera a nivel familiar y el afrontamiento de la situación, el cual tiene la especificidad de tener como apremio al tiempo, ya que la rápida adaptación en este proceso, es clave para el bienestar del niño.

BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística, <http://www.ine.es/>.
2. Moreno A., Guerra D. Procesos emocionales en pacientes sometidos a técnicas de reproducción asistida. 2007. Revista Iberoamerica de Fertilidad: 11- 17.
3. Tirado MM., Castellar P.D. Apoyo psicológico en pacientes que recurren a tratamiento de reproducción asistida con donación de gametos. 2007. Revista Iberoamerica de Fertilidad: 73- 87.
4. Wormald, F. Tapia, J. L., Torres, G., Cánepa, P., et al. Stress in parents of verylowbirthweightpreterm infants hospitalized in neonatal intensivecareunits. A multicenterstudy. 2015. Arch Argent Pediatr; 113 (4): 303- 309.
5. Misund, A. R., Nerdrum, P., Trond, H. D. Mental health in womenexperiencingpretermbirth. 2014. BMC Pregnancy and Childbirth, 14:263.
6. Ghorbani, M., Dolatian, M., Shams, J., Alavi-Majd, H. Anxiety, Post-Traumatic Stress Disorder and Social SupportsAmongParents of Premature and Full-TermInfants. 2014. Iran Red CrescentMedJ. 16(3).
7. Howe TH¹, Sheu CF², Wang TN³, Hsu YW⁴. Howe TH, Sheu CF, Wang TN, HsuYW. Parenting stress in familieswithverylowbirthweightpreterm infants in earlyinfancy. 2014. Res DevDisabil.35(7):1748-56.
8. Matricardi S, Agostino R, Fedeli C, Montiroso R. Mothers are notfathers: differencesbetweenparents in the reduction of stress levelsafter a parental intervention in a NICU. 2013. Acta Paediatr.; 102(1):8-14.
9. Ghorbani, M., Dolatian, M., Shams, J., Alavi-Majd, H. (2014). Anxiety, Post-Traumatic Stress Disorder and Social SupportsAmongParents of Premature and Full-TermInfants. Iran Red CrescentMedJ. 16(3): e13461.
10. Escartí A., Boront B, Llopis R, Torres R, Vento M. Estudio piloto sobre el estrés y la resiliencia familiar en recién nacidos prematuros.2016. AnPediatr; 84 (1): 3-9.
11. Caruso AP., Mikulic I.M., Evaluación psicológica de la familia con un bebé en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos (UCIN): construcción de un inventario para evaluar el Potencial Resiliente Familiar (IPRF). 2010. Anu. Investig. Vol 17. 159-168.
12. Herdman TH, editor. NANDA International. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2015-2017. Madrid:Elsevier; 2015.
13. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 6ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.
14. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

MANEJO DE LA DEXMEDETOMIDINA EN PACIENTE CRÍTICO CON DELIRIUM POSTOPERATORIO. CASO CLÍNICO

MANAGEMENT OF DEXMEDETOMIDINE IN A CRITICAL PATIENT WITH POSTOPERATIVE DELIRIUM. CLINICAL CASE

- MARÍA DE LOS ÁNGELES MAESTRE DÍAZ. ENFERMERA EN UCI DEL HOSPITAL GENERAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.
 - JUAN MANUEL ORTEGA CARRIÓN. ENFERMERO EN LA UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL VIRGEN DE VALME. SEVILLA.
- EL TRABAJO SE REALIZA EN LA UNIDAD DE CORONARIOS DEL HOSPITAL GENERAL VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA. ESTE TRABAJO NO HA SIDO FINANCIADO POR NINGUNA ENTIDAD NI HA SIDO PUBLICADO EN NINGÚN OTRO SITIO.

RESUMEN: Presentamos un caso clínico de un paciente intervenido de cirugía cardíaca que en el Postoperatorio inmediato durante el destete ventilatorio presenta delirium, por lo que se decide administrarle en perfusión continua dexmedetomidina para facilitar el destete ventilatorio y posterior extubación orotraqueal con éxito.

Se trata de un medicamento relativamente nuevo para el personal sanitario en unidades de críticos pero de gran utilidad debido a que tiene efectos sedantes y analgésicos, sin causar depresión respiratoria. Se utilizó taxonomía diagnóstica NANDA, NIC, NOC para la elaboración de un plan de cuidados individualizado, usando la valoración enfermera por Patrones Funcionales de Marjory Gordon.

PALABRAS CLAVE: Dexmedetomidina, paciente crítico, Delirium postoperatorio.

SUMMARY: We present a case report of a patient undergoing heart surgery who in the Immediate postoperative period during ventilatory weaning presents delirium, so it is decided to administer continuous infusion of dexmedetomidine to facilitate the weaning and subsequent successful orotracheal extubation. This is a relatively new drug for health units of critics but of great utility because it has sedative effects and analgesics, without causing respiratory depression. NANDA, NIC, NOC diagnostic taxonomy was used for the elaboration of a plan of individualized care, using the nurse assessment by Functional Patterns by Marjory Gordon.

KEYWORDS: Dexmedetomidine, critical patient, postoperative Delirium.

INTRODUCCIÓN

La Dexmedetomidina es un agente selectivo de los receptores alfa 2 con propiedades sedantes y simpaticolíticas indicado en pacientes de UCI que requieran un nivel de sedación no más profundo que despertarse en respuesta a la estimulación verbal (correspondiente a un grado de 0 a -3 en la Escala de Sedación y Agitación de Richmond. RASS).

La dosis inicial es de 0,7 microgramos/Kg/h, posteriormente puede ajustarse gradualmente dentro del rango de dosis de 0,2 a 1,4 microgramos/Kg/h.

No se debe exceder la dosis máxima de 1,4 microgramos/Kg/h ni los 14 días en perfusión continua.

Los pacientes que no alcancen un nivel adecuado de sedación con la dosis máxima de dexmedetomidina deben cambiar a un agente sedante alternativo.

Enfermería tiene que realizar una estrecha vigilancia hemodinámica; ya que las reacciones adversas más frecuentes son la hipotensión, bradicardia y más a largo plazo hipertensión.

PRESENTACIÓN DEL CASO

En este caso clínico presentamos a un paciente varón de 61 años de edad diagnosticado de estenosis valvular aórtica calcificada severa. Ingresa en UCI tras ser intervenido de sustitución valvular aórtica por prótesis mecánica inicialmente, decidiéndose exéresis valvular e implante de tubo de Dacron valvulado por presentar importante hematoma en pared y sangrado difuso con desgarramientos intimaes.

Presenta antecedentes médicos:

- Hipertensión arterial

- Diabetes Mellitus tipo II

- Dislipemia

- Fumador activo

- Obesidad

No presenta alergias medicamentosas ni alimentarias.

A su ingreso el paciente presenta:

- Inestabilidad hemodinámica, por lo que precisa altas dosis en perfusión continua de Noradrenalina y Dobutamina.
- Ventilación mecánica en modo ventilatorio Control Volumen FIO2 40%. Bien adaptado.
- Sedoanalgesia con perfusión continua de Midazolam y Mórfico, Escala RASS -3 y ESCID 0.

1^{er} día en UCI. El paciente presenta:

- No se presenta grandes cambios con respecto al día anterior, continua con inestabilidad hemodinámica debido a tiempos de bombas muy prolongados y sangrado que precisa transfusión de plaquetas y 2 concentrados de hematies, con buen resultado.
- Destacar fracaso renal agudo. Creatinina 2,8, oliguria diuresis de 30-40cc/h, balance hídrico positivo y edemas ligeros. Inicia HDFVVC.
- Mantiene sedoanalgesia con Midazolam y Morfeco en perfusión continua en ligero descenso. (la perfusión de Midazolam se retira al final del primer día de ingreso). RASS1 y ESCID 2.

2^o día en UCI. El paciente presenta:

- Mayor estabilidad hemodinámica con perfusión continua de Noradrenalina y Dobutamina en retirada.
- Sedación retirada RASS+2 y ESCID 2. Inicia perfusión continua de dexmedetomidina a 0,7 microgramos/kg/h, aproximadamente a la hora del inicio de la perfusión el paciente presenta RASS -4 y ESCID 0, además de bradicardia e hipotensión, por lo que se disminuye la perfusión a 0,2 microgramos/Kg/h con buena respuesta del paciente hasta que en un transcurso de 4 horas se consigue estabilizar la perfusión en 0,5 microgramos/Kg/h con RASS 0 y ESCID 0, por lo que se inicia con el destete y se coloca al paciente en modo ventilatorio Presión de soporte.
- Buena evolución del fracaso renal, Creatinina 1,5, mantiene terapia HDFVC.

3^{er} día en UCI. El paciente presenta:

- Estabilidad hemodinámica. No precisa perfusión de aminos.
- Retirada de HDFVC por resolución de fracaso renal. Poliuria
- Buena evolución del destete ventilatorio con perfusión continua de dexmedetomidina a 0,5 microgramos/Kg/h, RASS 0 y ESCID 0. Se realiza extubación orotraqueal, con éxito. A la hora de la extubación se comienza la disminución de la perfusión a 0,2 microgramos/Kg/h y posteriormente se retira la perfusión sin cambios fisiológicos en el paciente.

4^o día en UCI. El paciente presenta:

- Estabilidad hemodinámica.
- Mantiene saturación de oxígeno con oxigenoterapia con gafas nasales a 2l/min.
- El paciente se moviliza a sillón.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó la valoración de enfermería según el modelo de Marjory Gordon, utilizando para la recogida de datos la entrevista con familiares y la información recopilada en su historia clínica.

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN. MANEJO DE LA SALUD

No refiere alergias medicamentosas ni alimentarias.

Hábitos Tóxicos: Fumador activo 40 cigarrillos/Día

Tratamiento habitual: AAS, Metformina, Furosemida, Alprazolam, Atorvastatina, Amlodipino.

PATRÓN 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

OBESIDAD: Peso-105 kilogramos.

Talla-182 centímetros.

Índice de masa corporal (IMC)-31,7 Kilogramos/metro cuadrado.

PIEL Y MUCOSAS: Íntegra y normocoloreada.

RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN: Si.

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Número y frecuencia de deposiciones al día: 1 vez al día.

Sonda vesical tipo Foley nº 16 colocada el día de la intervención para el control de diuresis.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Situación habitual: Deambulante

Nivel funcional para la actividad- movilidad: Dependiente

Capacidad funcional para la alimentación: Dependiente

Capacidad funcional para el baño- higiene general: Dependiente

Uso del WC: Dependiente

Tubo respiratorio: Intubación orotraqueal

PATRÓN 5: SUEÑO-DESCANSO

Número de horas de sueño/día: 6 horas.

Patrón habitual de sueño: nocturno

Ayuda para dormir: toma medicación. Alprazolam.

PATRÓN 6: COGNITIVO- PERCEPTUAL

Nivel de conciencia: Comatoso

Nivel de orientación: Orientado

Estado de ánimo: Intranquilo

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO

Patrón no valorable

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

Su cuidador principal es: Esposa

Comparte el hogar: esposa y dos hijas

PATRÓN 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

Patrón no valorable

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Patrón no valorable

PATRÓN 11: VALORES Y CREENCIAS

Sin alteración observada

Se utilizó la taxonomía diagnóstica NANDA, NIC, NOC para la planificación del Plan de Cuidados Individualizado(PCI). Se detectaron:

(00047) RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.

Factores de riesgo

-Externos: Factores mecánicos, inmovilización y humedad por transpiración.

-Internos: Alteración de la circulación(Cirugía Cardíaca) y medicación (sedoanalgesia).

Criterios de resultados (NOC)

(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas

-(110113) Piel intacta.

Escala Likert—Gravemente comprometido (día de ingreso)

Escala Likert—Gravemente comprometido (1^{er} día UCI)

Escala Likert—Gravemente comprometido 2^o día UCI)

Escala Likert—Moderadamente comprometido (3^{er} día UCI)

Escala Likert—Levemente comprometido (4^o día UCI)

Intervenciones de enfermería (NIC)

(3540) Prevención de úlceras por presión

(00051) DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL.

Relacionada con barrera física (intubación) y manifestada por no poder hablar.

Criterios de resultados (NOC)

(0902) Comunicación.

-(090206) Reconoce los mensajes recibidos.

Escala Likert—Gravemente comprometido (día de ingreso)

Escala Likert—Moderadamente comprometido (1 er día UCI)

Escala Likert—Gravemente comprometido (2º día UCI)

Escala Likert—Levemente comprometido (3er día UCI)

Escala Likert— No comprometido (4º día UCI)

-(090208) Intercambia mensajes con los demás.

Escala Likert—Gravemente comprometido (día de ingreso)

Escala Likert—Moderadamente comprometido (1 er día UCI)

Escala Likert—Gravemente comprometido (2º día UCI)

Escala Likert—Levemente comprometido (3er día UCI)

Escala Likert— No comprometido (4º día UCI)

Intervenciones de enfermería (NIC)

(4920) Escucha activa.

(4976) Mejorar la comunicación: déficit del habla.

(00146) ANSIEDAD

Relacionada con la amenaza en su estado de salud, funciones del rol y entorno y

manifestada por inquietud y aumento de la transpiración.

Criterios de resultados (NOC)

(1402) Autocontrol de la ansiedad

-(140217) Controla la respuesta de ansiedad.

Escala Likert—Frecuentemente demostrado.(día de ingreso)

Escala Likert— Frecuentemente demostrado (1 er día UCI)

Escala Likert— Nunca demostrado (2º día UCI)

Escala Likert— Frecuentemente demostrado (3er día UCI)

Escala Likert— Siempre demostrado. (4º día UCI)

(1300) Aceptación: estado de salud.

-(13008) Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.

Escala Likert—Nunca demostrado.(día de ingreso)

Escala Likert—Raramente demostrado (1 er día UCI)

Escala Likert—Nunca demostrado (2º día UCI)

Escala Likert—Frecuentemente demostrado (3er día UCI)

Escala Likert—Siempre demostrado. (4º día UCI)

Intervenciones de enfermería (NIC)

(5820) Disminución de la ansiedad.

(5380) Potenciación de la seguridad.

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES.Intervenciones de enfermería (NIC).

(3160) Aspiración de las vías aéreas.

(3180) Manejo de las vías aéreas artificiales.

(3200) Precaución para evitar la aspiración.

(3230) Fisioterapia respiratoria.

(3270) Desintubación endotraqueal.

(3300) Ventilación mecánica.

(3320) Oxigenoterapia.

(3350) Monitorización respiratoria.

(3390)Ayuda a la ventilación.

(4180) Manejo de la hipovolemia

(4140) Cuidados cardíacos.

(1870) Cuidado del drenaje.

(1876) Cuidados del catéter urinario.

(2440) Mantenimiento del dispositivo de acceso venoso.

(3660) Cuidados de las heridas.

(6540) Control de infecciones.

(1400) Manejo de dolor.

(6650) Vigilancia.

(6680) Monitorización de signos vitales.

(2300) Administración de medicación.

CONCLUSIÓN

La calidad integral de la atención sanitaria supone un proceso de planificación que garantice la eficacia de las intervenciones de enfermería desde el momento que se establece contacto con el paciente al ingreso en unidades de cuidados intensivos.

Dicha planificación, además del conocimiento y manejo de protocolos farmacológicos como es en este caso la dexmedetomidina, permiten llevar a cabo cuidados de calidad, acortando tiempos de intubación, concluyendo con extubaciones exitosas y disminuyendo el número de días de ingreso en unidades de cuidados intensivos.

BIBLIOGRAFÍA

- NANDA.Diagnosticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2015-2017. Gordon, M. Manual de diagnosticos enfermeros. Mosby, Doyma. Madrid 2003.
- Guia práctica clinica basada en la evidencia para el manejo de la sedo-analgesia en el paciente adulto críticamente enfermo 2007
- Moorhead, S. Jonson, M. Maas, M, editors. Clasificación de resultados de enfermería(NOC). 3ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
- McCloskey Dochterman, J. Bulechek, G, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PACIENTE CON DEMENCIA FRONTOTEMPORAL Y PARA SU CUIDADOR PRINCIPAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

NURSING CARE PLAN FOR PATIENTS WITH FRONTOTEMPORAL DEMENTIA AND THEIR PRIMARY CAREGIVER. APROPOS OF A CASE

■ MARÍA ROCÍO MESEGUER FERNÁNDEZ. ENFERMERA.

RESUMEN: La demencia frontotemporal (DFT) es un síndrome crónico que produce un deterioro progresivo e irreversible del conjunto de las funciones cognitivas y trae asociada una serie de trastornos de conducta, cambios en la personalidad y afectación del lenguaje. Produce una dependencia grado III según la Ley de la Dependencia, por lo que se necesita de un cuidador principal para que preste los cuidados a la persona enferma.

Se presenta en este caso clínico a G.C.F. (persona enferma de demencia frontotemporal) y a su cuidador principal S.F.R. (su marido), dando lugar con ello a un plan de cuidados de enfermería para ambos, teniendo en cuenta las necesidades básicas que propone Virginia Hendersson y la puesta en práctica de las taxonomías de diagnósticos (NANDA), de resultados (NOC) y de intervenciones (NIC).

PALABRAS CLAVE: Demencia frontotemporal, cuidador, atención de enfermería, enfermería.

ABSTRACT: Dementia frontotemporal (DFT) is a chronic syndrome that causes a progressive and irreversible cognitive functions set deterioration and associated brings a series of behavioural disorders, changes in personality and affectation of the language. Produces a dependency grade III according to the law of dependence, so it is needed from a primary caregiver for take care to the sick person.

Occurs in this case clinical G.C.F. (sick of frontotemporal dementia person) and their primary caregiver S.F.R. (her husband), thereby giving place to a nursing care plan for both, taking into account basic needs proposed by Virginia Hendersson and the implementation of the taxonomies of diagnosis (NANDA), results (NOC) and interventions (NIC).

KEY WORDS: Frontotemporal dementia, caregiver, nursing attention, nursing.

INTRODUCCIÓN

La demencia frontotemporal (DFT) es una enfermedad neurodegenerativa difícil de diagnosticar, poco común y que aparece de forma extraña. Esta enfermedad produce en la persona enferma déficits a nivel funcional, cognitivo y emocional; lo cual hace que dependa de un cuidador principal para satisfacer las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Constituye la tercera causa de demencia degenerativa y la segunda causa más frecuente de demencia en menores de 65 años. No se conoce la causa de la DFT, aunque gracias al avance científico se está investigando y llegando a conclusiones. Ante todo tener en cuenta que las demencias son generalmente progresivas y empeoran con el tiempo, son generalmente degenerativas y no reversibles, hasta hoy no se ha encontrado cura para la DFT, aunque sí es necesario un diagnóstico diferencial precoz de esta enfermedad para evitar una progresión rápida e intentar mejorar la situación vital de la persona.

En la mayoría de los casos la DFT se produce por herencia de tipo autosómica dominante de una mutación en un determinado gen. Los hijos o hermanos de alguien con esta enfermedad están en riesgo en un 50% de llevar el mismo gen defectuoso. Las familias con una mutación conocida deben ser derivadas a un servicio de genética especializado para el asesoramiento.

La media de supervivencia en pacientes con DFT es de 6 a 11 años desde el inicio de los síntomas y de 3 a 4 años desde el diagnóstico.

La demencia frontotemporal presenta tres variantes principales:

VARIANTE FRONTAL

- ⇒ Enfermedad de Pick. Produce alteración de la conducta y la personalidad. Da lugar a síndrome disejecutivo y déficit de memoria declarativa.
- ⇒ Demencia Frontal. Da lugar a cambios de conducta y de personalidad. Se caracteriza también por el síndrome disejecutivo.

VARIANTE TEMPORAL

- ⇒ Afasia progresiva primaria. Se caracteriza por el deterioro progresivo de la producción del lenguaje. En la variante fluente se ve afectado el procesamiento semántico y en la no fluente predominan errores gramaticales y parafasias fonológicas.
- ⇒ Demencia semántica. Produce deterioro de la memoria semántica. Se producen parafasias semánticas. Existe un lenguaje espontáneo fluente pero sin contenido.

OTRAS

- ⇒ Degeneración Córtrico-Basal. Se caracteriza por el síndrome rígido-acinético asimétrico y apraxia ideo-motora asimétrica.
- ⇒ Gliosis Subcortical Progresiva. Produce desorientación, afasia, agnosia y posible clínica psicótico-depresiva.

Aproximadamente el 20-30% de las personas con DFT también desarrollan un trastorno motor, antes o después del inicio de la enfermedad. El trastorno motor causa dificultades con el movimiento, es poco frecuente pero más probable en este tipo de demencia.

La evolución de la enfermedad depende del subtipo clínico del que

se trate y de si existe alguna patología asociada. Se ha investigado y se ha llegado a la conclusión de que los tres subtipos pueden presentarse en un mismo individuo con el progreso de la enfermedad, debido al daño más generalizado que se produce en el cerebro.

En las últimas etapas de la DFT la persona puede mostrar inquietud y actitudes agresivas, es incapaz de reconocer a familiares y amigos.

La ausencia de un tratamiento farmacológico para frenar la evolución progresiva de esta enfermedad ha llevado a multitud de profesionales (enfermeros, neurólogos, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, psicólogos, etc.) a estudiar, establecer y realizar intervenciones no farmacológicas con el objetivo de ayudar a mantener la capacidad funcional del individuo, a disminuir su situación de dependencia y a evitar un progreso rápido del deterioro cognitivo. Con ello, se logra disminuir los trastornos de conducta del sujeto y la sobrecarga asociada al cuidador. Para conseguir esto se ponen en práctica las siguientes estrategias:

- **Estilo de vida y cambios ambientales.** Lo primero una vez diagnosticada la persona de DFT es que tanto el paciente como el cuidador busquen información validada sobre esta enfermedad y ponerse en contacto con otras personas que estén pasando por la misma situación o similar. Además es necesario tomar medidas de seguridad en el hogar y alrededor del sujeto porque podrían dejar ollas en la estufa, pasear por la calle vestidos inadecuadamente o incluso desnudos, pueden perderse mientras dan un paseo sin saber el camino para volver a su casa, pueden mostrar comportamientos agresivos y de riesgo. Por tanto, hacer cambios en el medio ambiente ayuda a mejorar las conductas y comportamientos del paciente. Aprender a tener paciencia en estas situaciones es importante, pero ahorrar esta energía al establecer medidas de seguridad es más eficaz.
- **Terapia de movimiento.** Se intenta mediante ejercicios pasivos el movimiento de las articulaciones y también hacer esfuerzos leves con las piernas y/o brazos. Del mismo modo, es recomendable que la persona ande para prolongar el tiempo en el que los músculos se empiezan a atrofiar. Después de muchos años con DFT, el paciente necesitará una silla de ruedas y requerirá atención las 24 horas del día ya sea en su casa o en una institución.
- **Rehabilitación y entrenamiento cognitivo** para potenciar aspectos preservados y evitar el progreso de áreas deficitarias. El objetivo es establecer un plan de cuidados del paciente e intentar mejorar o preservar su funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- **Estimulación sensorial** mediante el desempeño de actividades recreativas: musicoterapia, el contacto físico, dibujar, etc.
- **Terapia funcional.** Las personas con DFT se vuelven incontinentes tanto a nivel urinario como fecal, por tanto, es necesario el uso de pañal, descuidan su aseo personal, para ello necesitan de una persona que les ayude y asesore con asistencia física parcial y/o total, son incapaces de cocinar, hacer la compra, manejar dinero, mantener una conversación fluida y coherente, etc., se vuelven cada vez más dependientes y necesitan apoyo las 24 horas del día. Se intenta preservar estas capacidades pero la evolución de la enfermedad lo hace imposible.

Cuidar de un familiar con DFT es complejo y dependiente de diversos factores.

Cuando el cuidado se prolonga en el tiempo supone un desgaste

físico y psíquico evidente por lo que es necesario aportar apoyo emocional al cuidador y soluciones para mejorar la adaptación a esta situación. Según la bibliografía consultada el desgaste emocional es más frecuente que el físico.

El 65% de los familiares que cuidan de un enfermo diagnosticado de DFT sufren cambios importantes en su vida. Muchos llegan a padecer cansancio del rol del cuidador. Los cambios más importantes que se producen son:

- En las relaciones familiares, debido a que la tarea de cuidar de una persona enferma y además dependiente genera conflictos por el desacuerdo entre el cuidador principal y otros familiares a la hora de decidir las formas de proporcionar los cuidados. En el propio hogar también se genera tensión por el hecho de perder espacios propios, por sufrir cambios en las costumbres que se tenían por ejemplo al ver la televisión o al comer y por la pérdida de dedicación al tiempo de ocio.
- Los cambios en el estado de ánimo del cuidador son muy frecuentes. Se pueden producir sentimientos positivos por contribuir al bienestar del ser querido, sin embargo, en ocasiones también aparecen sentimientos negativos de tristeza, culpabilidad, preocupación, frustración, etc.
- Se producen también cambios a nivel económico y en el trabajo. La persona cuidadora necesita reducir su jornada de trabajo y en ocasiones es necesario e incluso renunciar a él, mientras los gastos en modificaciones arquitectónicas del hogar, en higiene, vestido, en tratamientos farmacológicos, terapéuticos y socio-sanitarios aumentan.
- Se produce un aislamiento del entorno en el cuidador porque no dispone de tiempo libre para dedicarle a los amigos, a sí mismo o a la familia.
- En el cuidador se producen cambios en la salud manifestándose con alteraciones del sueño, dolores musculares, cansancio, etc.

Se va a abordar este caso empleando el modelo de Virginia Henderson (VH) por varias razones: incluye la colaboración con otros profesionales de la salud, da una imagen de unicidad de la persona, reconoce que la persona posee el potencial de cambio y demuestra las ventajas de desarrollar un estilo de vida sano y de mejorar y mantener un entorno saludable. Además propone el proceso enfermero para llevarlo a la práctica y permite usar taxonomías de diagnósticos (NANDA), de resultados (NOC) y de intervenciones (NIC).

PRESENTACIÓN DEL CASO

La paciente G.C.F. tiene 53 años. Vive con su marido S.F.R. el cual tiene 54 años. Tienen dos hijos, uno de 24 años y otro de 27.

Todo empezó en el año 2009 cuando su marido empezó a evidenciar comportamientos extraños en ella, como: olvidos (olvidaba el camino hasta su casa, olvidaba apagar la estufa y la vitro-cerámica, ponía helados en el frigorífico, olvidaba recetas de cocina, no recordaba fechas importantes, no sabía responder al teléfono, etc.), pasó del olvido a la agresividad tanto con familiares como en la calle con personas ajenas, dejó de hacer las tareas del hogar, fue perdiendo la higiene personal evitando también que lo hicieran por ella, comía de pie, al verse en el espejo hablaba sola y discutía con ella misma (con verborrea), estaba la mayor parte del tiempo andando por casa, sin descansar, no sabía leer, presentaba risas espontáneas y llantos inmotivados.

Tras evidenciar esto, su marido la llevó al médico de atención primaria donde fue diagnosticada de depresión. La derivaron a Salud Mental.

No conforme los familiares por no presentar la paciente respuesta al tratamiento farmacológico y no farmacológico que se le estaba administrando, insistieron. Fue en 2011 cuando le diagnosticaron la demencia frontotemporal. En 2015 fue reconocida de dependencia grado III, según la Ley de la Dependencia.

El cuidador S.F.R. pasó también por diversas etapas desde que diagnosticaron a su esposa de esta enfermedad: dice que hubo un momento en el que se sentía desbordado debido al estrés. Él tuvo que someterse a hacer todas las tareas de la casa, ir a trabajar y atender a su esposa, ya que conforme la enfermedad iba evolucionando la mujer necesitaba atención y ayuda las 24 horas del día, por tanto, la situación lo superaba, sentía cansancio.

En este periodo S.F.R. fue hospitalizado varias veces por padecer arritmias, dice que la mayor parte del tiempo se encontraba nervioso e impotente.

Valoración del caso

2.2.1. Recogida de datos y validación.

G.C.F. padece deterioro cognitivo de tipo frontotemporal con alteraciones conductuales y del lenguaje.

● Antecedentes.

⇒ Familiares:

Su padre murió de Alzheimer y padecía Parkinson. Su abuela paterna se demenció.

⇒ Personales:

Útero miomatoso. Anticoncepción de barrera.

No alergias medicamentosas conocidas (NAMC). No fumadora desde hace 5 años.

Sufrió 2 ataques epilépticos. PA: 110/60 mm de Hg.

Peso: 45 Kg. Talla: 1,44 m. T^a: 36,5°C.

● Tratamiento actual:

Levetiracetam 250 mg. Alprazolam 2 mg.

En caso de agitación: 0,5 mg de lorazepam.

● Escalas y cuestionarios de enfermería.

⇒ Para la persona con DFT:

Barthel (30 puntos): Dependencia severa para satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria.

Pfeiffer (10 errores): Deterioro cognitivo grave.

MEC (Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo) (3 puntos): Deterioro cognitivo severo en cuanto a orientación, fijación, concentración, cálculo, memoria y lenguaje.

● Valoración inicial de enfermería según necesidades básicas de Virginia Henderson:

1.- Necesidad de respirar normalmente.

G.C.F. presenta una respiración normal sin secreciones, ni expectoración, tampoco presenta sensación de ahogo, sofoco ni disnea.

2.- Necesidad de comer y beber adecuadamente.

La paciente no puede comer sola, desde hace tiempo sólo come comida triturada por tener dificultades para tragar.

3.- Necesidad de eliminar por todas las vías corporales. Presenta incontinencia urinaria y fecal, usa pañales.

4.- Necesidad de moverse y mantener posturas adecuadas. La paciente se encuentra actualmente en silla de ruedas.

5.- Necesidad de dormir y descansar.

No tiene un sueño de buena calidad y cantidad debido a su nivel de agitación.

6.- Necesidad de escoger ropas adecuadas, vestirse y desvestirse. No es capaz de vestirse y desvestirse sola.

7.- Necesidad de mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales. La paciente necesita ayuda para adecuar la vestimenta a la estación del año.

8.- Necesidad de mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

La paciente necesita ayuda para el cuidado del cabello, de las uñas y de los dientes. Mantiene la piel íntegra e hidratada con ayuda.

9.- Necesidad de evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas. G.C.F. no presenta hábitos tóxicos. No presenta alergias.

10.- Necesidad de comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.

La paciente presenta afasia. No reconoce a sus familiares. Se le aprecia estado de nerviosismo.

11.- Necesidad de vivir de acuerdo con sus propios valores y creencias.

La paciente siempre ha sido creyente. Le gusta mucho la Semana Santa y asistía a las procesiones.

12.- Necesidad de ocuparse en algo de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.

La paciente se dio de baja en su trabajo hace años por incapacidad. La paciente muestra confusión y desorientación.

13.- Necesidad de participar en actividades recreativas. Le gusta la música.

14.- Necesidad de aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los recursos disponibles.

G.C.F. no tiene capacidad para conocer el proceso de su salud debido a la patología que padece. Presenta apatía.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA LA PACIENTE

(00102) Déficit de autocuidados: alimentación relacionado con deterioro cognitivo

(falta de voluntad) y manifestado por incapacidad para alimentarse.

Criterio de resultado (NOC): (1004) Estado nutricional. Intervención (NIC): (1803) Ayuda con autocuidados: alimentación. Actividades:

Ayuda para la toma de líquidos y sólidos. En este caso concreto, la paciente necesita ayuda para cortar los alimentos, ella no puede utilizar cuchillos por riesgo de cortarse accidentalmente, necesita a alguien que le ayude a llevar el alimento hasta la boca, en el caso de usar tenedor el cuidador tiene que picar el alimento y si se trata de algún alimento líquido como la sopa es necesario que le llenen la cuchara. En el caso de hidratarse, necesita apoyo para dirigir el vaso hasta su boca y de alguien que esté pendiente para asegurarse de que bebe un litro y medio de agua aproximadamente.

(00108) Déficit de autocuidado: baño relacionado con deterioro cognitivo (falta de voluntad) y manifestado por incapacidad para lavar totalmente el cuerpo.

Criterio de resultado (NOC): (0301) Autocuidados: baño. Intervención (NIC): (1801) Ayuda con autocuidado: baño/higiene. Actividades:

La paciente necesita que le bañen y que le hidraten la piel.

(00110) Déficit de autocuidado: uso del inodoro relacionado con deterioro cognitivo

(falta de voluntad) y manifestado por incapacidad para llegar hasta el inodoro.

Criterio de resultado (NOC): (0310) Uso del inodoro. Intervención (NIC): (1804) Ayuda con los autocuidados: aseo. Actividades:

Ayuda para la eliminación. Esta paciente utiliza pañal por ser incontinente fecal y urinaria, por tanto, necesita de alguien que le cambie el pañal.

(00109) Déficit de autocuidado: vestido relacionado con deterioro cognitivo (falta de voluntad) y manifestado por incapacidad para mantener buen aspecto.

Criterio de resultado (NOC): (0302) Autocuidados: vestir.

Intervención (NIC): (1802) Ayuda con los autocuidados: Vestir/Arreglo personal. Actividades:

Ayuda para vestirse y acicalarse. Actualmente, la paciente tiene dificultad con la movilidad, para vestirse y desvestirse necesita de alguien que organice los pasos a seguir y le ayude a llevarlos a cabo, es conveniente utilizar siempre la misma rutina y empezar a vestir o desvestir desde arriba hacia abajo, o viceversa, pero siempre en el mismo orden.

(00096) Deprivación del sueño relacionada con la demencia (falta de voluntad) y manifestada por la agitación.

Criterio de resultado (NOC): (1214) Nivel de agitación. Intervención: (5880) Técnica de relajación.

Actividades:

-Llevar a cabo medidas agradables como frotar suavemente la espalda, baños de agua caliente antes de irse a la cama, tomar un vaso de leche caliente con o sin infusión relajante antes de acostarse.

-Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible.

-Ajustar el ambiente para favorecer el sueño (luz tenue, disminuir los ruidos, mantener una temperatura ambiental adecuada, proporcionar un colchón y una cama cómoda).

-Sentarse y hablar de forma relajada con la paciente.

-Favorecer una respiración lenta, profunda, intencionadamente.

-Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad.

-Identificar a los seres queridos cuya presencia puede ayudar a la paciente.

-Valorar los efectos que tiene la medicación de la paciente en el esquema del sueño.

(00015) Riesgo de estreñimiento relacionado con actividad física insuficiente (falta de fuerza física) y debilidad de los músculos abdominales.

Criterio de resultado (NOC): (0501) Eliminación intestinal. Intervención: (0450) Manejo del estreñimiento/impactación. Actividades:

-Vigilarla aparición de signos y síntomas de estreñimiento.

-Vigilar si existen sonidos intestinales.

-Instruir a la familia en el proceso de hidratación de la paciente y el beneficio de dietas ricas en fibras.

-En caso necesario, extraer la impactación fecal con el uso de sondas.

(00085) Deterioro de la movilidad física relacionado con deterioro musculo- esquelético (falta de fuerza psíquica) y manifestado por la limitación de la habilidad para las actividades motoras.

Criterio de resultado (NOC): (0201) Ambular: silla de ruedas. Intervención: (0846) Cambio de posición: silla de ruedas. Actividades:

-Comprobar la posición del paciente en la silla de ruedas mientras se sienta en el cojín seleccionado y con el calzado adecuado.

-Determinar el tiempo que permanece el paciente sentado en la silla de ruedas, en función de su estado de salud.

-Enseñar al paciente a manejar la silla de ruedas, si procede.

(00129) Confusión crónica manifestada por el deterioro cognitivo progresivo (falta de voluntad) y relacionada con la demencia.

Criterio de resultado (NOC): (0900) Cognición.

Intervención (NIC): (5360) Terapia de entretenimiento. (6460) Manejo de la demencia. Actividades:

- Introducir estímulos a los cinco sentidos (por ejemplo: utilizar álbumes de fotos de la paciente para estimular los recuerdos de forma visual, utilizar música para el sentido auditivo, también es posible utilizar perfumes para estimular el sentido olfativo, etc.).

-Ajustar la duración de la sesión según el grado de atención de la paciente.

-Cantar e interaccionar utilizando música de la cultura de la paciente.

-Utilizar colores y números para que la paciente pueda identificarlos.

- Proporcionar ánimo, apoyo y empatía.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL CUIDADOR PRINCIPAL

⇒ Escalas de enfermería administradas al cuidador principal:

ISC (Índice de Esfuerzo del Cuidador) (11 puntos): Nivel elevado de esfuerzo. Goldberg (ansiedad y depresión).

Ansiedad (4 puntos): sí presenta. Depresión (2 puntos): sí presenta.

En cuanto al cuidador, tras los cuestionarios administrados y según los resultados obtenidos se puede decir que existen estos diagnósticos: cansancio del rol del cuidador, ansiedad, estrés y baja autoestima situacional. Para abordar estos diagnósticos se emplea el modelo AREA:

El estrés por sobrecarga es el diagnóstico enfermero que más flechas reúne. Se piensa que abordando este diagnóstico los otros desaparecen. Es tan sencillo como aportar intervenciones al cuidador para controlar su nivel de estrés. Si esta variante es adecuada no se produce cansancio del rol del cuidador porque tendría conocimientos para poder afrontar la situación en la que se encuentra, tampoco se produciría baja autoestima situacional porque se sentiría satisfecho con aquello que realiza, de la misma forma que no se produciría ansiedad. Por tanto, se mostrarán los

objetivos para este diagnóstico y un plan de cuidados específico. A continuación, se formularán los problemas.

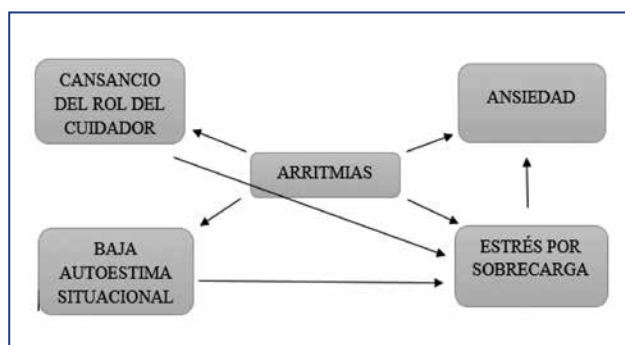


Ilustración 1. Modelo ÁREA para el cuidador principal. Elaboración propia.

(00177) Estrés por sobrecarga manifestado por la sensación de presión (falta de conocimientos) y relacionado con la coexistencia de múltiples agentes estresantes.

Criterios de resultado (NOC):

(1402) Autocontrol de la ansiedad.

(2508) Bienestar del cuidador principal. (1205) Autoestima.

Intervención (NIC): (5230) Aumentar el afrontamiento.

Actividades:

-Alentar al paciente para encontrar una descripción realista del cambio de papel.

-Valorar la comprensión del paciente sobre la enfermedad que padece su ser querido.

-Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.

-Disponer un ambiente de aceptación.

-Proporcionar información objetiva al cuidador sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la enfermedad que padece su ser querido.

-Proporcionar al cuidador elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.

-Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.

-Comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.

-Desalentar la toma de decisiones por parte del cuidador cuando se encuentre bajo un fuerte estrés.

-Establecer metas.

-Ayudar a S.F.R. a identificar sistemas de apoyo.

-Fomentar las actividades sociales del paciente.

-Confrontar los sentimientos ambivalentes del cuidador (enfado o depresión).

-Facilitar la expresión de preocupaciones y ayudarle a buscar soluciones de forma constructiva.

-Presentar al paciente personas o grupos que hayan pasado por la misma situación con éxito.

-Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados por parte del paciente mediante técnicas de relación, por ejemplo.

-Animar a S.F.R. para que exprese sus sentimientos, percepciones y miedos.

-Animar al paciente para identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.

CONCLUSIONES

Como conclusión decir que el papel de la enfermería es esencial para establecer y aplicar planes de cuidados individualizados para la población. Puede resultar muy beneficioso para el paciente o la paciente que padece este tipo de demencia porque recibe cuidados de calidad por parte de su cuidador/a al tener éste/ésta conocimientos basados en la evidencia científica y que aplicará en la práctica.

El saber proporciona seguridad y en este caso clínico se da bastante información sobre la patología en sí, la evolución que tiene la persona enferma y se aportan planes de cuidados para la paciente y el cuidador, ya que consideramos muy importante la capacidad del cuidador/a principal para abordar esta situación y que no lleve a resultar abrumadora. Se decide abordar al cuidador principal en este caso clínico porque es necesario que éste/ésta disfrute de un nivel óptimo de salud para poder ofrecer cuidados de calidad a la persona que cuida.

BIBLIOGRAFÍA

- Nadal Arbona R. Demencia Frontotemporal. Máster. Instituto Superior de Estudios Psicológicos, ISEP Formación; 2013-2015.
- Iragorri A. Demencia Frontotemporal. Revista Colombia. 2007; XXX-VI(1).
- González Guerrero L, Fernández Guinea S. Demencia frontotemporal: Manifestaciones clínicas y repercusiones forenses. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Departamento de psicología clínica; 2005.
- Ostrosky Solis F, Madrazo I, Vélez García A. Demencia Frontotemporal: Estudio Neuropsicológico y Neurológico de un caso. Revista de Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. 2008 Abril; VIII(1).
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Atención a las Personas con Alzheimer y otras Demencias. Guías de Práctica Clínica en el Sistema Nacional de Salud. Barcelona: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Departamento de Salud.
- Ostrosky F, Lozano Gutiérrez A. Demencia Frontotemporal: Una Revisión. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. 2012 Abril; XII(1).
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, páginas 44142 a 44156. Departamento: Jefatura del Estado. Referencia: BOE-A-2006- 21990.
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. [Online]. Citado 3 Enero 2016. Disponible en: <http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/barthel.pdf>.?pag.
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. [Online]. [cited 2016 Enero 3]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?=/contenidos/gestioncalidad/CuestEnt/PT6DetCognitivoPfeiffer.pdf>.
- [Online]. Citado 3 Enero 2016. Disponible en: http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf.
- Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. [Online]. Citado 3 Enero 2016. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/indice_de_esfuerzo_del_cuidador.pdf.
- Junta de Andalucía. Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente. Salud Mental. [Online]. Disponible en: [http://www.centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indice/s/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollulos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indice/s/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf).
- TH. H. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: definiciones y clasificación Barcelona: Elsevier; 2012-2014.
- Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC): Medición de Resultado en la Salud. Quinta ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación Intervenciones de Enfermería (NIC). Sexta ed. Barcelona: Elsevier; 2013.

EVOLUCIÓN DE UNA ÚLCERA POR PRESIÓN MEDIANTE MÉTODO TIME

EVOLUTION OF PRESSURE ULCER BY TIME METHOD

- NICOLÁS BENÍTEZ MUÑOZ. ENFERMERO EN EL CENTRO DE SALUD DE EL ZAIDÍN (GRANADA), PERTENECIENTE AL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.
 - ELENA OROZCO CARRERAS. ENFERMERA ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE RONDA (MÁLAGA), PERTENECIENTE AL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.
 - CARMEN MARÍA GÓMEZ RAMÍREZ. ENFERMERA ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN EL CENTRO DE SALUD DE CARMONA (SEVILLA), PERTENECIENTE AL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.
- ESTE TRABAJO NO SE HA PRESENTADO EN NINGÚN CONGRESO.

RESUMEN: El objetivo principal por lo que se lleva a cabo la presentación de este caso clínico es realizar tanto la evaluación como el seguimiento de una úlcera por presión, llevando a cabo una observación mediante método *time* junto a una prestación de cuidados de calidad.

Como conclusión principal destacamos la importancia de aplicar la última evidencia científica disponible en nuestra práctica enfermera, ya que esto repercute en los cuidados que ofrecemos a nuestros pacientes y la satisfacción percibida por ellos y por los profesionales que aplican estos cuidados.

PALABRAS CLAVE: enfermería, úlcera por presión, evidencia, tratamiento, apósitos

ABSTRACT: The main aim why we carry out this clinical case is to implement as an evaluation as the follow up of a pressure ulcer, carrying out an observation through time method beside giving quality care.

As main conclusion we have got the value of applying the last scientific evidence during our nursing practice as this has repercussions on the care we offer to our patients and on the satisfaction perceive by them and by the professionals who care of them.

KEYWORDS: nursing, pressure ulcer, evidence, treatment, dressing

INTRODUCCIÓN

A continuación abordamos un caso clínico de la evolución de una úlcera por presión (en adelante UPP) mediante método *time*^{1,2}: éste método consiste en el abordaje del lecho ulceral actuando sobre cuatro parámetros y utilizando evidencias científicas en cada uno de los pasos incluidos en el proceso. El método tiene como objetivo describir las características observables de las heridas crónicas en el marco de la preparación del lecho de la herida.

Para ello utiliza el acrónimo *time*: Tissue (tejido); Infection (infección); Moisture (humedad) y Edge (bordes). Mediante la descripción de estos parámetros decidimos la elección de los medios a utilizar para el abordaje integral de la lesión. Esta elección se llevó a cabo mediante evidencias científicas a través de búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos electrónicas: Medline, Trip Database, PubMed y UptoDate. Las palabras claves utilizadas en la búsqueda fueron: evidencia, úlcera por presión, enfermería, tratamiento, apósitos.

Consideramos oportuno el uso de los valores iniciales y series fotográficas, más concretamente el programa Evernote³ para monitorizar la curación de la úlcera por presión a lo largo del tiempo (Grado de recomendación evidencia = C).

Los niveles de evidencias que hemos utilizado están descritos en las siguientes dos tablas; las evidencias fueron revisadas para conocer su calidad científica y los estudios individuales fueron clasificados por diseño y calidad (ver Tabla 1)^{4,11}. Evaluamos el cuerpo acumulativo de todas las evidencias que apoyaban cada recomendación y asignamos una escala de "Fuerza de la evidencia" utilizando los criterios de la Tabla 2⁵.

RESULTADOS

Caso clínico: abordaje de la lesión

Paciente de 44 años, dependiente total a causa de un Síndrome Medular tras traumatismo, con puntuación en Índice Barthel=50^{6,14} y Test Pfeiffer=0⁷, que suple su déficit de movilidad y deterioro

de la deambulación (propio de una paraplejía) utilizando silla de ruedas mecanizada, que moviliza con la poca funcionalidad que conserva en miembros superiores. El resto de las necesidades básicas que presenta son cubiertas con la colaboración de su cuidadora principal (su hermana)⁸.

Por la incontinencia urinaria refleja, esta sondado permanentemente con sonda de silicona, conectada a bolsa colectora cerrada de 750 ml de capacidad, que lleva fijada a su pierna derecha. Como antecedentes personales están: obesidad mórbida, hiperuricemia e hipertrigliceridemia. Sus hábitos tóxicos son consumo de alcohol moderado y alimentación hipercalórica.

Antecedentes de UPP en miembros inferiores en 2 ocasiones, con evolución tórpida de larga evolución. Presenta deformidad en ambos pies; a pesar de utilizar calzado ortopédico adaptado, pasa la mayor parte del día en sedestación. Actualmente presenta UPP Grado III^{9,13}, que afecta tejido muscular en talón de pie derecho y en la que hay presentes esfacelos en algunas zonas del lecho ulceral, siendo el resto tejido sano; también presenta exudado de origen sero-hemático y en cantidad abundante, el cual macera la piel perilesional; no se observan signos evidentes de infección. Al inicio, las dimensiones son 10 cm de longitud x 5 cm de ancho y 2 cm de profundidad en la zona central.



(Foto 1)

1 Ensayo(s) aleatorio(s) a gran escala con resultados precisos (y con un riesgo de error bajo)
2 Ensayo(s) aleatorio(s) a pequeña escala con resultados inciertos (y con un riesgo de error de moderado a alto)
3 Ensayo(s) no aleatorio(s) con grupos de control concurrentes o contemporáneos
4 Ensayo(s) no aleatorio(s) con controles históricos
5 Series de casos sin grupos de control. Especificar el número de sujetos.

Tabla 1. Nivel de evidencia de estudios individuales

Adaptado de Sackett, 1989.

A La recomendación se ve apoyada por evidencias científicas directas provenientes de ensayos controlados adecuadamente diseñados e implementados en úlceras por presión en humanos (o humanos en riesgo de padecer úlceras por presión), que proporcionan resultados estadísticos que apoyan de manera consistente la recomendación de la guía (se requieren estudios de nivel 1)

B La recomendación se ve apoyada por evidencias científicas directas provenientes de series clínicas adecuadamente diseñadas e implementadas en úlceras por presión en humanos (o humanos en riesgo de padecer úlceras por presión), que proporcionan resultados estadísticos que apoyan de manera consistente la recomendación de la guía (estudios de nivel 2, 3, 4 y 5)

C La recomendación está apoyada por evidencias científicas indirectas (por ejemplo: estudios en sujetos humanos normales, humanos con otro tipo de heridas crónicas, modelos animales) y/o la opinión de los expertos.

Tabla 2. Escala de la fuerza de la evidencia para cada recomendación
Fuerza de la evidencia

La causa más plausible de esta úlcera ha sido la maceración de la piel provocada por una pérdida fortuita de orina procedente de la bolsa colectora, acompañado de una presión continua durante varias horas ^{10,11,12}. El paciente y su cuidadora nos refieren que pasa periodos de más de 8 horas en sedestación en la silla de ruedas y, a pesar de que utiliza calzado ortopédico adecuado, la presión en este talón en concreto es continua.

Inicialmente, esta lesión era candidata a abordarla con un auto injerto de piel, pero la ausencia de enfermedades de base crónicas coadyuvantes y la edad del paciente nos ofrecieron opciones reales de tratarlo de forma menos agresiva y a nivel ambulatorio.

El paso inicial fue reforzar el papel del su cuidadora, haciéndola participe desde un principio en la intervención, fomentando su habilidad, conocimientos, recursos y motivación ⁸, así como con el paciente, formando parte del plan de cuidados (Evidencia B).

Al ser un paciente con lesión medular y conociendo las barreras de este caso, lo siguiente era evitar la presión en la zona y los periodos prolongados en sedestación ^{9,10,11,12}. Para reducir la presión acordamos reducir las horas a pasar en la silla y aplicamos en todas las curas vendaje con algodón y venda elástica.

Durante el tratamiento de la lesión (en todas la fases) el procedimiento común fue la limpieza de la herida con polihexadina para irrigar y evitar la formación de biofilm, y posterior limpieza con suero fisiológico ^{11,12,13} (evidencia A).

Comenzamos en la primera cura con desbridamiento químico utilizando crema de colagenasa ^{12,13} ya que, para curar una úlcera, es imprescindible eliminar el tejido desvitalizado y/o necrosado mediante el desbridamiento (Evidencia C). Para controlar el exceso de exudado (al resultar éste abundante), utilizamos apósito de hidrofibra de hidrocoloide con plata ^{11,12} como apósito secundario (evidencia B). Este tratamiento inicial duró una semana con curas cada 48 horas. (Foto 2)

Cinco semanas desde el comienzo de las curas locales no había presencia de esfacelos en el lecho ulceral, pero a pesar de utilizar el apósito de hidrofibra el control de exudado resultó insuficiente y



(Foto 2)

se ha maceró la piel perilceral ^{11,12,13}. Continuamos las cura con apósito de hidrofibra con hidrocoloide y plata ^{11,12}, y vendaje oclusivo (sin colagenasa desde este momento) y vigilamos evolución. (Foto 3)

Tras aplicar apósito de hidrofibra de hidrocoloide con plata y vendaje oclusivo con venda de algodón hidrófobo más venda de crepé, a las 72 horas la piel perilceral era íntegra, tejido de granulación en lecho y ligera reducción del perímetro de la lesión. No se evidenciaban signos de infección, el tejido fue creciendo de



(Foto 3)

forma vertical, con presencia de tejido de granulación/reposición en todo el lecho, pero el exudado seguía siendo abundante por lo que la piel de la zona caudal se encontraba macerada. Por ello, decidimos pasar a apósito de espuma de poliuretano con hidrocoloide e hidrofibra para controlar el exudado (evidencia B) y mantener el lecho de la herida húmedo^{11,12,13} (evidencia C) (los apósitos de espuma están indicados sobre UPP de Grado III poco profundas (evidencia B) y, además, evitan efecto de cizallamiento sobre zonas del cuerpo que sufran este riesgo (evidencia B)). Hasta ahora, el diámetro de la lesión había reducido en un 50% aproximadamente (4.3 cm de longitud x 2.1 cm de ancho y 8 mm de profundidad en la zona central). Se continuó con curas similares cada 48 horas. (Foto 4)



(Foto 4)

Durante 8 semanas continuamos con curas cada 48-72 horas y con el mismo tratamiento (limpieza de la lesión con suero fisiológico y apósito de hidrofibra e hidrocoloide) hasta que la upp se resolvió 13 semanas después (no más signos de maceración ni signos de infección aparecieron en este período). (Foto 5)



(Foto 5)

Éste fue el resultado final (Foto 6)



(Foto 6)

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La aplicación de la última evidencia científica disponible es la clave para un adecuado abordaje de las heridas crónicas y lesiones por presión.

Una formación especializada del equipo asistencial básico de Atención Primaria, en el abordaje de heridas crónicas y lesiones por presión y aplicando las últimas evidencias científicas disponibles resulta imprescindible a la vez que reduce tanto las molestias del paciente como los costes asistenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vowden KR, Vowden P. Wound debridement, Part 2: sharp techniques. *J Wound Care* 1999; 8(6): 291-294
2. Flanagan M. Wound measurement: can it help us to monitor progression to healing? *J Wound Care* 2003; 12(5): 189-194
3. <https://evernote.com/intl/es/>
4. Sackett D, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone; 2000
5. Schünemann HJ, Fretheim A, Oxman AD. Improving the use of research evidence in guideline development: 1. Guidelines for guidelines. *Health Res Policy Syst.* 2006;4:13
6. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65
7. J.I. González, L. Rodríguez, I. Ruipérez. Validación del cuestionario de Pfeiffer y la escala de incapacidad mental de la Cruz Roja en la detección del deterioro mental en los pacientes externos de un servicio de Geriatría *Rev Esp Geriatr y Gerontol*, 27 (1992), pp. 129-13
8. Family Caregiver Alliance. Family caregiving: State of art, future trends. Chicago: National Center on Caregiving at Family Caregiver Alliance, 2007
9. García-Fernández, FP; Soldevilla-Agreda. JJ; Pancorbo-Hidalgo, PL; Verdú-Soriano, J; López-Casanova, P; Rodríguez-Palma, M: Prevención de las Úlceras por Presión. Serie Documentos Técnicos GNEAUPP nº 1. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño. 2014
10. European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure Ulcer Treatment Guidelines. Oxford, England: EPUAP, 1998. Available from: <http://www.epuap.org/gltreatment.html>
11. National Pressure Ulcer Advisory Panel & European Pressure Ulcer Advisory Panel. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline. Washington DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009
12. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con Úlceras por Presión o riesgo de padecerlas. Valencia 2012
13. García Ruíz-Rosas J, Martín Mateo A, Herrero Ballestar JV, Pomer Monferrer M, Maso-liver Forés A, Lizán Tudela L. Úlceras por Presión. *Cad Aten Primaria.* 2004;11(2):87-94
14. Baztán, J.J., González, J.I., Del Ser, T. "Escala de actividades de la vida diaria". En: Del Ser, T., Peña-Casanova, J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia.. Barce-lona, 1994. J. R. Prous Editores: 137-64

MANEJO DEL SÍNDROME METABÓLICO POR ENFERMERÍA: NOCIONES BÁSICAS

MANAGEMENT OF METABOLIC SYNDROME ON NURSING: THE BASICS

- ANTONIO GÓMEZ RODRÍGUEZ. ENFERMERO, HOSPITAL VIRGEN MACARENA (UNIDAD DE AGUDOS DE PSIQUIATRÍA), SEVILLA.
 - M^a DE GRACIA MONTERO RODRÍGUEZ. ENFERMERA, DISPOSITIVO DE APOYO, DISTRITO NORTE, SEVILLA.
 - ENCARNACIÓN DOMÍNGUEZ RODRÍGUEZ. ENFERMERA, DISPOSITIVO DE APOYO, DISTRITO NORTE, SEVILLA.
- NO HEMOS TENIDO NINGÚN TIPO DE FINANCIACIÓN PARA EL ESTUDIO. NO SE HA PRESENTADO ANTERIORMENTE.

RESUMEN: El síndrome metabólico (SM) o síndrome X, en sí mismo, no es una enfermedad. Es un conjunto de signos y síntomas que presenta un paciente y que pueden llegar a producir un problema de salud.

Las patologías que se combinan, por sí solas producen alteraciones, pero unidas causan más daños, solo necesitamos tres factores para poder decir que una persona padece el SM; diabetes, dislipemias, hipertensión arterial (HTA) y obesidad.

PALABRAS CLAVES: Síndrome metabólico, obesidad, diabetes mellitas, hipertensión arterial y dislipemias

SUMMARY: The metabolic syndrome (MS) or X syndrome, in itself, is not a disease. It is a set of signs and symptoms presented by a patient and can produce a HEALTH problem.

The pathologies are combined, by themselves produce alterations, but together cause more damage, we only need three things to say that a person has the SM; diabetes, dyslipidemia, hypertension (HT) and obesity.

KEYWORDS: Metabolic syndrome or syndrome X, obesity, diabetes mellitus, hypertension and dyslipidemia

INTRODUCCIÓN. (1 al 7)

Antes de comenzar por definirlo, debemos saber que no es una afección nueva. Hace aproximadamente unos 80 años se comenzó a tomar conciencia de lo que hoy conocemos como Síndrome Metabólico (SM). Fue Kylin, médico sueco, en los años 20 quien comenzó, con la asociación de la hipertensión arterial (HTA), hiperglucemia y gota. Gregorio Marañón, publica en 1927 una primera descripción, asociando la HTA con la diabetes mellitus (DM). Después en 1947 Vague (médico francés) fue el primero en identificar la "obesidad androide" (adiposidad en la mitad superior del cuerpo) como la el problema más asociado a la DM y a las enfermedades cardiovasculares.

Todo ello dio lugar a la definición del "Síndrome Plurimetabólico" en los años 60, debido a la asociación de la obesidad, dislipemias, DM e HTA. Lo que después se conocería como SM o Síndrome X.

La falta de consenso, se ilustra por la gran diversidad de nombres con los que se ha conocido esta afectación que se compone de múltiples factores.

**Síndrome Plurimetabólico = Síndrome Metabólico =
Síndrome X = Síndrome de resistencia a la insulina =
Síndrome dismetabólico**

Disponemos de varias definiciones: (2)

- Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998, revisada en 1999)
- Grupo Europeo para el Estudio de la Resistencia a la Insulina (EGIR, 1999)
- Programa Nacional Educación en Colesterol Panel III de Tratamiento en Adultos (NCEP-ATP-III, 2001, revisado en 2004)

- Asociación Americana en Endocrinología (2003)
- Federación Internacional de Diabetes (IDF, 2005)

Aunque la más utilizada actualmente es la del NCEP-ATP-III, que reconoce como SM la presencia de 3 de las 5 situaciones siguientes:

- Obesidad abdominal.
- HTA.
- Hiperglucemias en ayunas.
- Hipertrigliceridemia.
- Concentraciones bajas de HDL. (Cuadro 1)

■ Obesidad: perímetro abdominal > 88 cm en mujeres y > 102 cm en hombres.

■ Triglicéridos ≥ 150 mg/dL (≥ 1.7 mmol/L) o tratamiento farmacológico.

■ Colesterol HDL: < 40 mg/dL (< 1.03 mmol/L) en hombres y < 50 mg/dL (< 1.29 mmol/L) en mujeres o tratamiento farmacológico.

■ Tensión arterial ≥ 130/85 mmHg o tratamiento antihipertensivo.

■ Glucosa basal ≥ 100 mg/dL (≥ 5.6 mmol/L) o tratamiento farmacológico.

Deben cumplirse al menos tres condiciones.

Cuadro 1. Actualización de la propuesta de la NCEP-ATP-III, propuesta por la American Heart Association y por el National Heart, Lung and Blood Institute (2005) (2)

OBJETIVOS

La intención del artículo es proporcionar unas nociones básicas sobre el manejo y actuación de enfermería, para la prevención y actuación directa sobre éste síndrome.

Objetivo general:

- Adquirir conocimientos sobre las causas, tratamientos y prevención del SM.

Objetivo específicos:

- Hacer hincapié en la prevención y manejo del SM por el personal de enfermería.
 - Manejo de la dieta.
 - Manejo del ejercicio físico.
 - Favorecer los hábitos de vida saludable.
- Conocimiento de los tratamientos disponibles para el manejo de las diversas patologías que se incluyen en el SM.
- Ver que el SM es un todo y no abordar las diferentes patologías que lo forman, de manera aisladas.

Desarrollo.

Como hemos podido observar, el SM, se compone de diferentes signos y síntomas. Podemos entenderlo como una entidad multitosológica, que relacionaría factores genéticos, medio ambientales, estilos de vida, factores psicosociales e incluso aquellos relacionados con estrés crónico.

Por ello, a continuación iremos desarrollando un poco cada uno de los siguientes factores:

Obesidad abdominal.

Podemos definirlo como un exceso de tejido adiposo, manifestado por un incremento de peso. Aparece en cualquier edad y no hace distinción de sexo, se asocia con la aparición de otras patologías, como la DM, HTA, dislipemias, afectaciones respiratorias, etc.

Para definir si una persona posee sobrepeso utilizamos el Índice Masa Corporal (IMC), que según la OMS, se sitúa en sobrepeso cuando $IMC \geq 25$ y obesidad si es ≥ 30 . (Cuadro 2)

Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<15,99	<15,99
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez no muy pronunciada	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18,5 - 24,99	18,5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	$\geq 25,00$	$\geq 25,00$
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	$\geq 30,00$	$\geq 30,00$
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	$\geq 40,00$	$\geq 40,00$

Cuadro 2. Índice Masa Corporal, según la OMS. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

Se suele asociar a dietas ricas en calorías, junto con un bajo consumo de energía asociado a unos hábitos de vida sedentaria.

Hipertensión Arterial (HTA).

Se considera hipertensión arterial cuando hay elevación crónica de una o de las dos presiones arteriales (sistólica o diastólica). Se asocia a factores tanto ambientales como genéticos, suele ser frecuente en personas obesas, que toman dietas ricas en sal y pobre en potasio, bebe cantidades elevadas de alcohol, no realizan actividad física y padecen de estrés.

Cuando las recomendaciones dietéticas y cambios en los hábitos de vida no son suficientes se recurre al tratamiento farmacológico.

Otros factores que asociamos a la HTA, son: sexo, raza, desarrollo físico, historia familiar y factores dietéticos.

Diabetes Mellitus (DM).

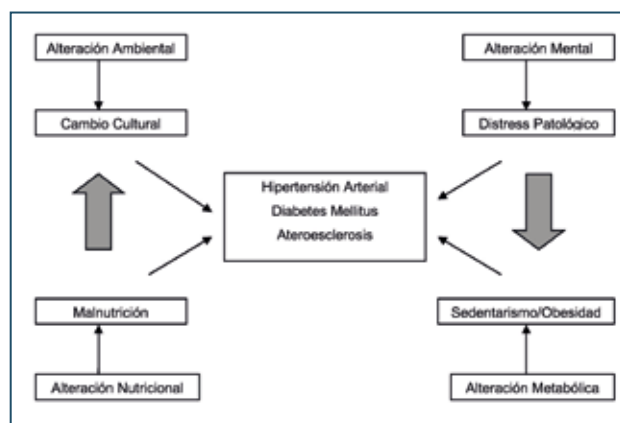
La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos.

Dislipidemias.

Se definiría como un trastorno de los lípidos, es decir un incremento de los valores plasmáticos, ya sea de uno o de varios complejos lipoprotéicos (colesterol y triglicéridos). Siendo uno de los factores de riesgo para la aparición de arterosclerosis.

Además podemos decir que en el manejo de SM, influyen 4 alteraciones que se generan tanto en el individuo como alrededor de él, son:

- Alteraciones ambientales.
- Alteraciones del estado mental.
- Alteraciones metabólicas.
- Alteraciones nutricionales. (Cuadro 3)



Cuadro 3. Círculo vicioso presente en el Síndrome Metabólico. Disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/14-376-5679jwa.pdf

Tratamiento del SM

Debe ser un tratamiento integral y multidisciplinar, aunque el contacto del que dispone enfermería lo hace un pilar importante en el trabajo del día a día. La actuación se realizará inicialmente como una prevención primaria, es decir actuaremos sobre los factores que componen el SM.

Comenzaremos las actuaciones de enfermería por:

- Determinar el peso, altura, índice de masa corporal (IMC) y circunferencia abdominal.
- Identificación de factores de riesgo (HTA, obesidad, tabaquismo, etc).
- Realizaremos una planificación dietética individualizada y equilibrada. Siendo importante que la familia se involucre y sea consciente de la necesidad de perder peso.
- Desarrollaremos un plan de actividad física, de forma escalonada y adaptado al paciente. Para ello deberemos: (Cuadro 4)
 - Debemos poder integrar las actividades físicas con las labores diarias.
 - Fomentar una actitud positiva y exitosa.
 - Adaptar las actividades al gusto de cada persona y a sus posibilidades.
 - Tener una red de apoyo para realizar ejercicios, ya sea familia, amigos o grupos de pacientes que organice en el centro de salud.
 - Utilizar actividades que ejerciten grandes masas musculares (caminata, remo, natación, etc)
 - Adaptar el cuerpo a la actividad, para ello iremos comenzando por periodos de tiempo menores que iremos aumentando de forma paulatina. Es importante hacer hincapié en la constancia.



Cuadro 4. Tipos de ejercicio aeróbico. Disponible en: <https://saluglobalite.files.wordpress.com/2013/10/anaerobico.jpg>

Otro punto importante es explicar al paciente que todo esto ayudará a controlar las patologías asociadas al SM, siendo posible no necesitar tratamiento farmacológico para controlarlas, o bien una ingesta reducida de fármacos (bajar un 10% del peso corporal excesivo reduce la presión arterial y mejora la resistencia insulínica).

Además de la actuación, también deberemos influir sobre la prevención. Esta estará encaminada a la prevención de los factores anteriormente descritos, es decir los factores desencadenantes.

Deberemos influir en:

- Una alimentación adecuada y equilibrada, evitando la aparición del sobrepeso.
 - Reducir la ingesta de grasas y aceites saturados.
 - Aumentar la cantidad de fibra, vegetales y frutas.
 - No saltarse comidas.

- Comenzar por la disminución del tabaquismo, para posteriormente pasar a erradicarlo.
- Realizar un control de la ingesta de alcohol, limitando su consumo o aboliéndolo.
- Favorecer una vida activa, no promover el sedentarismo, pero siempre adecuado a cada persona. Deberá ser constante en el tiempo, al menos 5 días a la semana y de unos 30-40 minutos de duración.

Diagnósticos de Enfermería.

Los diagnósticos enfermeros (**NANDA**) que podríamos manejar, son:

- 00001 Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades.
- 00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- 00060 Interrupción de los procesos familiares.
- 00078 Gestión ineficaz de la propia salud.
- 00080 Gestión ineficaz del régimen terapéutico familiar.
- 00085 Deterioro de la movilidad física.
- 00093 Fatiga.
- 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad.

Las intervenciones de enfermería (**NIC**), serían:

- 5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescrito.
- 0200 Fomento del ejercicio.
- 5246 Asesoramiento nutricional.
- 5614 Enseñanza: dieta prescrita.
- 1100 Manejo de la nutrición.
- 2380 Manejo de la medicación.

Los resultados de enfermería (**NOC**), serían:

- 1300 Aceptación: estado de salud.
- 1603 Conducta de búsqueda de la salud.
- 1602 Conducta de fomento de la salud.
- 1811 Conocimiento: actividad prescrita.
- 1805 Conocimientos: conductas sanitarias.
- 1612 Control de peso.
- 2801 Control del riesgo: enfermedad crónica.
- 300 Cuidados personales. Actividades de la vida diaria (AVD).

CONCLUSIÓN

Lo que hemos intentado en la elaboración del artículo es que el profesional de enfermería se familiarice con el Síndrome Metabólico, que lo perciba como un todo y no de forma aislada. Ya que el mejor tratamiento disponible es la prevención, educación, control de los factores de riesgo y el manejo de estilos de vida saludable. Es decir, la educación enfermera para la promoción de la salud, sería el pilar básico para el manejo de éste síndrome, complementándose con el tratamiento farmacológico que pueda precisar el paciente como segundo nivel.

Por todo, desde el punto de vista de la sanidad, deberíamos realizar un mayor control de todos aquellos factores que se relacionan con el SM, para identificar a personas de riesgo y actuar sobre ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. E. Díaz. Síndrome X o Síndrome metabólico. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.saludactual.cl/obesidad/sindromex.php>
2. P. Zimmet y G. Alberti. La definición de la FID: por qué necesitamos un consenso mundial. *Revista Diabetes Voice*, volumen 51, número especial, 2006. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_409_es.pdf
3. P. Zimmet, G. Alberti y J. Shaw. Nueva definición mundial de la FID del Síndrome Metabólico: argumentos y resultados. *Revista Diabetes Voice*, volumen 50, número 3, 2005. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/article_361_es.pdf
4. MedlinePlus, Síndrome Metabólico, 2014. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/007290.htm>
5. P. Zimmet, G. Alberti y M. Serrano. Una nueva definición mundial del Síndrome Metabólico propuesta por la FID: fundamentos y resultados. *Revista Española de cardiología*, Volumen 58, número 12, diciembre 2005. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.revcardiol.org/es/una-nueva-definicion-mundial-del-articulo/13082533/>
6. A. González, E. Alexanderson, R. Alvarado, A. R. Becerra, J. Camacho, E. G. Cardona et al. Consejo Mexicano sobre el tratamiento integral del Síndrome Metabólico. *Medicina Interna de México*. Volumen 18, Núm 1, enero-febrero, 2002 (*Med int Mex* 2002; 18(1): 12-41. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.cmim.org/educacion-medicos/Trabajos/consensosindromemet.pdf>
7. A. del Villar. Guía para el tratamiento del Síndrome Metabólico, 2011. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://iso9001.inr.gob.mx/Descargas/iso/doc/MG-SMD-02.pdf>
8. L. Bárcenas, L.I. Pérez, B.A. García. Tratamiento integral para el control y prevención del Síndrome Metabólico, 2008. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/14-376-5679jwa.pdf
9. A. Andrea, S. La Porta, M.L. Ricci. Síndrome Metabólico, origen, fisiopatología y tratamiento. Universidad de Buenos Aires, 2008. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: http://www.nutrinfo.com/biblioteca/monografias/sindrome_metabolico_fisiopatologia_tratamiento.pdf
10. A. O. Rodríguez, M. Casanova, M. Hernández y T. Martín. Revisión bibliográfica, Síndrome Metabólico. *Gaceta Médica Espirituana* 2010; 12(2). [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.\(2\)_07/p7.html](http://bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.12.(2)_07/p7.html)
11. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y Sobrepeso, nota descriptiva N° 311, 2015. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
12. Organización Mundial de la Salud. Diabetes, nota descriptiva N° 312, 2014. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
13. Diagnósticos de Enfermería (NANDA) 2009-2011. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18111/Registro+planificaci%C3%B3n+cuidados+-+diagn%C3%B3sticos+09-11.pdf>
14. McCloskey JC, Bulechek GM. *Nursing Intervention Classification (NIC)*. Iowa Intervention Project. 3ª Ed. Madrid. Mosby, 1999. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo23/capitulo23.htm>
15. Moorhead S; Johnson M; Maas M. *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)*. Elsevier. 3ª Ed. 2004. [En línea] [Fecha de acceso: 5 de diciembre de 2014]. URL disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo24/capitulo24.htm>

ELECTROCARDIOGRAMA DERECHO Y POSTERIOR EN UN SOLO REGISTRO

RIGHT AND POSTERIOR ELECTROCARDIOGRAM IN A SINGLE REGISTER

■ JESSICA BROSED ORTIZ. DUE UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL DE BARBASTRO. BARBASTRO (HUESCA)
 ■ BEGOÑA GARCÉS CAMPO. DUE UNIDAD CUIDADOS INTENSIVOS HOSPITAL DE BARBASTRO. BARBASTRO (HUESCA)

RESUMEN: El electrocardiograma juega un papel fundamental a la hora de valorar y tratar a un paciente con cardiopatía isquémica, junto con la clínica y la alteración enzimática en la analítica.

Mediante el electrocardiograma podemos conocer en qué cara del corazón se ha producido el daño, su extensión y su evolución.

En ocasiones es necesario realizar un electrocardiograma de derivaciones derechas y posteriores para saber si la lesión está situada en ventrículo derecho (electrocardiograma derecho) o si se extiende por cara posterior (electrocardiograma posterior), ya que estas caras del corazón no se pueden valorar bien con el electrocardiograma convencional.

En la UCI del Hospital de Barbastro se ha decidido unificar criterios y establecer la forma de realizar un electrocardiograma derecho y posterior en un solo registro electrocardiográfico, de forma que, además de completar al electrocardiograma convencional que por la clínica lo requiera, se pueda ante una urgencia, identificar de forma rápida y sencilla el registro, aunque no se haya nombrado como electrocardiograma derecho y posterior en el momento de realizarlo.

PALABRAS CLAVE: Electrocardiograma, derecho, posterior, derivaciones.

ABSTRACT: The use of the electrocardiogram is really important when a patient with ischemic cardiomyopathy needs to be assessed and treated, as well as the clinical history and the enzymatic activity which also needs to be assessed.

Thanks to the electrocardiogram one can find out which area of the heart has been damaged, the extension of the damage and its evolution.

Sometimes a right-sided and posterior electrocardiogram is performed to see if the lesion is found in the right ventricle (right-sided electrocardiogram) or in the posterior area (posterior electrocardiogram). These two areas of the heart cannot be examined accurately with a conventional electrocardiogram.

In Barbastro's Hospital ICU it has been decided to consolidate guidelines and to establish the way of doing a right-sided and posterior electrocardiogram in just a single register. Consequently, in addition to a conventional electrocardiogram that will be performed when the patient requires it, if an emergency arises, it will be easier to quickly identify the measurement, even if it hasn't been recorded as a right-sided electrocardiogram or posterior electrocardiogram at the time of performing it.

KEY WORDS: Electrocardiogram, right, posterior, derivations.

INTRODUCCIÓN

El electrocardiograma (ECG) nos permite obtener una representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón mediante un electrocardiógrafo.

Para su realización es necesario colocar los electrodos (dispositivos que ponen en contacto al paciente con el electrocardiógrafo) de forma correcta en el paciente, conociendo con rigurosidad su ubicación, ya que un cambio de localización de un electrodo podría provocar desde pequeñas variaciones en la morfología del complejo QRS, hasta graves errores diagnósticos.

En los pacientes con síndrome coronario agudo (SCA) es necesario realizar ECG para saber el origen, extensión y evolución de la lesión.

En algunos casos de SCA como cuando es de cara inferior, es importante realizar además del ECG convencional, un ECG de derivaciones derechas, para valorar si la lesión afecta a ventrículo derecho (afectación de la coronaria derecha), y un ECG de derivaciones posteriores, para saber si la lesión afecta a la cara posterior del corazón.

Esto es necesario porque tanto la cara derecha como la posterior se valoran mal con el ECG convencional.

Mediante este artículo se pretende exponer una forma de realizar los ECG derecho y posterior juntos en un solo registro electrocar-

diográfico y la manera de identificarlo de forma rápida y sencilla si, ante urgencia, no se rotula correctamente a la hora de realizarlo.

MATERIAL Y MÉTODO

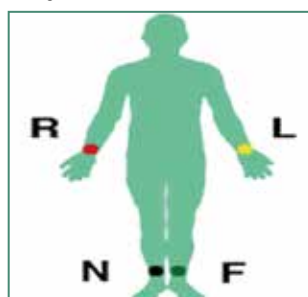
El material necesario para la realización de un ECG es:

- Electrocardiógrafo.
- Electrodos.
- Papel milimetrado.
- Profesional de enfermería.

Recordaremos brevemente la colocación de los electrodos para la realización de un ECG convencional:

Se necesitan 10 electrodos.

Se colocan los 4 electrodos periféricos como se muestra en la imagen:



Colocación electrodos periféricos

A continuación se colocan los 6 electrodos precordiales de la siguiente forma:

V1: 4º espacio intercostal, en el borde derecho del esternón.

V2: 4º espacio intercostal, en el borde izquierdo del esternón.

V3: Punto equidistante entre V2 y V4.

V4: 5º espacio intercostal, línea medio-clavicular.

V5: 5º espacio intercostal, línea axilar anterior.

V6: 5º espacio intercostal, línea axilar media.

Para la realización de un ECG de derivaciones derechas, la colocación de los electrodos, sería:

Los cuatro electrodos de extremidades igual que en el convencional.

V1: Igual que en ubicación normal.

V2: Igual que en ubicación normal.

V3R: A la mitad de distancia entre V1 y V4R.

V4R: 5º espacio intercostal derecho, línea medio-clavicular.

V5R: 5º espacio intercostal derecho, línea axilar anterior.

V6R: 5º espacio intercostal derecho, línea medio axilar.

Cuando se realice este ECG es necesaria escribir la palabra "Derechas" para identificarlo y colocar la letra "R" (de Right-derecha en inglés) al lado de los números de las derivaciones para evitar errores en su lectura.

Sin embargo, sólo son necesarias las derivaciones V3R y V4R para la valoración de la afectación de la cara derecha del corazón, por lo que prescindiremos del resto de derivaciones.

Para la realización de un ECG de derivaciones posteriores, se colocan los electrodos de V4, V5 y V6, en el mismo espacio intercostal, pero continuando hacia la espalda del paciente, según:

V7: 5º espacio intercostal, línea axilar posterior.

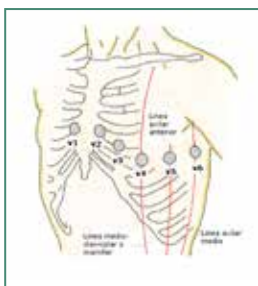
V8: 5º espacio intercostal, ángulo inferior escapular.

V9: 5º espacio intercostal, línea para-vertebral izquierda.

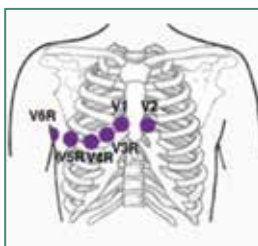
Es necesario cambiar los números de las derivaciones V4, V5 y V6 en el papel, por V7, V8, y V9 respectivamente, y escribir la palabra "Posteriores" en el ECG.

Para la realización de un ECG derecho y posterior en un solo registro según el método establecido en la UCI del Hospital de Barbastro, dejaríamos libre el cable de la derivación V1, observándose una línea plana en su registro, que nos ayudará a su posterior identificación, diferenciándolo de uno convencional en caso de que no se rote como "ECG derecho y posterior" en el momento de hacerlo.

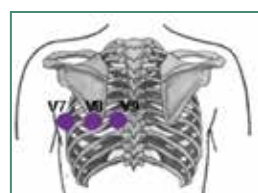
Los cables de las derivaciones V2 y V3, se colocarían en la posición de V3R y V4R respectivamente (según su colocación en un ECG derecho explicada anteriormente), ya que son las derivaciones más importantes a valorar del ECG derecho; y los cables de V4, V5 y V6, los colocaríamos en la posición V7, V8 y V9 de un ECG posterior (según colocación explicada con anterioridad).



Colocación electrodos precordiales



Colocación de electrodos para derivaciones derechas.



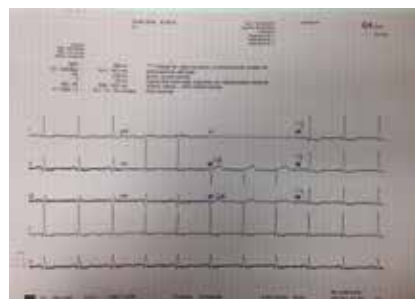
Colocación de electrodos para derivaciones posteriores

Es necesaria la colocación de los cuatro electrodos de extremidades igual que en el convencional.

RESULTADO

Dado que el ECG posterior evalúa tres derivaciones (V7,V8,V9) y que el ECG derecho evalúa dos derivaciones (V3R y V4R), ya que se considera que el resto de precordiales derechas no aportan información útil por estar más alejadas del ventrículo derecho, es posible su realización conjunta, es decir, que aparezcan en un mismo registro las derivaciones V7,V8,V9, V3R y V4R.

La impresión gráfica de este ECG será:



Registro electrocardiográfico de ECG derecho y posterior en un solo registro

Debemos escribir sobre el ECG "derechas y posteriores" y cambiar los nombres de las derivaciones según:

- V2 será V3R.

- V3 será V4R.

- V4 será V7.

- V5 será V8.

- V6 será V9.

- V1 aparecerá como una línea plana y nos ayudará a identificar este ECG como derecho y posterior aunque no esté rotulado, como por ejemplo ante una urgencia, en la que el intensivista coge el ECG en cuanto sale impreso, sin detenerse a rotularlo.

CONCLUSIÓN

En algunos pacientes con síndrome coronario agudo es necesaria la realización de un ECG derecho y posterior además del ECG convencional para evaluar la cara derecha y posterior del corazón.

Valorando dos derivaciones derechas (V3R y V4R) y tres posteriores (V7,V8,V9) ya es posible realizar un diagnóstico preciso, por lo que es posible realizar los dos ECG en un solo registro.

Además en la UCI del Hospital de Barbastro se ha determinado dejar la derivación V1 libre, de forma que aparezca una línea plana en ella, que nos permita identificar a simple vista y de forma rápida cuál es el ECG derecho y posterior, aunque no se haya identificado correctamente en el momento de hacerlo.

AGRADECIMIENTOS

Isabel López González, FEA UCI Hospital de Barbastro.

Rosa Chesa Galindo. DUE Glenfield Hospital, Leicester (Reino Unido).

BIBLIOGRAFÍA

- Velez. ECG. Volumen 1. 2ª edición. España: Marban; 2007
- Mercedes De La Fuente Ramos. Enfermería Médico-Quirúrgica. Vol 1. 1ª edición. Madrid: Difusión de Avances de Enfermería; 2001.
- MY EKG. La web del electrocardiograma. España. C 3 abr 2016 [12 abr 2016]. Electrodo EKG; [aprox 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.my-ekg.com>
- FISTERRA. Atención Primaria en la red. España. C 13 sept 2011, [10 abr 2016]. Realización del electrocardiograma; [aprox 4 pantallas]. Disponible en: <http://www.fisterra.com>

OBESIDAD: EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

OBESITY: PREGNANCY, DELIVERY AND PUERPERIUM

- CARLOS CASTRO-PRADO. ENFERMERO ESPECIALISTA EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA. EXPERTO UNIVERSITARIO EN OBESIDAD. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.
- ANA RUIZ-CASTILLO. FARMACÉUTICA ESPECIALISTA EN MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA.
- SUSANA MANTILLA-CASTAÑO. DIPLOMADA UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA. RESIDENCIA PARA MAYORES SARQUAVITAE SANTA JUSTA. SEVILLA.

LOS AUTORES DECLARAMOS NO TENER NINGÚN CONFLICTO DE INTERESES. EL ARTÍCULO NO SE HA PRESENTADO EN NINGUNA OTRA PUBLICACIÓN NI FORMATO.

RESUMEN: La obesidad se ha convertido en la primera epidemia de origen no infeccioso alrededor de 1000 millones de adultos padecen sobrepeso y otros 300 millones obesidad. Este problema también involucra a mujeres embarazadas, generando no solo problemas durante el embarazo y parto sino también al feto.

PALABRAS CLAVES: Obesidad; embarazo; parto

ABSTRACT: Obesity has become the first epidemic of infectious origin around 1000 million adults are overweight and 300 million obese. This problem also involves pregnant women, not only creating problems during pregnancy and childbirth but also the fetus.

KEYS WORDS: Obesity; pregnancy; delivery

INTRODUCCION:

La obesidad se está convirtiendo rápidamente en uno de los principales problemas médicos y de salud pública, que complica el embarazo, con implicaciones a largo plazo y consecuencias para la salud de las generaciones presentes y futuras. La obesidad se ha convertido en la primera epidemia de origen no infeccioso en la historia de la humanidad, según la OMS se estima que 1000 millones de adultos tienen sobrepeso y más de 300 millones son obesos. Las cifras alarmantes de obesidad en la infancia y su tendencia ascendente durante las dos últimas décadas hacen que en España se pueda utilizar el término de obesidad epidémica (1). En 2011-12 en España el 28,1% de las mujeres tiene sobrepeso y el 16% obesidad. Las mujeres en edad fértil (18-44 años) no escapan a esta patología, con incidencias del 8,76 y el 3,3%, respectivamente (2)

Las previsiones de futuro son preocupantes, ya que se estima que en un futuro cerca de un tercio de la población padecerá obesidad. Ya se publican artículos científicos de países occidentales donde está apareciendo una nueva subdivisión, la superobesidad IMC > 50kg/m² (3)

La Organización Mundial de la Salud define la obesidad, en mujeres no gestantes, en función del índice de masa corporal (IMC) basada en la fórmula de Quetelet (4) Tabla 1.

	IMC
Normal	18,5-24,9
Sobrepeso	25-29,9
Obesidad moderada (grado I)	30-34,9
Obesidad grave (grado II)	35-39,9
Obesidad Mórbida (grado III)	≥40

Tabla 1. Clasificación de la OMS

La obesidad está asociada a una serie de complicaciones pre-concepcionales, en el período prenatal, durante el parto y posparto lo que aumenta directamente los riesgos de morbilidad y, mortalidad en la madre y el niño y una exigente demanda indirecta de recursos en los servicios de salud

Hacer frente a la pandemia de obesidad es uno de los principales retos en la salud del siglo XXI. El desafío adicional para las profesionales que asisten a las mujeres en edad reproductiva y embarazadas, es evitar o minimizar el impacto negativo que la programación ("programming") de la obesidad tiene en las generaciones futuras, así como la reducción de la morbi-mortalidad materna y perinatal asociada a la obesidad.

Su patogénesis es multifactorial: factores genéticos, ambientales y comportamentales.

La obesidad en la mujer se asocia a alteración de la ovulación, con la consiguiente disminución de la fertilidad, sea con Síndrome de Ovario Poliquístico, o sin la coexistencia de esta patología. Las obesas presentan mayor riesgo de aborto y disminución de las tasas de implantación embrionaria, lo cual podría deberse a deficiencia de la fase lútea. Alterando la composición del líquido folicular, y así alterando el metabolismo de los ovocitos

La calidad del embrión se ve afectado por la pobre calidad del ovocito. Esto también sería responsable del aumento de las tasas de aborto espontáneo y anomalías en el crecimiento (6).

Las mujeres que al momento de embarazarse tienen un índice de masa corporal (IMC) normal y una ganancia de peso adecuada durante la gestación presentan una mejor evolución en embarazo y parto que aquellas mujeres con una ganancia de peso mayor a la recomendada. Asimismo, mujeres con una ganancia de peso gestacional mayor a la recomendada presentan un incremento en el riesgo de hipertensión asociada con el embarazo, diabetes gestacional, complicaciones durante el trabajo de parto, macrosomía, falla en la lactancia, retención de peso posparto y subsecuente desarrollo de obesidad (7).

En una mujer que inicia su embarazo con un estado nutricional normal, la ingesta energética permanece relativamente constante durante el primer trimestre y durante el resto del embarazo el aumento es aproximadamente un 15 % (durante 2-3 trimestre aprox 300 calorías extras diarias). Por lo tanto la creencia popular de que la embarazada debe "comer por dos", puede dar como resultado un incremento inadecuado de peso. TABLA 2

CATEGORÍA	IMC	GANANCIA RECOMENDADA	Aumento de peso semanal 2-3º trimestre
Bajo peso	<18,5	12,7-18,1 Kg	450-590 g
Peso normal	18,5-24,9	11,3-15,8 Kg	360-450 g
Sobrepeso	25,0-29,9	6,8-11,3 Kg	270-320 g
Obesidad (incluidas todas las clases)	≥30,0	4,9-9,1 Kg SEGO 7 Kg	180-270 g

Tabla 2. Cuánto peso se debe ganar durante el embarazo Fuente IoM(8) adaptación SEGO

El aumento de las necesidades energéticas no es el doble y por otra parte existen mecanismos adaptativos que llevan a una mejor utilización de la energía consumida.

Por el contrario, el embarazo no es un período para realizar regímenes con restricciones calóricas importantes, aun cuando la embarazada haya iniciado la gestación con sobrepeso, pues esta práctica puede implicar riesgos tanto para la madre como para el hijo (9) se indica no <1500 cal, entre 1600 y 1800

REPERCUSIONES MATERNAS DE LA OBESIDAD

DIABETES GESTACIONAL (DG): La obesidad materna se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar diabetes gestacional y, posteriormente, diabetes mellitus tipo 2. El exceso de peso aumenta el riesgo de intolerancia a los hidratos de carbono en embarazadas, incluso en las mujeres con sobrepeso moderado (IMC 25-29,9) la incidencia de diabetes gestacional es de 1,8 a 6,5 veces mayor que en aquellas con normopeso. En las mujeres obesas (IMC > 30) la incidencia aumenta hasta 20 veces más. Es importante mencionar que la edad y el peso previo al embarazo fueron las principales variables asociadas con DG y no hubo asociación entre DG y una ganancia de peso durante el embarazo mayor a lo recomendado, lo cual concuerda con estudios previos que refieren que la presencia de DG se asocia más con el peso previo al embarazo que con la ganancia gestacional de peso. Durante la gestación es importante un control por nutrición principalmente en mujeres con obesidad para prevenir el desarrollo de DG, ya que 50% de las mujeres con DG desarrollarán DM 5 a 10 años después del parto. (7)

Por ello, es recomendable realizar un test de cribado (Test de O'Sullivan) en el primer trimestre en este grupo de pacientes y fomentar hábitos de vida saludables para prevenir la aparición de complicaciones metabólicas posteriores. En caso de que el O'Sullivan fuese negativo se solicitara a las 24-28 semanas como a la población general (10).

HIPERTENSION GESTACIONAL Y PREECLAMPSIA: Diversos autores han determinado un aumento en la probabilidad de desarrollar trastornos hipertensivos del embarazo en las gestantes obesas. Se ha señalado una incidencia de hipertensión de 2,2 a 21,4 veces mayor que en las gestantes con normopeso. El riesgo para preeclampsia se duplica en las pacientes con sobrepeso, y se triplica en las que tienen IMC>40, también se asocia con aumento

de las formas severas de hipertensión. (11).El mecanismo causal de estos cambios se desconoce aunque las hipótesis sugieren que es debido a los cambios fisiopatológicos propios de la obesidad y al riesgo cardiovascular que comportan

Otras complicaciones asociadas a la obesidad incluyen el tromboembolismo, la osteoartritis y la apnea obstructiva del sueño siendo éste un trastorno raro, pero grave, relacionado con la obesidad que puede iniciarse o exacerbarse durante la gestación (12). Por otro lado, el sobrepeso previo a la gestación se ha asociado con un 42% de aumento de riesgo de infección del tracto urinario, aunque a pesar de ello no se recomienda aumentar la frecuencia del cribado de bacteriuria asintomática en estas gestantes dado que no parece aportar beneficio.

REPERCUSIONES FETALES

ANOMALIAS CONGENITAS: La obesidad se asocia con anomalías estructurales. Las malformaciones congénitas parecen magnificarse según grados crecientes de obesidad al comenzar el embarazo.

Una posible explicación se debería a diabetes no diagnosticada (la hiperglucemia causada por la resistencia a la insulina en el momento de la organogénesis y a la deficiencia de folatos que caracteriza a esta población, también la deficiencia de otros nutrientes. Además las alteraciones del ADN del genoma de la descendencia, como se ha demostrado en modelos animales, pueden ser responsables del evento .

Otras anomalías congénitas relacionadas son la espina bífida, anomalías cardiovasculares, anomalías septales, labio leporino, paladar hendido, atresia anorrectal, hidrocefalia, criptorquidia, riñones poliquísticos, onfalocelo y anomalías de miembro.

Las mujeres afroamericanas obesas mostraron 6 veces más probabilidad de malformaciones cardíacas que la población no obesa (11).

Esto unido a la limitación diagnóstica debido al aumento de resistencia que ofrece el tejido adiposo al paso de ultrasonidos disminuye significativamente la detección de malformaciones y aneuploidías (13).

MORTALIDAD FETAL Y ABORTO ESPONTANEO: La evidencia reconoce que las embarazadas obesas acarrean 2-3 veces más riesgo de muerte fetal intrauterina incluso descartando enfermedades concomitantes como tabaquismo, diabetes y preeclampsia; permanece como factor de riesgo independiente en pacientes con IMC >35. El IMC preconcepcional es el principal factor asociado a muerte fetal inexplicada (14).

La obesidad en el embarazo se asocia tanto a los abortos tempranos como a la muerte fetal intraútero. En varios trabajos se halló que el riesgo de mortalidad fetal fue: 5.5/1000 para no obesas, 8/1000 con IMC de 30 a 39.9 y 11/1000 con IMC >40. Aunque el mecanismo exacto es pobremente conocido, las hipótesis incluyen un incremento en los mediadores de la inflamación que resultan en una disfunción endotelial, percepción menor de los movimientos fetales y apneas de sueño asociadas con desaturación e hipoxia (11).

MACROSOMIA: La incidencia de macrosomía está aumentada: aun descartando diabetes gestacional, el riesgo se duplica en este grupo (12). El riesgo de tener niños pequeños para edad gestacional (PEG) tiende a disminuir a medida que aumenta el IMC (11).

EMBARAZO POST-TERMINO: Estudios recientes asocian los embarazos post-termino con IMC pregestacionales elevados

y ganancia de peso elevado durante el embarazo con mayor incidencia de inducción al parto. El riesgo aumenta paralelamente al incremento del IMC.

EPIGENETICA: se cree que el ambiente intrauterino afectaría a la futura incidencia de obesidad, y que el hijo de una embarazada obesa tendría un mayor riesgo de obesidad durante su vida. De hecho, el 29-33% de los hijos de embarazadas obesas está en el percentil 90 para la edad, y el hijo de una madre con sobrepeso tiene 3 veces más posibilidades de tener sobrepeso a los 7 años de edad (15).

No solo obesidad recientes estudios apuntan hacia eventos cardiovasculares en la madurez y diabetes. También existe evidencia de modificaciones hormonales.

LACTANCIA MATERNA: La obesidad materna está relacionada con tasas más bajas de inicio y mantenimiento de lactancia materna entre las causas de estas tasas se encuentran la dificultad para mantener una correcta posición y la posibilidad de una menor secreción de prolactina en respuesta a la succión del recién nacido (16)

REPERCUSIONES EN EL TRABAJO DE PARTO

TRABAJO DE PARTO: Los estudios sobre el trabajo de parto en mujeres obesas muestran que con el aumento de peso materno la velocidad de dilatación cervical se entelentece (sobretudo en nulípara), tanto en inducciones como en mujeres en trabajo de parto espontáneo, pero no modifica la duración del expulsivo (17), varios estudios lo reafirman incluso con tasas similares de partos instrumentales entre gestantes obesas y normopeso (18). TABLA 3

IMC	DILATACIÓN 4-10 cm
NORMOPESO	6,2 horas
OBESIDAD	7,5 – 7,9 horas

Tabla 3 velocidad de dilatación según clasificación OMS

INDUCCIÓN: la inducción del parto parece ser más frecuente en este tipo de mujeres, un estudio reciente refleja que las gestantes con obesidad mórbida tienen un mayor porcentaje de inducciones respecto al resto de gestantes (50,79% vs 25,81%) (19). El incremento de las gestaciones cronológicamente prolongadas podría ser un factor contribuyente, como contraposición el aumento de comorbilidades de esta población favorece una prematuridad iatrogénica al aumentar las inducciones. TABLA 4

NORMAL	SOBREPESO	OBESAS I	OBESAS II	MÓRBIDA
1	1,24	1,52	1,75	2,27

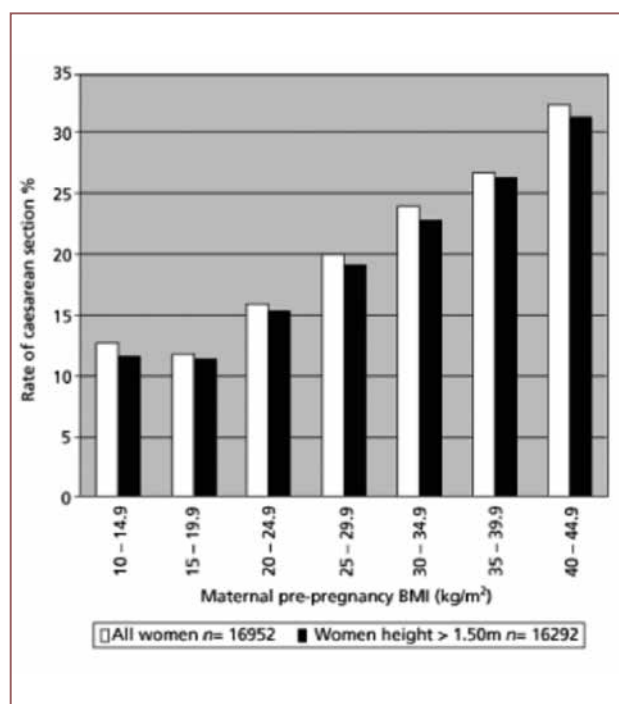
Tabla 4 riesgo de inducción del parto

Los factores que controlan el retraso en el inicio de las contracciones del parto en las pacientes obesas, no son aún bien

conocidos. Unos autores describen una dificultad de contracción del útero en las gestantes obesas (por mayor infiltración de grasa en el miometrio) (13) y otros demuestran una disminución en los niveles plasmáticos de cortisol en estas gestantes respecto a las de peso normal, lo que reduce la producción de hormona liberadora de corticotropina placentaria, prolongando así el inicio de las contracciones. Además, las mujeres obesas presentan en el tejido adiposo un aumento de estrógenos que produce una disminución de sus niveles plasmáticos y altera la relación estrógeno/progesterona en el plasma materno, enlenteciendo la aparición de la dinámica uterina (5).

Mayor tendencia a prematuridad iatrogénica, las secuelas propias de la prematuridad son más severas en estos fetos, pues su reserva metabólica es menor, su tendencia a la hipoglucemia es mayor y la prevalencia de hipertensión pulmonar primaria, inexplicablemente más alta (13).

CESÁREA: Diversos estudios han concluido que la obesidad pregestacional y el aumento de peso excesivo durante la gestación contribuyen a aumentar el riesgo de cesárea, independientemente del peso fetal, la baja talla materna y las complicaciones prenatales relacionadas con la obesidad y la edad gestacional. En esta línea, un estudio de casos y controles llevado a cabo por Valenti et al. concluyó que el riesgo de cesárea en pacientes con sobrepeso con embarazos a término y sin cesáreas anteriores es casi el doble que el de las pacientes con peso normal al momento del parto y el triple de riesgo en las obesas en relación a las de peso normal, parece relacionarse con patrones inadecuados de contracción durante la primera etapa del trabajo que suele requerir mayores dosis de oxitocina durante una inducción y además debido a la frecuente macrosomía fetal que se suma a una disminución de diámetros del canal de parto por aumento de tejidos blandos. Por lo que la mayoría de las cesáreas realizadas en las gestantes obesas son por no progresión de parto o desproporción céfalo-pélvica, además se ha visto que el riesgo de cesárea aumenta conforme lo hace el IMC (5). No solo eso, el sobrepeso aumenta las tasas de dehiscencia de sutura y rotura uterina (13) GRAFICA 1



Grafica 1. Tasa de cesárea según IMC

PARTO TRAS CESÁREA ANTERIOR: en gestantes obesas las tasas de éxito tras cesárea son 54 -68% comparado con normopeso 80% (13)

EN RELACIÓN A LA ANALGESIA EPIDURAL: conviene recordar que el espacio epidural puede estar reducido de volumen, con lo que la extensión del bloqueo puede resultar difícil de predecir o excesivamente alto, lo que puede llevar a complicaciones graves por bloqueo simpático excesivo. Parece existir una correlación positiva entre el IMC y la intensidad del dolor de parto. En cuanto a la realización de la técnica la realización de un bloqueo neuroaxial en una paciente obesa, puede ser técnicamente complicado, debido a la postura, a la localización de la línea media y las referencias anatómicas. Así el número de intentos y la incidencia de fallos se han descrito aumentados en este grupo de pacientes. En cuanto a la eficacia de la analgesia, no se ha encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de obesas y no obesas aunque hay que tener en cuenta la migración del catéter es más frecuente en las pacientes obesas y por ello una analgesia inicialmente eficaz puede dejar de serlo (20), aun así existen otros estudios que concluyen que en la gestante obesa existe un mayor bloqueo motor con igual dosis y consecuentemente un peor pujo y mayor distocia del parto (1).

Otras complicaciones asociadas a la obesidad materna son las

relacionadas con el aumento de peso fetal (macrosomía): como la presentación anómala, más riesgo de amniotomía precoz, menor probabilidad de inicio espontáneo del parto, presencia de meconio, la distocia de hombros, la hemorragia del canal blando y el desgarro perineal de tercer y cuarto grado.

La obesidad se considera además un factor de riesgo independiente de sangrado intra y postparto (20) en algunos estados se ha evidenciado un aumento de hasta el 44% de riesgo de hemorragia postparto en mujeres con IMC superior a 30 (21).

CONCLUSIONES

- Es necesario informar a la mujer durante el periodo pregestacional y gestacional sobre aquellos hábitos dietéticos recomendables.
- Es importante asesorar a la mujer embarazada sobre el aumento de peso recomendable durante el embarazo.
- La matrona debe prestar atención a la evolución del embarazo-parto y postparto de la mujer con sobrepeso sin desviar de la atención normal del proceso gestacional.
- Se debe aumentar los consejos-apoyo a la mujer con sobrepeso en el puerperio inmediato para aumentar el inicio y mantenimiento de la lactancia materna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Luengo Á, et al. Índice de masa corporal y aumento de peso en el embarazo. Resultado obstétrico de la inducción de parto. Clin Invest Gin Obst. 2011. doi:10.1016/j.gine.2011.06.001.
2. Instituto nacional de estadística. Índice de masa corporal por grupos de edad 2011-2012
3. Marshall NE, Guild C, Cheng YW, et al. Maternal superobesity and perinatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2012;206:417. e1-6.
4. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso, Nota descriptiva N°311
5. María De la Calle FM., Onica Armijo L., Elena Martín B., Marta Sancha N., Fernando Magdaleno D., Félix Omeñaca T., Antonio González G. sobrepeso y obesidad pregestacional como factor de riesgo de cesárea y complicaciones perinatales rev chil obstet ginecol 2009; 74(4): 233 – 238.
6. Eduardo Atalah, René Castro Maternal obesity and reproductive risk. Rev Méd Chile 2004; 132: 923-930 .
7. Zonana-Nacach A, Baldenebro-Preciado R, Ruiz-Dorado MA. Efecto de la ganancia de peso gestacional en la madre y el neonato. Salud Publica Mex 2010;52:220-225.
8. Institute of Medicine of the National Academies Weight Gain during Pregnancy Reexamining the Guidelines. Mayo 2009.
9. M. Teresa Prieto Sánchez. influencia de la diabetes mellitus gestacional en parámetros antropométricos y bioquímicos materno-fetales y en la transferencia placentaria de ácidos grasos.
10. Proceso embarazo, parto y puerperio Junta Andalucía, 2014.
11. Di Marco, Ingrid, Flores, Lorena, Naddeo, Silvana, Secondi, Mª Verónica, Bustamante, Patricia, Ramírez Almanza, Silvina
12. Amaia Luquin Villanueva. Ana Belén Miranda Anaya. Enrique Ramón Arbués. Impacto de la obesidad sobre el embarazo, parto y puerperio.
13. Protocolos asistenciales en obstetricia. Obesidad y embarazo Mayo 2011.
14. Hamisu M. Salihu. Maternal Obesity and Stillbirth. Seminars in perinatology 2011.
15. H. Salinas, B. Naranjo, C. Valenzuela, J. Maisto, S. Andrighetti, A. Zamorano, J. Salinas y K. Heuser. Resultados obstétricos asociados al incremento del índice de masa corporal durante el embarazo en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Clin Invest Gin Obst. 2008;35(6):202-6
16. Management of Women with Obesity in Pregnancy. CMA/RCOG Joint Guideline. Marzo 2010
17. Barroso Fernandez, E. Riesgos de la obesidad en la gestación.
18. Kominiarek MA, Zhang J, Vanveldhuisen P. Contemporary labor patterns: the impact of maternal body mass index. Am J Obstet Gynecol. 2011;205:244.
19. B. Arenas, V. Guerra, A. López, A.J. de la Torre, J.E. Arjona. Influencia de la obesidad en la evolución del parto. Prog. Obstet Ginecol. 2015;58(4):171-176.
20. E. Guasch, R. Ortega, F. Gilsanz Analgesia epidural para parto en la gestante obesa. Rev. Soc. Esp. Dolor 7: 468-474; 2006.
21. Deborah Conway Pregnancy in the Obese Woman: Clinical Management pag 55 postpartum care.

SÍNDROME DE BRUGADA, EL GRAN DESCONOCIDO PARA LA ENFERMERÍA

BRUGADA SYNDROME, THE BIG KNOWN FOR NURSING

LINA FALLAHA EISAWI, DIPLOMADA EN ENFERMERÍA.

RESUMEN: El síndrome de Brugada (SBr) es una patología cardíaca eléctrica primaria, con alteraciones electrocardiográficas distintivas y riesgo de muerte súbita cardíaca secundaria. Este artículo trata de revisar el conocimiento actual sobre el SBr, dando a conocer su información más relevante acerca de su diagnóstico y tratamiento.

Se ha realizado una revisión bibliográfica en diferentes bases de datos, revistas y fuentes científicas. Incluyendo artículos en castellano e inglés.

Se han destacado las distintas metodologías de diagnóstico así como las manifestaciones clínicas y la fisiopatología del SBr. Su estadificación del riesgo y pronóstico, además del tratamiento recomendado para los pacientes portadores.

El conocimiento científico acerca del SBr ha aumentado mucho. Tras analizar numerosos artículos, se ha demostrado que es necesaria una revisión a los actuales criterios diagnósticos, así como a las herramientas de pronóstico y a los tratamientos recomendados.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de Brugada, muerte súbita, canalopatías cardíacas, fibrilación ventricular.

ABSTRACT: Brugada syndrome (SBr) is a primary electrical cardiac pathology with distinctive electrocardiographic abnormalities and high risk of sudden cardiac death. This article tries to review current knowledge about the SBr, revealing their most relevant information about the diagnosis and treatment.

We performed a literature review on different databases, magazines and scientific sources. Including articles in Spanish and English.

We have highlighted the different methodologies diagnostic and clinical manifestations and pathophysiology of SBr. His staging of risk and prognosis, in addition to the recommended treatment for patients.

The scientific knowledge about SBr has increased a lot. After analysing numerous articles, it has shown that a revision to the current diagnostic criteria is necessary, as well as forecasting tools and recommended treatments.

KEYWORDS: Brugada syndrome, sudden cardiac death, cardiac channelopathies, ventricular fibrillation.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Brugada (SBr) fue descrito por primera vez en el año 1992 por los hermanos Josep y Pedro Brugada (1), denominándolo como un síndrome clínico-electrocardiográfico o canalopatía cardíaca, que causaba arritmias ventriculares y muerte súbita (MS) en pacientes que no presentaban cardiopatías estructurales videntes. Se trata de un síndrome de base genética que se diagnostica a partir de que el paciente sufre alteraciones en la repolarización en las derivaciones precordiales derechas, lo que supone un gran riesgo de muerte súbita cardíaca (MSC) para el paciente, proceso que se da tras una taquicardia ventricular polimórfica (TVP) y/o una fibrilación ventricular (FV) (1).

En este artículo se tratará de una revisión actualizada sobre el conocimiento existente acerca del síndrome de Brugada, la información se ha obtenido acerca de los principales trabajos publicados en los últimos años.

Definición, características principales y epidemiología

Al ir en aumento el número de personas que sufrían el síndrome de Brugada, comenzaron las controversias en cuanto a la definición del patrón electrocardiográfico (ECG) y los criterios diagnósticos que definían el síndrome. Posteriormente, se describieron tres patrones distintos de ECG que pueden aparecer en el mismo paciente (2, 3).

- Tipo I: Es el patrón de diagnóstico, presenta una elevación descendente del segmento ST (o del punto J) mayor o igual a 2 mm en más de una derivación precordial derecha (V1-V3), sigue con un rápido descenso terminado con onda T negativa. Morfología "Lomo de delfín" (figura 1).



Figura 1. Patrón de Brugada tipo 1: Elevación del ST en V2 mayor/igual de 2mm, Onda T Negativa, morfología de "lomo de delfín" (3).

- Tipo II: presenta el ST (o el punto J) elevado 2 o más mm en precordiales derechas que siguen con descenso por encima de 1 mm, onda T positiva o isobifásica. Morfología "silla de montar" (figura 2).



Figura 2. Patrón de Brugada tipo 2: Elevación rápida del ST mayor/igual de 2mm, depresión del ST y T positiva, morfología de "silla de montar" (3).

- c. Tipo III: Se define como los otros dos patrones anteriores, con la comparación de que la elevación del segmento ST (o punto J) es igual o menor a 1 mm (figura 3).



Figura 3. Patrón de Brugada tipo 3: Elevación del ST menor de 1mm seguido de depresión y de T positiva (3)

En el síndrome de Brugada los patrones de ECG son variables pero sólo el tipo I es considerado como diagnóstico de la enfermedad, su presencia hace considerar al paciente como de riesgo aunque no presente más criterios clínicos como: Fibrilación ventricular (FV) documentada, inducibilidad de arritmias ventriculares mientras se realiza un estudio electrofisiológico (EEF), taquicardia ventricular (TV) polimórfica documentada, síncope o respiración agónica nocturna, patrón ECG tipo I en más miembros de la familia o historial familiar con MS con menos de 45 años (2, 3, 4, 5).

El síndrome de Brugada es una canalopatía, ya que se trata de una enfermedad debida a las alteraciones que sufren los canales iónicos transmembrana que trabajan en el potencial de acción celular, lo que predispone las arritmias. Hasta un 20% de las muertes súbitas cardíacas (MSC) en corazones estructuralmente sanos se deben al Síndrome de Brugada, y de un 4 al 12% de todas las MSC (4).

La prevalencia del SBr afecta a 5 de cada 10000 habitantes, lo que es lo mismo, un 0,05% (6), mostrándose una amplia variabilidad geográfica, siendo menos prevalente en Europa y más prevalente en Asia (7, 8, 9). La edad media del diagnóstico del SBr suele ser sobre los 40 años (10), siendo más prevalentes en el sexo masculino (aproximadamente un 80% respecto a las mujeres) (11, 12, 13, 14, 15), debido a hormonas y diferencias de expresión en las corrientes iónicas cardíacas de los hombres respecto a las mujeres.

Genética y el síndrome de Brugada

El síndrome de Brugada es transmitido hereditariamente mediante un patrón autosómico dominante, con variable penetrancia (4). Las primeras mutaciones que se relacionaron con el SBr constan de 1998, en el gen SCN5A (locus 3p21), el cual codifica para el canal de sodio cardíaco, por ahora han hallado más de 300 mutaciones diferentes en el mismo gen (16), causando el SBr, disminuyendo las corrientes transmembranas de sodio (17, 18, 19, 20). Actualmente se asocia el SBr con un 11-28% de los casos que afectan a este gen (16), disminuyendo o perdiendo su función como canal.

Distintas mutaciones que afectan a los genes codificantes de los canales de sodio, calcio y potasio cardíacos que disminuyen con las corrientes iónicas positivas de entrada (sodio y calcio) o aumentan con las corrientes iónicas positivas de salida (potasio) se asocian al SBr.

Otros genes que se asocian al SBr por las mutaciones que disminuyen la corriente de sodio (voltaje-dependiente) son el GPD1L, SCN1B, SCN3B y MOG1 (21, 22, 23, 24), otras mutaciones disminuyen la corriente de entrada del calcio, provocando SBr y

síndrome de QT corto (25). Otras mutaciones que pueden afectar son a los genes CACNA2D1 y HCN4 (26, 27), y los que aumentan las corrientes de salida de potasio, como los KCNE3 y KCNE5 (28, 29).

Queda verificada la relación en los casos de mutación de los genes CACNA1C, CACNB2b, SCN1B, KCNE3, SCN3B y HCN4 (22) con el SBr; en cambio, hoy en día no ha quedado demostrada aún la relación del resto de genes con el SBr, por haberse producido los resultados en pacientes aislados. Todo esto afirma que el SBr tiene una base genética heterogénea.

OBJETIVO

El objetivo de este artículo se basa en revisar el conocimiento que tenemos actualmente sobre el síndrome de Brugada y recoger los principales estudios que nos han ayudado a comprender esta enfermedad, dando a conocer la información más relevante acerca del SBr, sobre su diagnóstico y tratamiento.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica a partir de distintas bases de datos y revistas a lo largo del año 2016. Las bases de datos consultadas han sido Medline PubMed, LILACS, Dialnet, Scielo y las plataformas electrónicas Elsevier y ProQuest. Además se consultaron fuentes científicas y documentación de interés.

La búsqueda se ha realizado utilizando las siguientes palabras clave: Brugada Syndrome/Síndrome de Brugada, Sudden cardiac death/Muerte súbita, Cardiac channelopathies/Canalopatías cardíacas, Ventricular fibrillation/Fibrilación ventricular. Los booleanos, la estrategia y detalles de la búsqueda incluían: (tw:(síndrome brugada)) AND (instance:"regional") AND (instance:"regional") AND (fulltext:("1") AND mj:("Síndrome de Brugada")) AND la:("en" OR "es")), obteniendo un total de 864 resultados, de los cuales escogimos 62 artículos.

Como criterios de inclusión, se han tenido en cuenta los estudios y artículos acerca de revisiones sistemáticas, ensayos clínicos y procedimientos sanitarios acerca del síndrome de Brugada, valorando principalmente aquellos relacionados con la profesión de Enfermería.

Se han excluido artículos y estudios que no trataran directamente acerca del síndrome de Brugada, que fueran muy antiguos, se encontraran incompletos o no se pudiera acceder al texto completo, así como los artículos que no han sido aprobados ni publicados.

RESULTADOS

Test farmacológicos para el diagnóstico de síndrome de Brugada

Debido a que el patrón ECG de los pacientes que tienen SBr varía en el tiempo, pudiendo llegar a ser transitoriamente normal, y la capacidad de los fármacos antiarrítmicos de clase I capaces de reproducir el patrón ECG diagnóstico, estos fármacos se están utilizando actualmente con el objetivo de desenmascarar la patología en los pacientes que se sospecha que la tienen pero que muestran un ECG basal normal o sugestivo pero no diagnóstico (como en el caso de los ECG de tipo II y III).

Los fármacos más utilizados han sido los bloqueadores del canal de sodio (ajmalina, flecainida y procainamida), debido a su fácil disponibilidad, su alta efectividad y su rápida acción (30).

Se acepta SBr si tras realizar la prueba con cualquiera de estos fármacos aparece o incrementa el patrón ECG tipo I de SBr (figura 1), o si aparece el patrón ECG tipo II con una elevación del segmento ST igual o mayor de 5mm, un ensanchamiento del QRS

igual o mayor de 130% del valor inicial o se desarrolla cualquier arritmia (4).

El test farmacológico se considera positivo si se produce una conversión al patrón ECG tipo I en por lo menos dos derivaciones precordiales derechas.

En pacientes que presentaban mutación en el gen SCN5A la ajmalina se mostró superior a la flecainida en cuanto a la sensibilidad, siendo esta de un 80% frente a un 77%, y en cuanto a la especificidad, de un 94,4% frente a un 80%, el valor predictivo positivo con un 93,3% frente a un 96% y el valor predictivo negativo con un 82,9% frente a un 36% en el SBr (31, 32), se comprobó además que la flecainida, además de bloquear el canal de sodio, también reduce las corrientes, explicando así su menor efectividad en comparación con la ajmalina (32).

Es recomendable que, al comienzo y al finalizar el test farmacológico, se registren V1 y V2 en 2º y 3º espacio intercostal, pues aumenta la sensibilidad del ECG tratando de diagnosticar SBr, pues permite identificar pacientes que se encuentran en riesgo y que no se podrían haber identificado de otra manera (33, 34, 35).

Manifestaciones clínicas y confirmación del diagnóstico de síndrome de Brugada

La mayoría de personas que tienen SBr se muestran asintomáticos, per un 17-42% muestran síncope o MS tras sufrir una arritmia ventricular (11, 13, 16, 36), pero debemos ser conscientes de que la mayoría de pacientes asintomáticos no son diagnosticados. La mayoría de los pacientes que padecen MS habían sufrido un síncope anteriormente (11). Los síntomas suelen mostrarse a partir de los 40 años (37).

Algunos pacientes sufren palpitaciones y/o mareos, síncope neuromediados (38, 39).

El SBr se diagnostica definitivamente cuando muestran patrón ECG tipo I, como hemos mencionado anteriormente, de forma espontánea o desenmascarado por antiarrítmicos de tipo 1 junto a algún criterio de diagnóstico clínico como:

- Datos historia familiar: MSC en familiar <45 años o ECG tipo I en algún familiar.
- Síntomas relacionados con arritmias ventriculares: Síncope, convulsiones, respiración nocturna agónica.
- Arritmias ventriculares documentadas: Taquicardia ventricular polimórfica (TVP), FV.

Patrón ECG tipo I aislado, “*patrón ECG idiopático de Brugada*”, presenta alto riesgo de MS (5, 40).

Fisiopatología del síndrome de Brugada

Existe gran controversia, habiendo en la actualidad dos teorías sobre ella:

- La teoría de la repolarización (41, 42, 43, 44, 45), donde se afirma que las manifestaciones electrocardiográficas y el riesgo aumentado de los pacientes con SBr de sufrir arritmias ventriculares se deben a un desequilibrio de las corrientes iónicas activas al terminar la fase 1 del potencial de acción (PA) cardíaco, pues al disminuir las corrientes positivas que entran o al incrementar las corrientes positivas que salen, se acrecienta la muesca final de la fase 1 del PA, lo que eleva el segmento ST, seguido de la onda T positiva. Todo esto provoca una pérdida de la meseta del PA principalmente en el epicardio del ventrículo derecho (VD), elevándose el segmento ST aún más, seguido de una onda T negativa por la reversión

del sentido de la repolarización que proviene del endocardio y se dirige al epicardio. Todo esto hace que la corriente se propague desde sitios donde se mantiene la meseta del PA hacia sitios del miocardio donde se encuentra desaparecida o no está por la re-excitación local, pudiendo provocar todo esto episodios de TVP o FV.

- La teoría de la despolarización afirma que los trastornos de conducción causan el SBr, pudiendo observarse en el ECG, con pruebas clínicas (como estudios electrofisiológicos), mapas de superficie corporal, determinando potenciales tardíos, etc. (1, 46, 47). Además, estas personas pueden mostrar alteraciones estructurales mínimas, causantes de los potenciales tardíos y de los trastornos de conducción, los cuales son mayores a la salida del VD (TSVD), el cual se activa más tarde que otras zonas del VD, esto hace que cuando la corriente circula hacia este, existe una elevación del punto J y del segmento ST en las derivaciones precordiales derechas, y en la despolarización, el PA del VD está en fase 3, invirtiéndose el gradiente del potencial y siendo la corriente de TSVD a VD lo que da ondas T negativas (48, 49).

Estratificación del riesgo y pronóstico

Otro problema se establece al intentar estratificar el riesgo arrítmico, sobre todo con los pacientes asintomáticos. Se utiliza para identificar a los pacientes que presentan un alto riesgo de padecer eventos arrítmicos mortales o muy graves, para intentar protegerlos con el implante de un desfibrilador automático (DAI) (11, 12, 13, 14, 15, 36, 50, 51, 52).

- Supervivientes de MSC tienen un alto riesgo de recurrencia de MSC o arritmias ventriculares fatales (17-62% con 48-84 meses de seguimiento). Indicación clase I para el DAI como prevención secundaria.
- Síncope de origen cardíaco (6-19% con 24-39 meses de seguimiento). Indicación clase I para el DAI.
- Pacientes con SBr que presenten TV documentada. Indicación clase IIa DAI.
- Patrón ECG tipo I espontáneo independiente de arritmias ventriculares. Indicación clase IIa, con monitorización clínica del ECG.
- Hay gran controversia sobre el valor de la inducibilidad de arritmias ventriculares sostenidas en estudios electrofisiológicos (EEF) para intentar evaluar el riesgo arrítmico de SBr, pues, según Brugada, la inducibilidad en las EEF es un predictor independiente del riesgo (36, 14).
- Guías actualizadas consideran el uso de EEF para estratificar el riesgo en pacientes con SBr asintomáticos con ECG espontáneo tipo I. Indicación clase IIb.
- El estudio PRELUDE (51) mostró la existencia de un período refractario ventricular (PRV) corto en SBr, menor de 200 ms de ciclo, siendo un predictor independiente del riesgo arrítmico, pero son necesarios más estudios al respecto.

Tratamiento para pacientes portadores de síndrome de Brugada

Desfibrilador automático implantable (DAI)

Se trata del único tratamiento que ha demostrado ser eficaz en el SBr para prevenir la MSC. Se han recomendado una serie de pautas para evitar choques inadecuados, como por ejemplo, programar minuciosamente el dispositivo con una única zona de terapia para FV que tenga una frecuencia de corte alta (250 LPM (latidos por minuto) – años del paciente, a frecuencia cardíaca

mayor a 210-220 LPM) (53), además de aumentar el número de intervalos con tal de detectar FV a 18 de 24, o a 30 de 40 (54, 55), intentando no chocar una taquicardia ventricular no sostenida. Está contraindicada la práctica deportiva (56).

Tratamiento farmacológico

Intenta corregir las alteraciones que hay en las corrientes iónicas en el SBr. Algunos fármacos pueden inhibir la corriente Ito (corriente transitoria de salida de potasio) o aumentar las corrientes de sodio (Na) y calcio (Ca):

- Isoproterenol aumenta la corriente de I_{CaL} (corriente iónica de entrada de calcio de larga duración), mostrándose útil para tratar las tormentas eléctricas del SBr. Indicación clase IIa (50).
- Quinidina, se trata de un antiarrítmico de clase IA que tiene efecto bloqueante en las corrientes de Ito (corriente transitoria de salida de potasio) e I_{Kr} (corriente iónica rápida de potasio), pudiendo prevenir la inducibilidad de FV en la FEE, anulando las arritmias ventriculares que se producen espontáneamente en el contexto clínico, utilizándose hoy en día en pacientes que tienen DAI y que han sufrido varias descargas apropiadas. Se utiliza si el DAI está contraindicado, o se usa como alternativa y para tratar arritmias supraventriculares. Se ha demostrado una tasa elevada de efectos secundarios gastrointestinales (57, 58, 59, 60). Ha demostrado ser eficaz en las tormentas eléctricas de SBr (61, 62). Indicación clase IIb (50).
- Disopiramida (63) e orciprenalina (62) son útiles en las tormentas eléctricas.

BIBLIOGRAFÍA

Artículos de revista

1. Brugada P, Brugada J. Right bundle branch block, persistent ST segment elevation and sudden cardiac death: A distinct clinical and electrocardiographic syndrome. *Journal of the American College of Cardiology*. 1992; 20(6):1391-1396.
2. Wilde A. Proposed Diagnostic Criteria for the Brugada Syndrome. *European Heart Journal*. 2002; 23(21):1648-1654.
4. Antzelevitch C. Brugada Syndrome: Report of the Second Consensus Conference: Endorsed by the Heart Rhythm Society and the European Heart Rhythm Association. *Circulation*. 2005; 111(5):659-665.
5. Van den Berg M, de Boer R, van Tintelen J. Brugada Syndrome or Brugada Electrocardiogram? *Journal of the American College of Cardiology*. 2009; 53(17):1569.
6. Postema P. About Brugada syndrome and its prevalence. *Europace*. 2012; 14(7):925-928.
7. Hermida J, Lemoine J, Aoun F, Jarry G, Rey J, Quiret J. Prevalence of the Brugada syndrome in an apparently healthy population. *The American Journal of Cardiology*. 2000; 86(1):91-94.
8. Donohue D, Tehrani F, Jamehdor R, Lam C, Movahed M. The Prevalence of Brugada ECG in Adult Patients in a Large University Hospital in the Western United States. *Amer Heart Hosp J*. 2008; 6(1):48-50.
9. Sinner M, Pfeufer A, Perz S, Schulze-Bahr E, Monnig G, Eckardt L et al. Spontaneous Brugada electrocardiogram patterns are rare in the German general population: results from the KORA study. *Europace*. 2009; 11(10):1338-1344.

CONCLUSIONES

En la actualidad, el conocimiento científico acerca del síndrome de Brugada ha aumentado de forma considerada, sobre todo en lo relacionado con las bases genéticas y moleculares, así como sus mecanismos arritmogénicos y el curso clínico que sigue junto al tratamiento recomendado, pero aún quedan muchos estudios en el aire, principalmente acerca de la gran controversia existente en cuanto a la estratificación del riesgo y del pronóstico, así como sobre los criterios para establecer el diagnóstico y confirmarlo, ya que aún hoy en día, los mecanismos fisiopatológicos siguen en duda, aunque se hayan establecido dos grandes teorías, pero también existen dudas aún en cuanto al tratamiento correcto, sobre todo el farmacológico y sus posibles efectos secundarios.

Tras el análisis de numerosos artículos, podemos confirmar la necesidad de que se haga una revisión a los actuales criterios que se han establecido para el diagnóstico del SBr, así como de las posibles herramientas que sirven para el pronóstico y de las opciones recomendables de tratamiento.

Los futuros estudios realizados sobre el SBr favorecerán los datos que ya se han obtenido en estudios previos, donde en algunos el tamaño muestral ha sido insuficiente y/o el periodo de seguimiento ha sido demasiado corto para obtener unos resultados más significativos. Todo esto ayudaría a refinar tanto el aspecto diagnóstico como el terapéutico acerca de los pacientes con síndrome de Brugada.

10. Antzelevitch C. Brugada Syndrome: Report of the Second Consensus Conference: Endorsed by the Heart Rhythm Society and the European Heart Rhythm Association. *Circulation*. 2005; 111(5):665-670.
11. Priori S. Natural History of Brugada Syndrome: Insights for Risk Stratification and Management. *Circulation*. 2002; 105(11):1342-1347.
12. Brugada J, Brugada R, Antzelevitch C. Long-term follow-up of individuals with the electrocardiographic pattern of right bundle-branch block and ST-segment elevation in precordial leads V1 to V3. *ACC Current Journal Review*. 2002; 11(3):71.
13. Eckardt L, Probst V, Smits J. Long-Term Prognosis of Individuals With Right Precordial ST-Segment Elevation Brugada Syndrome. *ACC Current Journal Review*. 2005; 14(5):34.
14. Giustetto C, Drago S, Demarchi P, Dalmaso P, Bianchi F, Masi A et al. Risk stratification of the patients with Brugada type electrocardiogram: a community-based prospective study. *Europace*. 2008; 11(4):507-513.
15. Probst V, Veltmann C, Eckardt L, Meregalli P, Gaita F, Tan H et al. Long-Term Prognosis of Patients Diagnosed With Brugada Syndrome: Results From the FINGER Brugada Syndrome Registry. *Circulation*. 2010; 121(5):635-643.
16. Kapplinger J, Tester D, Alders M, Benito B, Berthet M, Brugada J et al. An international compendium of mutations in the SCN5A-encoded cardiac sodium channel in patients referred for Brugada syndrome genetic testing. *Heart Rhythm*. 2010; 7(1):33-46.
17. Rook M. Human SCN5A gene mutations alter cardiac sodium channel kinetics and are associated with the Brugada syndrome. *Cardiovascular Research*. 1999; 44(3):507-517.

18. Vatta M. Genetic and biophysical basis of sudden unexplained nocturnal death syndrome (SUNDS), a disease allelic to Brugada syndrome. *Human Molecular Genetics*. 2002; 11(3):337-345.
19. Vatta M, Dumaine R, Antzelevitch C, Brugada R, Li H, Bowles N et al. Novel mutations in domain I of SCN5A cause Brugada syndrome. *Molecular Genetics and Metabolism*. 2002;75(4):317-324.
20. Pfahnl A, Viswanathan P, Weiss R, Shang L, Sanyal S, Shusterman V et al. A sodium channel pore mutation causing Brugada syndrome. *Heart Rhythm*. 2007; 4(1):46-53.
21. London B, Michalec M, Mehdi H, Zhu X, Kerchner L, Sanyal S et al. Mutation in Glycerol-3-Phosphate Dehydrogenase 1-Like Gene (GPD1-L) Decreases Cardiac Na⁺ Current and Causes Inherited Arrhythmias. *Circulation*. 2007; 116(20):2260-2268.
22. Watanabe H, Koopmann T, Le Scouarnec S, Yang T, Ingram C, Schott J et al. Sodium channel β 1 subunit mutations associated with Brugada syndrome and cardiac conduction disease in humans. *Journal of Clinical Investigation*. 2008;
23. Hu D, Barajas-Martinez H, Burashnikov E, Springer M, Wu Y, Varro A et al. A Mutation in the 3 Subunit of the Cardiac Sodium Channel Associated With Brugada ECG Phenotype. *Circulation: Cardiovascular Genetics*. 2009; 2(3):270-278.
24. Kattygnarath D, Maugendre S, Neyroud N, Balse E, Ichai C, Denjoy I et al. MOG1: A New Susceptibility Gene for Brugada Syndrome. *Circulation: Cardiovascular Genetics*. 2011;4(3):261-268.
25. Antzelevitch C, Pollevick G, Cordeiro J, Casis O, Sanguinetti M, Aizawa Y et al. Loss-of-Function Mutations in the Cardiac Calcium Channel Underlie a New Clinical Entity Characterized by ST-Segment Elevation, Short QT Intervals, and Sudden Cardiac Death. *Circulation*. 2007; 115(4):442-449.
26. Burashnikov E, Pfeiffer R, Barajas-Martinez H, Delpón E, Hu D, Desai M et al. Mutations in the cardiac L-type calcium channel associated with inherited J-wave syndromes and sudden cardiac death. *Heart Rhythm*. 2010; 7(12):1872-1882.
27. Ueda K, Hirano Y, Higashiesato Y, Aizawa Y, Hayashi T, Inagaki N et al. Role of HCN4 channel in preventing ventricular arrhythmia. *Journal of Human Genetics*. 2009; 54(2):115-121.
28. Delpon E, Cordeiro J, Nunez L, Thomsen P, Guerchicoff A, Pollevick G et al. Functional Effects of KCNE3 Mutation and Its Role in the Development of Brugada Syndrome. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*. 2008; 1(3):209-218.
29. Ohno S, Zankov D, Ding W, Itoh H, Makiyama T, Doi T et al. KCNE5 (KCNE1L) Variants Are Novel Modulators of Brugada Syndrome and Idiopathic Ventricular Fibrillation. *Circulation: Arrhythmia and Electrophysiology*. 2011; 4(3):352-361.
30. Brugada R, Brugada J, Antzelevitch C, Kirsch G, Potenza D, Towbin J et al. Sodium Channel Blockers Identify Risk for Sudden Death in Patients With ST-Segment Elevation and Right Bundle Branch Block but Structurally Normal Hearts. *Circulation*. 2000; 101(5):510-515.
31. Hong K, Brugada J, Oliva A. Value of electrocardiographic parameters and ajmaline test in the diagnosis of Brugada syndrome caused by SCN5A mutations. *ACC Current Journal Review*. 2005; 14(3):47.
32. Meregalli P, Ruijter J, Hofman N, Bezzina C, Wilde A, Tan H. Diagnostic Value of Flecainide Testing in Unmasking SCN5A-Related Brugada Syndrome. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2006; 17(8):857-864.
33. Sangwatanaroj S, Prechawat S, Sunsaneewitayakul B. New electrocardiographic leads and the procainamide test for the detection of the Brugada sign in sudden unexplained death syndrome survivors and their relatives. *ACC Current Journal Review*. 2002; 11(3):73.
34. Sangwatanaroj S, Prechawat S, Sunsaneewitayakul B, Sitthisook S, Tosukhowong P, Tungsanga K. Right ventricular electrocardiographic leads for detection of brugada syndrome in sudden unexplained death syndrome survivors and their relatives. *Clin Cardiol*. 2001; 24(12):776-781.
35. Govindan M, Batchvarov V, Raju H, Shanmugam N, Bizrah M, Bastiaenen R et al. Utility of high and standard right precordial leads during ajmaline testing for the diagnosis of Brugada syndrome. *Heart*. 2010; 96(23):1904-1908.
36. Brugada J, Brugada R, Brugada P. Determinants of sudden cardiac death in individuals with the electrocardiographic pattern of brugada syndrome and no previous cardiac arrest. *ACC Current Journal Review*. 2004; 13(4):52.
37. Benito B, Brugada R, Brugada J, Brugada P. Brugada Syndrome. *Progress in Cardiovascular Diseases*. 2008; 51(1):1-22.
38. Benito Brugada J. Recurrent syncope: an unusual presentation of Brugada syndrome. *Nature Clinical Practice Cardiovascular Medicine*. 2006; 3(10):573-577.
39. Makita N, Sumitomo N, Watanabe I, Tsutsui H. Novel SCN5A mutation (Q55X) associated with age-dependent expression of Brugada syndrome presenting as neurally mediated syncope. *Heart Rhythm*. 2007; 4(4):516-519.
40. Benito B, Sarkozy A, Mont L, Henkens S, Berruezo A, Tamborero D et al. Gender Differences in Clinical Manifestations of Brugada Syndrome. *Journal of the American College of Cardiology*. 2008; 52(19):1567-1573.
41. Gussak I, Antzelevitch C, Bjerregaard P, Towbin J, Chaitman B. The Brugada syndrome: clinical, electrophysiologic and genetic aspects. *Journal of the American College of Cardiology*. 1999; 33(1):5-15.
42. Kurita T, Shimizu W, Inagaki M, Suyama K, Taguchi A, Satomi K et al. The electrophysiologic mechanism of ST-segment elevation in Brugada syndrome. *Journal of the American College of Cardiology*. 2002; 40(2):330-334.
43. Thomsen P, Joergensen R, Kanthers J, Jensen T, Haarbo J, Hagemann A et al. Phase 2 reentry in man. *Heart Rhythm*. 2005; 2(8):797-803.
44. Antzelevitch C. In vivo human demonstration of phase 2 reentry. *Heart Rhythm*. 2005; 2(8):804-806.
45. Yan G, Antzelevitch C. Cellular Basis for the Brugada Syndrome and Other Mechanisms of Arrhythmogenesis Associated With ST-Segment Elevation. *Circulation*. 1999; 100(15):1660-1666.
46. Shimizu W, Matsuo K, Takagi M, Tanabe Y, Aiba T, Taguchi A et al. Body Surface Distribution and Response to Drugs of ST Segment Elevation in Brugada Syndrome: Clinical Implication of Eighty-Seven?Lead Body Surface Potential Mapping and Its Application to Twelve-Lead Electrocardiograms. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 2000; 11(4):396-404.
47. Guillem M, Climent A, Millet J. Conduction abnormalities in the right ventricular outflow tract in Brugada syndrome detected

- body surface potential mapping. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc.* 2010; 2010: 2537-2540.
48. Meregalli P, Wilde A, Tan H. Pathophysiological mechanisms of Brugada syndrome: Depolarization disorder, repolarization disorder, or more? *Cardiovascular Research.* 2005; 67(3):367-378.
 49. Wilde A, Postema P, Di Diego J, Viskin S, Morita H, Fish J et al. The pathophysiological mechanism underlying Brugada syndrome. *Journal of Molecular and Cellular Cardiology.* 2010; 49(4):543-553.
 51. Risk stratification in Brugada syndrome. Results of the PRELUDE (PRogrammed ELectrical stimulation preDICTive valuE) Registry. *Indian Heart Journal.* 2012; 64(2):219.
 52. Delise P, Allocca G, Marras E, Giustetto C, Gaita F, Sciarra L et al. Risk stratification in individuals with the Brugada type 1 ECG pattern without previous cardiac arrest: usefulness of a combined clinical and electrophysiologic approach. *European Heart Journal.* 2010; 32(2):169-176.
 53. Spragg DBerger R. How to avoid inappropriate shocks. *Heart Rhythm.* 2008; 5(5):762-765.
 54. Gunderson B, Abeyratne A, Olson W, Swerdlow C. Effect of Programmed Number of Intervals to Detect Ventricular Fibrillation on Implantable Cardioverter-Defibrillator Aborted and Unnecessary Shocks. *Pacing Clin Electro.* 2007;30(2):157-165.
 55. Wathen M. Prospective Randomized Multicenter Trial of Empirical Antitachycardia Pacing Versus Shocks for Spontaneous Rapid Ventricular Tachycardia in Patients With Implantable Cardioverter-Defibrillators: Pacing Fast Ventricular Tachycardia Reduces Shock Therapies (PainFREE Rx II) Trial Results. *Circulation.* 2004; 110(17):2591-2596.
 56. Heidnbuchel H, Corrado D, Biffi A, Hoffmann E, Panhuyzen-Goedkoop N, Hoogsteen J et al. Recommendations for participation in leisure-time physical activity and competitive sports of patients with arrhythmias and potentially arrhythmogenic conditions Part II: Ventricular arrhythmias, channelopathies and implantable defibrillators. *European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation.* 2006; 13(5):676-686.
 57. Belhassen B, Viskin S, Fish R, Glick A, Setbon I, Eldar M. Effects of Electrophysiologic-Guided Therapy with Class IA Antiarrhythmic Drugs on the Long-Term Outcome of Patients with Idiopathic Ventricular Fibrillation with or without the Brugada Syndrome. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 1999; 10(10):1301-1312.
 58. Belhassen B. Efficacy of Quinidine in High-Risk Patients with Brugada Syndrome. *Circulation.* 2004; 110(13):1731-1737.
 59. Hermida J, Denjoy I, Clerc J, Extramiana F, Jarry G, Milliez P et al. Hydroquinidine therapy in Brugada syndrome. *Journal of the American College of Cardiology.* 2004; 43(10):1853-1860.
 60. Belhassen B, Glick A, Viskin S. Excellent Long-Term Reproducibility of the Electrophysiologic Efficacy of Quinidine in Patients with Idiopathic Ventricular Fibrillation and Brugada Syndrome. *Pacing and Clinical Electrophysiology.* 2009; 32(3):294-301.
 61. Maury P, Hociny M, Haissaguerre M. Electrical storms in Brugada syndrome: review of pharmacologic and ablative therapeutic options. *S Indian Pacing Electrophysiol J.* 2005; 5(1):25-34.
 62. Schweizer P, Becker R, Katus H, Thomas D. Successful acute and long-term management of electrical storm in Brugada syndrome using orciprenaline and quinine/quinidine. *Clin Res Cardiol.* 2010; 99(7):467-470.
 63. Sumi S, Maruyama S, Shiga Y, Kodama S, Miyoshi K, Tojou H et al. High Efficacy of Disopyramide in the Management of Ventricular Fibrillation Storms in a Patient with Brugada Syndrome. *Pacing and Clinical Electrophysiology.* 2010; 33(6):e53-e56.

Autor corporativo

50. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death--Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Develop Guidelines for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death): Developed in Collaboration With the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation.* 2006; 114(10):1088-1132.

Artículo de internet

3. My EKG. Síndrome de Brugada en el Electrocardiograma [Internet]. My-ekg.com. 2015 [cited 24 June 2016]. Available from: <http://www.my-ekg.com/enfermedades/sindrome-brugada.html>

BIBLIOGRAFÍA FIGURAS

Artículo de internet

3. My EKG. Síndrome de Brugada en el Electrocardiograma [Internet]. My-ekg.com. 2015 [cited 24 June 2016]. Available from: <http://www.my-ekg.com/enfermedades/sindrome-brugada.html>

EDUCACIÓN SEXUAL EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

SEX EDUCATION IN WOMEN VICTIMS OF GENDER VIOLENCE

■ ELENA GARCÍA GARCÍA. MATRONA. CENTRO DE TRABAJO: HOSPITAL VALME (SEVILLA).
FINANCIACIÓN DEL ESTUDIO O CONFLICTO DE INTERESES: NO.

RESUMEN: Existe socialmente una perspectiva reduccionista sexual hacia aspectos preventivos y biológicos, consecuentemente la educación va encaminada hacia ellos. Se requiere darle otro enfoque más amplio acorde a las necesidades actuales de la población y más peculiarmente adaptándola a un colectivo como víctimas de violencia de género.

Basándose en ello, se planteó alcanzar el objetivo de mejorar la autoestima y sensibilizar a dicha población hacia la apertura de una sexualidad saludable, con la impartición de un programa formativo grupal. En él se trataba la evolución de las manifestaciones sexuales en cada etapa del ciclo vital y la autoestima, para aplicárselo a ellas mismas o a su descendencia.

Su principal demanda era mejorar su autoestima y mostraron rechazo hacia las relaciones sexuales, o, a iniciar otra relación de pareja. La sexualidad engloba un concepto más amplio desconocido por buena parte de la sociedad.

PALABRAS CLAVE: violencia contra la mujer, sexualidad, autoimagen.

ABSTRACT: Socially there is a perspective sexual reductionist towards prevention and biological aspects, as a result the education is aimed at them. It is required to give another more comprehensive approach to the current needs of the population and more peculiarly adapted to a group as victims of gender-based violence.

Based on this, raised the objective of improving self-esteem and sensitize the population towards the opening of a healthy sexuality, with the teaching of a group training program. It was the evolution of the manifestations of sex in each stage of the life cycle and the self-esteem, to apply it to themselves or to their offspring.

Their main demand was to improve their self-esteem and they showed rejection towards sexual intercourse, or to start another relationship. Sexuality encompasses a broader concept unknown to much of society.

KEY WORDS: Gender violence, sexuality, self concept.

INTRODUCCIÓN

Se define violencia contra las mujeres basada en el género como: *“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado sufrimiento físico, sexual o psicológico. También se incluyen las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada”*¹.

Abarca todos los actos mediante los cuales se discrimina, ignora, somete y subordina a las mujeres en los diferentes aspectos de su existencia. Es todo ataque material y simbólico que afecta su libertad, dignidad, seguridad, intimidad e integridad moral y/o física (Velázquez, 2003, citada en Irazu, 2010)².

- El origen se encuentra en la desigualdad de poder entre mujeres y hombres. Ésta es ejercida expresando su dominación sobre la mujer.
- No se produce sólo en ambientes marginales e incultos, sino que ocurre en todos los grupos sociales.

Según Irazu y Arnoso, sus manifestaciones más frecuentes son²:

- **Violencia física.** Además incluye conductas como desatender a la mujer durante el embarazo, o, en situaciones de enfermedad o incapacidad.
- **Violencia psicológica:** Amenazas, insultos, humillaciones, desprecio, coacción, manipulación hacia la propia mujer o indiferencia que provoca sentimientos de culpa, vergüenza e

indefensión. Se da frecuentemente junto a otro tipo de violencia incrementando la dominación del agresor sobre la víctima.

- **Violencia económica:** Mentir sobre los ingresos, denegar el acceso a los bienes comunes e impedir a la mujer trabajar y/o estudiar. En general, el control de los recursos económicos y patrimoniales para impedir la autonomía de las mujeres.
- **Violencia social:** Controlar a la mujer, limitar sus actividades, imponer horarios, manipular las llamadas telefónicas o controlar su acceso a las redes sociales, aislándola.
- **Violencia sexual:** El agresor presiona física y/o psíquicamente para imponer una relación sexual no deseada mediante coacción, intimidación o indefensión.

La violencia contra las mujeres es un proceso cíclico que comprende tres fases que se pueden repetir una y otra vez, según estos autores:

- 1. Acumulación de tensión:** El agresor va acumulando gradualmente una mayor tensión sin motivo aparente, en la que intensifica la violencia verbal pudiendo aparecer los primeros indicios de violencia física. Son sucesos aislados que la mujer cree poder controlar.
- 2. Agresión:** física, psicológica y/o sexual. Es en esta fase cuando la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
- 3. Reconciliación o luna de miel:** Arrepentimiento del agresor llegando, frecuentemente, a pedir perdón a la víctima. Para ello

utiliza estrategias de manipulación afectiva: regalos, caricias, promesas, etc. También suele quitarle importancia haciendo ver que la mujer exagera lo sucedido, que es un poco histérica o está enferma, y que él es la víctima.

La mujer puede reaccionar creyendo que él cambiará su actitud, pudiendo incluso retirar la denuncia y cuestionarse si ocurrió la violencia o exageró lo sucedido, pudiendo interiorizar el rol de histérica.

En la medida que las agresiones tienden a ser una práctica habitual, la fase de reconciliación tiende a desaparecer.

Si bien cualquier persona puede ser víctima de una agresión sexual, son las mujeres quienes padecen en mayor medida esta conducta violenta. De hecho, cerca de un 15% de la población femenina sufre alguna agresión sexual a lo largo de su vida^{3,4}.

La victimización –el hecho de ser víctima de un suceso violento– puede conllevar repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas, especialmente en el caso de las mujeres agredidas sexualmente en la vida adulta o en la infancia^{5,6,7}.

Así, el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (TEPT) como consecuencia de cualquier conducta violenta lo experimentan el 25% de las víctimas, pudiendo alcanzar el 50-60% en el caso de las mujeres agredidas sexualmente⁸. El TEPT suele ser más grave y duradero cuando el suceso sufrido es muy intenso, o, cuando la víctima es vulnerable psicológicamente y no cuenta con un apoyo familiar y social adecuado. La intensidad de los síntomas inmediatamente tras la agresión es un predictor del funcionamiento de las víctimas a largo plazo⁹. Además (o en lugar) del TEPT, las víctimas de agresiones sexuales pueden sufrir un malestar emocional profundo (ansiedad, depresión, sentimientos de culpa) y conductas de evitación sexual. Sin embargo, los estudios disponibles hasta la fecha se han centrado fundamentalmente en el tratamiento del TEPT, sin tener en cuenta otra sintomatología como la ansioso-depresiva o los problemas sexuales¹⁰⁻¹⁴.

En un estudio reciente de Echeburúa et al. (2013), se trató de evaluar la eficacia de un programa cognitivo-conductual de 10 sesiones para el tratamiento de mujeres víctimas de agresiones sexuales en la vida adulta. Participaron 138 víctimas (107 recientes y 31 no recientes), de las que 84 completaron el tratamiento. Los resultados se mantuvieron a los 12 meses. La tasa de éxito fue alta en ambos grupos, pero inferior en el de las no-recientes en los seguimientos de los 3 y 12 meses en las que hubo un nivel alto de abandono. El tratamiento propuesto fue eficaz, pero un reto para el futuro es diseñar estrategias motivacionales para el mismo y mejorar la terapia para las víctimas no recientes¹⁴.

Este colectivo posee unas características especiales, algunas anteriormente mencionadas como: baja autoestima, trastornos psicológicos y disfunciones sexuales, desvinculación afectiva de la pareja como figura de apego, disrupción familiar, problemas socio-laborales, jurídicos, etc.

Entre las actitudes más comunes que salen a la luz, San Martín (2007) considera¹⁵:

- **Negación** del problema o minimización de sus repercusiones.

Resulta ser un mecanismo defensivo temporalmente útil para muchas mujeres incluso durante la entrevista: *“en todas las parejas hay discusiones y problemas”, “mi pareja en el fondo me quiere pero no se sabe controlar a veces.”*

- **Conformismo** ante una situación que la mujer percibe o “prefiere percibir” como normal dadas sus características

personales (edad, situación clínica, etc.) o porque no se siente capaz de salir de ella. *“No tengo otra alternativa mejor”. “Para mí lo importante es que no pegue a los niños”.*

- La **autodesvalorización** que se acompaña de un grave deterioro de su autoestima general, de una actitud de victimismo y de un temor al abandono agravado por su dependencia emocional del agresor. *“Me acabaré dejando por otra”, “se acabará cansando de mí”, “yo ya no valgo nada”, “no soy suficiente para él”, “soy poco atractiva para mi pareja”, “yo no soy nada sin él”.*
- La **culpabilización**: Se culpa a sí misma de sus problemas y de las agresiones de su pareja.
- La **fragilidad afectiva**, con frecuencia se acompaña de una actitud cambiante que alterna momentos de afrontamiento de la situación con otros en que se siente vulnerable e incapaz de escapar del maltrato.
- El **miedo** tanto al agresor como a las consecuencias de abandonarle, le impide tomar decisiones.

La relación con el profesional debe crear un clima de confianza que dé lugar a una descarga emocional de la víctima, “atreverse a contarnos lo que les ocurre”, en la que son frecuentes respuestas de ansiedad, angustia, llanto, retraimiento o bloqueo emocional, entre otras, y siempre teniendo en cuenta las peculiaridades de cada persona.

Así pues, ha resultado de gran interés e importancia la impartición del siguiente programa formativo sobre educación sexual incluyendo un pilar fundamental como es la autoestima, puesto que la apertura hacia los demás y las relaciones de intimidad parten desde la interiorización de valores y actitudes positivas hacia ellas mismas y hacia la vida, ahuyentando consecuentemente su aversión hacia la sexualidad^{16,17}.

Por otro lado, las mujeres en su función de madres, se convierten a su vez en transmisoras hacia las siguientes generaciones, tanto de valores positivos como negativos o erróneos, que pudieran entrar en ocasiones en disconformidad con sus hijos por tener simplemente éstos otra visión de la vida que ellas no comprendan, por haber vivido una época posterior u otro entorno afectivo. Así pues, es fundamental hacerles comprender las manifestaciones de la sexualidad en la infancia y en la adolescencia, sus cambios psicológicos, para ayudarles en su educación y convivencia.

La gran cantidad de carencias psicoafectivas que emanaban de ellas, hizo que demandasen recibir principalmente programas sobre autoestima, ya que su experiencia negativa sobre las relaciones de parejas y sobre la sexualidad unida a su perspectiva reduccionista de significado únicamente sobre las relaciones sexuales, provocó en algunas su rechazo hacia este tema, siendo desconocedoras de que la sexualidad engloba un concepto más amplio.

Por tanto, la impartición de este programa puede beneficiarlas tanto a ellas como mujeres como a la sociedad del futuro.

OBJETIVOS

General

- Mejorar la autoestima y sensibilizar a las mujeres víctimas de violencia de género hacia la apertura de una sexualidad saludable.

Específicos

- Identificar valores y actitudes positivas/negativas hacia sí mismas y hacia los demás, relacionándolos con los beneficios/perjuicios que obtienen.

- Reconocer sus logros en la vida y describir las metas que les gustaría alcanzar.
- Ser consciente y aceptar las diferentes manifestaciones de la sexualidad a lo largo del ciclo vital.
- Analizar la formación e importancia de los vínculos de apego en el desarrollo de la personalidad y manifestaciones de la sexualidad.
- Aplicar la igualdad de género en la educación de sus hijos/as y otras personas que convivan con ellas.

METODOLOGÍA

El desarrollo del presente programa formativo, tuvo lugar durante 4 sesiones grupales en días alternos, de 3 h de duración.

El contenido de *las dos primeras sesiones* fue sobre *autoestima*, mediante el desarrollo de habilidades sociales¹⁸. En la *tercera sesión*, sobre *sexualidad en la infancia y adolescencia*, incluyendo contenidos de igualdad de género, identidad y orientación sexual, apego desde el nacimiento, prevención de los medios de comunicación en la búsqueda de información sexual, fomentar la comunicación sobre sexualidad desde la infancia adaptada a su comprensión. Finalmente, en la *cuarta sesión* se abordó la *sexualidad en la adultez* desde el punto de vista emocional, relaciones de pareja, vínculos afectivos, apego, igualdad de género en la convivencia y educación de los hijos, orientación sexual¹⁹.

En ellas se combinaron diferentes estrategias metodológicas:

- *Enseñanza grupal*: Todas las componentes del grupo aportaron sus conocimientos y experiencias, ya que las aportaciones individuales nos sirvieron a su vez para reflexionar sobre sus dudas y emociones. De este modo se estableció un debate donde todas aprendían de las demás
- *Enseñanza estimulante*: Hacerles reflexionar sobre sus logros en la vida y potenciando que se dirijan a la consecución de metas reales alcanzables, reforzando verbal y no verbalmente su asistencia, su participación en la clase, y mostrándoles, a su vez, contenidos y recursos que aumenten su interés.
- *Enseñanza variada*: Se emplean diferentes técnicas para que haya continuamente un feed-back alumnas-monitora que evite su aburrimiento. Tales técnicas consisten en habilidades sociales, ejercicios en clase y otros para reflexionar en casa, variedad de contenidos diferentes a las expectativas que pudieran traer sobre este curso, utilización de diferentes recursos.

CONCLUSIÓN

La mayoría de las mujeres procedían de familias desestructuradas con vivencias en la infancia similares o peores a sus problemas actuales. Esto lo convierte en un colectivo muy vulnerable, donde se requiere de una constante intervención psicosocial, educativa y sanitaria, con el fin de darles la oportunidad de reinserirse socialmente y para que sus hijos/as no repitan la misma historia. La educación en valores y normas de convivencia, resulta un pilar básico para la construcción de la sociedad del futuro. De hecho, alguna mujer comentó situaciones de rebeldía en el comportamiento de sus hijos/as en el colegio, actitudes defensivas cuando éstos/as tienen pareja, e incluso, repiten el maltrato.

Por ello, es imprescindible motivarlas para que asistan a diferentes programas: habilidades sociales, autoestima, inteligencia emocional, relajación, relaciones de pareja, sexualidad, normas de convivencia, etc., y también otros específicos dirigidos a sus hijos/as, los cuales no reciben o es escasa la ayuda psicológica.

La principal demanda de este colectivo fue mejorar su autoestima y mostraron rechazo hacia las relaciones sexuales, o, a iniciar otra relación de pareja. La sexualidad engloba un concepto más amplio desconocido por buena parte de la sociedad que simplemente éstos dos aspectos a los que se tiende a reducirla. De hecho, el objetivo principal de este programa fue además de intentar mejorar su autoestima, darles a conocer una visión más amplia de la sexualidad, de la relación de pareja, sus aspectos positivos, para volver a motivarlas si se le presenta alguna oportunidad a lo largo de su vida. También educarlas en cuanto a normas de convivencia con la sociedad sobre tolerancia hacia la orientación sexual de los demás, que promuevan a su vez la igualdad de género en sus hijos/as en la vida cotidiana, así como comprensión de las manifestaciones sexuales en la infancia y adolescencia.

El hecho de haber constituido un grupo heterogéneo en este programa tiene sus ventajas e inconvenientes: las mujeres más rehabilitadas psicosocialmente, sirvieron de espejo donde reflejarse las que están empezando a rehabilitarse, les proporcionaban apoyo y consejos estratégicos para continuar con sus vidas. En cambio, el contagio emocional que a menudo se produce (llantos, comparación de problemas), impidió la fluidez de las sesiones y dió lugar a que dichos problemas se retroalimentasen constantemente.

Asimismo fue imprescindible el desarrollo de diferentes habilidades sociales como empatía, asertividad, escucha activa, comunicación no verbal, etc., a lo largo de todas las sesiones. Estas fueron encaminadas a ganar la confianza y apertura del grupo, puesto que tenían una actitud defensiva, motivarlas con interés hacia los temas propuestos, reorientar las conversaciones que se desvían de los mismos, ya que puede observarse mucha necesidad de expresarse y comparar sus problemas con las demás, puesto que así se sienten comprendidas y reconfortadas. También fueron útiles ante situaciones de ansiedad, ira, etc., para generar cambios en su conducta.

Finalmente comentar que resulta muy gratificante y sorprendente comprobar cómo en tan poco tiempo y con escasos recursos la terapia grupal surte efecto, observándose una gran mejoría en las participantes, siendo también manifestado por ellas.

Habitualmente, la educación sanitaria que se imparte en muchos centros educativos, va orientada al ámbito exclusivamente preventivo de embarazos, métodos anticonceptivos, enfermedades de transmisión sexual (principal o exclusivamente SIDA) y funcionamiento del aparato reproductor masculino y femenino, siendo otras de las fuentes más importantes de búsqueda de información internet o los amigos. En la educación sexual debería profundizarse otros conceptos como identidad y orientación sexual, igualdad de género, prevención de violencia de género, autoestima, vínculos afectivos o apego desde el nacimiento, interacción social y formación de pareja, entre otros. Para ello se hace necesario formación previa en los docentes que la imparten y concienciarse que la sexualidad engloba un concepto más amplio y necesario para su experiencia más saludable.

BIBLIOGRAFÍA

1. Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer; 1993. <http://un.org/es/globalissues/women/violencia.shtml>.
2. Irazu I., A. y Arnoso M., M. Guía para el empoderamiento de la mujer inmigrante frente a la violencia de género. Mugak SOS Arrazakeria Gipuzkoa. Dirección de Inmigración. Departamento de Asuntos Sociales del Gobierno Vasco; 2010. Recuperado de <http://www.mugak.eu> y <http://www.sosarrazakeria.org>.
3. Campbell, R. y Wasco, S. M. (2005). Understanding rape

- and sexual assault. *Journal of Interpersonal Violence*. 2005; 20:127-131.
4. Vickerman, K. A. y Margolin, G. Rape treatment outcome research: empirical findings and state of the literature. *Clinical Psychology Review*. 2009; 29: 431-448.
5. Cortés, M. R., Cantón-Cortés, D. y Cantón, J. Consecuencias a largo plazo del abuso sexual infantil: papel de la naturaleza y continuidad del abuso y del ambiente familiar. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2011; 19: 41-56.
6. Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. Tratamiento psicológico de las víctimas de abuso sexual infantil intrafamiliar: un enfoque integrador. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*. 2011; 19: 469-486.
7. Picó-Alfonso, M. A., Echeburúa, E. y Martínez, M. Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*. 2008; 23: 577-588.
8. Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1997; 23: 503-526.
9. Resnick, H., Acierno, R., Amstadter, A. B., Self-Brown, S. y Kilpatrick, D. G. An acute post-sexual assault intervention to prevent drug abuse: update findings. *Addictive Behaviors*. 2007; 32: 2032-2045.
10. Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. P., Rauch, S. A., Riggs, D. S. y Feeny, N. C. Randomized trial of prolonged exposure for PTSD with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2005; 73: 953-964.
11. Foa, E. B. y Rothbaum, B. O. Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD. Nueva York: Guilford; 1998.
12. Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G. A. y Yoiing- Xu, Y. A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for PTSD in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008; 76: 243-258.
13. Rothbaum, B. O., Astin, M. C. y Marsteller, F. Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*. 2005; 18: 607-616.
14. Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y De Corral, P. Tratamiento psicológico de mujeres víctimas de agresiones sexuales recientes y no recientes en la vida adulta. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*. 2013; 21(2): 2249-269.
15. San Martín B., C. Guía práctica de intervención en violencia de género. Santander: Dirección General de la Mujer. Gobierno de Cantabria; 2007.
16. De Andrés, V. y Andrés, F. Confianza total. Herramientas para desarrollar la inteligencia emocional, la autoestima y la motivación. Barcelona: Planeta; 2011.
17. Gómez Z., J. Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual. Madrid: Alianza; 2009.
18. Roca, E. Cómo mejorar tus habilidades sociales. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional (3ª edic). Valencia: ACDE; 2007.
19. López S., F. Amores y desamores. Procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivos. Madrid: Biblioteca Nueva; 2009.

MALOS HÁBITOS DE LOS PROFESIONALES SOBRE EL PACIENTE QUIRÚRGICO

BAD HABITS OF PROFESSIONALS IN THEIR RELATIONSHIP WITH THE PATIENTS

■ M^a AZUCENA JIMÉNEZ MARTÍN, ENFERMERA DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. SEVILLA.
 ■ M^a ESTANI GUERRERO CARRIÓN, ENFERMERA DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. SEVILLA.
 ■ MERCEDES DELGADO GALLARDO, ENFERMERA DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. SEVILLA.
 ■ ALICIA PEDREIRA NIEVAS, ENFERMERA DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. SEVILLA.
 ■ YOLANDA APARICIO PARRA, ENFERMERA DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. SEVILLA.
 ■ JOSÉ LUIS RODRÍGUEZ TORRES, ENFERMERO DE QUIRÓFANO DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. SEVILLA.
 CENTRO DONDE SE HA REALIZADO EL TRABAJO: HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE VALME. HA SIDO PRESENTADO EN EL XXII CONGRESO HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA. ALMERÍA. NOVIEMBRE 2017.

RESUMEN: Para realizar los procedimientos quirúrgicos se requiere de la actividad de muchos profesionales de diferentes categorías. En la relación con el paciente se dan actuaciones que se pudieran considerar como malos hábitos. Estas prácticas suponen una disminución en la calidad asistencial. Nuestro objetivo es identificar los malos hábitos de los profesionales que realizan actividad asistencial dentro de quirófano en relación con su actuación ante el paciente y darlos a conocer para una mejora de la calidad asistencial dada. El estudio se realizó desde mayo de 2016 a mayo de 2017 en los quirófanos del hospital Virgen de Valme sobre anestesiólogos, cirujanos de distinta especialidad, celadores, auxiliares de enfermería y enfermeros/as. El número de veces que se repitió el evento de los 198 registros recogidos se clasifican y distribuyen de la siguiente forma: Muy frecuentes (>30): Apoyar objetos sobre el paciente, "Te voy a invitar a una copita", decir delante del paciente: "Qué cansado/a estoy". Frecuentes (15-30): Decir delante del paciente: "Venga que como sigamos así, no nos vamos hoy". "Venga, vamos, vamos". Poco frecuentes (<15): Llamar al paciente "amigo", "Esta semana se nos han caído tres", "Es la primera vez que hacemos esto, ¡a ver cómo nos sale!". Esta identificación nos ha permitido establecer medidas para cambiar o eliminar este tipo de prácticas.

PALABRAS CLAVES: malos hábitos, moral, observación, cuidados, quirófano.

SUMMARY: The activity of many professionals of different categories is required to perform the surgical procedures. There are performances that could be considered as bad habits in the relationship with the patient. These practices decrease the quality of care. Our goal is to identify those bad habits which take place inside the operating theatre in order to improve healthcare. The study took place from May 2016 to May 2017 in the operating theaters of the Virgen de Valme Hospital including anesthesiologists, surgeons of several specialties, hospital attendants, nursing assistants and nurses. The number of times that each event happened between the 198 records collected are classified and distributed as follows: Very Frequent (> 30): laying objects on the patient, saying in front of the patient: "I'll invite you to a shot", "I'm worn out". Frequent (15-30): saying in front of the patient: "come on, hurry up or we won't finish today", "come on, let's go, let's go". Uncommon (<15): calling the patient "friend", saying in front of the patient: "We've lost three so far this week", "It's the first time we do this, let's see how it works out". The identification of these habits has enabled us to establish measures to change or eliminate such practices.

KEYWORDS: bad habits, moral, observation, cares, operating theatre.

INTRODUCCIÓN

Para realizar los procedimientos quirúrgicos programados dentro de un área quirúrgica se requiere de la actividad de muchos profesionales de diferentes categorías. En la relación con el paciente se dan actuaciones que se pudieran considerar como malos hábitos de estos profesionales en la realización de sus actividades asistenciales. Estas prácticas inadecuadas suponen una disminución en la calidad asistencial, aun cuando el paciente haya obtenido un buen resultado clínico. Estas experiencias son trasladadas a su entorno social, contándolas tantas veces como tenga oportunidad, independientemente del tiempo transcurrido.

Hay un momento en que todos decidimos conscientemente, luego dejamos de elegir y actuamos de forma automática. Es una consecuencia natural de nuestra red nerviosa. Y al comprender cómo sucede, podemos reconstruir esos patrones como más nos convenga (1). Así pues, *los hábitos (costumbres)* son esquemas mentales estables, aprendidos por repetición de actos, que facilitan y automatizan las operaciones mentales cognitivas, afectivas, ejecutivas o motoras (2). Los hábitos surgen porque el cerebro busca

continuamente formas de ahorrar esfuerzo (2,8). Para Aristóteles los hábitos constituían el carácter, la segunda naturaleza. Podían ser buenos (virtudes) o malos (vicios) (2). La RAE define *vicio* como el hábito de obrar mal o falta de rectitud o defecto moral en las acciones (3). Por otro lado, define *virtud como la disposición de la persona para obrar de acuerdo con determinados proyectos ideales como el bien, la verdad, la justicia. Existen virtudes intelectuales y virtudes morales. La virtud moral es el hábito de obrar bien, independientemente de los preceptos de la ley, por sola la bondad de la operación y conformidad con la razón natural* (4). Se trata del hábito que es considerado como bueno y conforme a la ética (5). La *ética del cuidado*, desarrollada a partir de los estudios realizados por Carol Gilligan (1982), tiene como fundamento el respeto a la integridad del ser humano, considerando todas sus características individuales y singulares a la hora de administrarle cuidados (6).

Nuestro objetivo es identificar los malos hábitos de los profesionales que realizan actividad asistencial dentro de quirófano en relación con su actuación ante el paciente y darlos a conocer para una mejora de la calidad asistencial dada.

MATERIAL Y MÉTODO

Tras la conciencia de que existen actuaciones por parte de los profesionales que realizan actividad en el área quirúrgica que se pueden considerar como malos hábitos, se constituyó un grupo de trabajo compuesto por cinco observadores de enfermería que trabaja con diferentes especialidades quirúrgicas.

Obtenida información de internet sobre documentos en hábitos, en derechos de los usuarios (Constitución española de 1978, Estatuto de Autonomía para Andalucía, Ley 14/1986, Ley 41/2002, Ley 2/1998) y Bioética (Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014), nos dispusimos a observar de forma directa a los distintos profesionales en la realización de su actividad.

El estudio se realizó desde mayo de 2016 a mayo de 2017 en los quirófanos del hospital Virgen de Valme (Urología, traumatología, cirugía, ginecología, vascular, oftalmología y otorrino). La observación se realizó sobre todos los niveles profesionales que entraban en contacto con el paciente dentro de quirófano: anestesiólogos, cirujanos de distinta especialidad, celadores, auxiliares de enfermería y enfermeros/as. Se incluyeron las intervenciones programadas en horario de mañana y tarde y en pacientes sometidos a anestesia general o locorregional. Además, los investigadores también estuvieron incluidos dentro de profesionales observados (Anexo I). Se excluyó del estudio a todos los profesionales que realizaron su atención asistencial de urgencias, así como a los quirófanos de cirugía ambulatoria. A tener en cuenta que muchos de muchos de los profesionales diariamente cambian de quirófano.

El periodo de observación se realizó con el paciente despierto, momento en el que el paciente es consciente de lo que hacemos y escucha lo que decimos.

Para el orden de los resultados se clasificaron los malos hábitos en dos grandes grupos: malos hábitos de tarea y malos hábitos verbalizados tanto dirigidos o no al paciente.

Para el análisis se agrupó la clasificación en siete tipos de malos hábitos.

También se analizó si el profesional procedía de otro hospital, el tiempo de trabajo en el servicio, el sexo y edad.

RESULTADOS

En este periodo de 12 meses se recogieron un total de 198 hojas de recogida de datos, de las cuales 60 contenían datos ya registrados en cuanto a profesional y mal hábito aunque por diferente observador y día (muchos profesionales cambian diariamente de quirófano), siendo 138 observaciones los que originan malos hábitos. El número de observaciones realizadas en cuanto a número de profesionales fue de 372. No han presentado mal hábito 234 profesionales.

Los malos hábitos identificados, así como el momento que tuvieron lugar son los siguientes:

1. Malos hábitos verbalizados:

a) Dirigidos al paciente:

- “Te voy a invitar a una copita, un whisky” en el momento de la inducción.
- Comentarle al paciente: “Es la primera vez que hacemos esto, ¿ya ver cómo nos sale!” Se da desde la entrada a quirófano a inicio de la intervención.
- Llamar al paciente “amigo” antes de la intervención o después de ella.

- Decir: “Esta semana se nos han caído tres”, pasando al paciente de la mesa quirúrgica a la camilla.

b) No dirigidos al paciente: Se da desde la entrada del paciente hasta el inicio de la intervención.

- Expresar delante del paciente: “Qué cansado/a estoy” (haciendo mañana-tarde). También se da durante la intervención.
- ¿A qué hora nos vamos hoy?
- Decir delante del paciente: “Venga que como sigamos así, no nos vamos hoy”, “venga, vamos, vamos”. También se da después de la intervención.

2. Malos hábitos en la tarea:

- Apoyar sobre el paciente la bandeja de canalizar la vía. Figura 1.



Figura 1. Bandeja que un profesional ha colocado sobre el paciente para realizar una técnica, canalizar una vía periférica.

- Sostener sobre el paciente la bandeja de medicación para la inducción.
- Colocar el suero fisiológico sobre el paciente cuando va a salir de quirófano en la camilla.



Figura 2. Paciente sujetando el bote de suero para ser trasladado a la esclusa.

El número de profesionales que originaron el evento y se distribuyó de la siguiente forma:

1- Poner objetos sobre el/la paciente	
Enfermeras/os, las/los anestelistas y celadoras/es	49 (35,50 %)
2- “Te voy a invitar a una copita”	
Enfermeros/as, los/las anestelistas	17 (12,32 %)

3- Expresar delante del paciente: “Qué cansado/a estoy”	
Enfermeras/os, las/los anestelistas, cirujanos/as	24 (17,40%)
4- Decir delante del paciente: “Venga que como sigamos así, no nos vamos hoy”. “Venga, vamos, vamos” “¿A qué hora nos vamos hoy?”	
Enfermeros/as, los/las anestelistas, cirujanos/as, auxiliares de enfermería....	20 (14,49 %)
5- “Es la primera vez que hacemos esto, ¡a ver cómo nos sale!”	
Enfermeros, los anestelistas	9 (6,52%)
6- Llamar al paciente “amigo”	
Enfermeros, los cirujanos, los/las anestelista, los celadores	7 (5,07%)
7- “Esta semana se nos han caído tres”.	
Enfermeros, los anestelistas, celadores	12 (8,70%)

En cuanto a la distribución según el sexo se puede observar en la figura 3. El sexo femenino del mal hábito seis lo aporta anestesia.

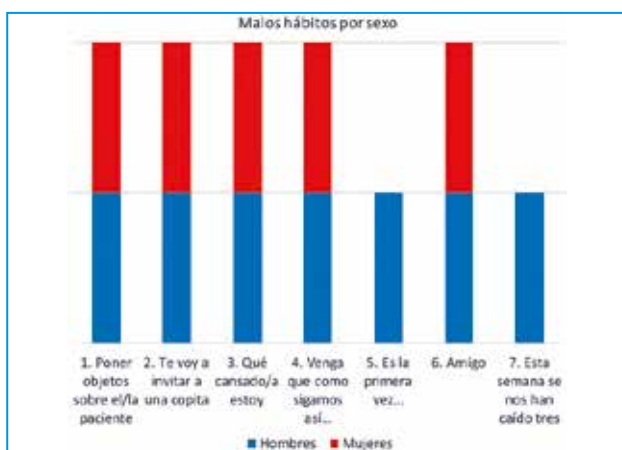


Figura 3.

De los profesionales observados hay trabajadores que presentan más de un mal hábito.

Aparecen en todos los grupos de edades, siendo más frecuentes desde la entrada del paciente a quirófano hasta el inicio de la intervención (50%) y de la finalización de ésta hasta la salida de quirófano (42%), Durante la intervención un 8% (sometido a anestesia locorregional).

El número de veces que se repitió el evento de los 198 registros recogidos se clasifican en: **Muy frecuentes** (>30), **frecuentes** (15-30) y **poco frecuentes** (< 15) y su distribución se encuentra en la figura 4.



Figura 4.

De los/las profesionales que han pasado por el hospital Virgen de Valme a lo largo de este año y que provienen de otros hos-

pitales, públicos o privados, no existen diferencias significativas con respecto a los que llevan más tiempo en el servicio. Así como tampoco entre los diferentes grupos de edades.

DISCUSIÓN

La ética y moral profesional es la reflexión sistemática sobre las normas morales que regulan el comportamiento en la actividad profesional. Uno de los mecanismos utilizados para mantener el prestigio social consiste en ofrecer un servicio profesional de calidad. Para garantizar dicha calidad, a parte del bagaje de conocimientos que se certifica oficialmente mediante el título profesional, se crea el código moral de la profesión (7). La ética profesional sanitaria constituye en el momento actual la base de las relaciones de los pacientes con los profesionales de la salud y su entorno. Se han formulado los principios de la bioética, ciencia que trata de abordar los riesgos de la relación entre los actores del sistema de cuidados, dando un especial protagonismo a los ciudadanos libres y capaces de decidir (8). El Sistema Sanitario Público de Andalucía, como cualquier otra organización, se orienta por valores (9).

Es importante conocer que los hábitos perjudiciales se crean y se refuerzan mediante el ciclo del hábito. En primer lugar, hay un detonante (señal) que motiva a iniciar una conducta indeseada. El segundo paso es la secuencia de acciones que se ejecutan al recibir la señal (rutina). Dichas acciones pueden ser físicas, mentales o emocionales. El tercer paso -esta parte es crucial- es la recompensa, el premio que recibe el cerebro y que refuerza el hecho de que el hábito en cuestión debe recordarse. Y esto no quiere decir que sea beneficiosa o que sea una conducta inteligente, simplemente significa que produce un efecto que al cerebro le gusta. Cuando se repite una conducta el número suficiente de veces, el ciclo del hábito se automatiza tanto que ni siquiera se piensa en él. Señal, rutina y recompensa son los elementos claves para la formación de un hábito (1,10,11). Según Charles Duhigg, "los hábitos pueden ser ignorados, cambiados o reemplazados. Cuando un hábito emerge, el cerebro detiene la toma de decisiones" (1).

El resultado de nuestra observación nos ha llevado a identificar prácticas incorrectas en el equipo multidisciplinar, respetando el anonimato de los compañeros. Esta identificación del mal hábito nos ha permitido establecer medidas para cambiar o eliminar este tipo de prácticas.

El tiempo de contacto con el paciente aumenta la frecuencia de aparición de mal hábito, anestesia-enfermería, cirujanos-celadores y auxiliares de enfermería. Algunos de ellos se dan prácticamente a diario (colocar algún objeto encima del paciente) y otros que pueden pasar días o meses para escucharlo ("es la primera vez que hacemos esto").

Por lo general, el periodo de mayor actividad donde se requiere la participación de diferentes categorías es donde más cantidad de malos hábitos se aprecian, como sucede desde la entrada del paciente al quirófano hasta el inicio de la intervención (50%).

Estas malas prácticas pueden tener repercusiones negativas. Los malos hábitos de unos, son el aprendizaje de otros (estudiantes de enfermería, residentes de anestesia y residentes de las demás especialidades). El aprendizaje por imitación o vicario de estos futuros profesionales tiene como consecuencia la adquisición en su formación de prácticas incorrectas.

En cuanto a un análisis de estas prácticas podríamos decir que:

- **Poner objetos sobre la/el paciente.** Es una práctica muy frecuente. Poner la bandeja de canalizar vía o de inducción sobre el paciente es debido a que el cerebro busca formas de ahorrar

esfuerzos, el esfuerzo de aproximar una cigüeña para poner la bandeja en ella. Decir que esta práctica es incorrecta. No solo le aplicamos un objeto que pesa, también el esfuerzo de no moverse para que dicho objeto no se caiga. Hemos confirmado que esta tarea está automatizada en los profesionales. El profesional que va realizar la técnica necesita varios segundos para tomar consciencia de lo que acaba de suceder, al actuar alguna de nosotras acercándonos una cigüeña y poniendo la bandeja de canalizar vía o inducción sobre ésta. Es a partir de aquí cuando el/la profesional inicia su cambio. En cuanto al bote de suero sujetado por el paciente, las camillas llevan el soporte a la cabecera del paciente lo que supone un importante riesgo para el cliente al haber una gran probabilidad de caída de éste sobre la cabeza.

- El hecho de usar **“Te voy a invitar a una copita”** en la inducción es debido al efecto que producen los anestésicos, similares a la bebida. Es una forma de comunicarle cómo se va a empezar a encontrar. Consideramos que es una frase innecesaria, además se da por hecho que el paciente se emborracha o se ha emborrachado alguna vez.

- Consideramos que cuando se expresa **“Qué cansado/a estoy”** se está justificando o informando ante el compañero que no estamos a pleno rendimiento. El que el paciente escuche esto puede crearle desconfianza hacia los profesionales. Miedo a que el tratamiento quirúrgico no sea realizado correctamente.

- **“Venga que como sigamos así, no nos vamos hoy”**. **“Venga, vamos, vamos”**. **“¿A qué hora nos vamos hoy?”** Estas expresiones, y otras parecidas, se expresan para las distintas categorías profesionales actúen más rápido. Generalmente está en relación con el riesgo de partes quirúrgicos largos y riesgo de sobrepasar la jornada laboral o bien porque si no es así, el siguiente paciente tiene riesgo de generar una suspensión quirúrgica. Las consecuencias de estas expresiones son similares que la del punto anterior.

- Por otro lado, ante **“Es la primera vez que hacemos esto, ¡a ver cómo nos sale!”** y **“Esta semana se nos han caído tres”** conlleva a asustar al paciente. Consideramos que los profesionales cuentan con una elevada probabilidad de que esto no va a suceder y por ello “bromea” para que el paciente no le de importancia. Estos malos hábitos necesitamos mejorarlos. Aunque no sean muy frecuentes puede tener una alta probabilidad que sea desagradable para el cliente.

- Dirigirse al paciente llamándolo **“amigo”** en este contexto se utiliza porque no se recuerda el nombre del paciente. En estos casos, habría que trabajar las habilidades para recordar nombres. A los pacientes hay que llamarlos por su nombre, es obvio. Consideramos que sería recomendable usar, en algunas ocasiones, el nombre y los apellidos para que no quepa la menor duda que nos dirigimos a él/ella y preste atención a lo que se le comunica, pues es frecuente que su nombre coincida con el de algún profesional.

La respuesta del paciente a estos malos hábitos, según nuestra observación directa, son dos. Por un lado el/la paciente se mantiene callado y por otro lado participa siguiendo la “broma”, expresiones verbales que utilizan algunos profesionales para distraer al paciente. Los que se quedan callados sería una nueva línea de investigación.

Con esta investigación contribuimos también al Plan Mejora de la Satisfacción del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, ejercicio 2016: “...conseguir un mayor nivel de satisfacción de nuestra ciudadanía en general y nuestros pacientes atendidos en particular, sin renunciar al objetivo de aumentar el nivel de calidad de nuestra organización, impulsar la cultura de la mejora continua...” (12).

El estudio presenta algunas limitaciones como la dificultad para establecer el número exacto de profesionales observados debido a la gran cantidad de ceses y nuevas incorporaciones, así como bajas y en ocasiones personal del reten. Consideramos que no saber el número exacto de profesionales observados no afecta a nuestro objetivo. Los cirujanos de oftalmología y otorrino no han sido sometidos al mismo tiempo de observación que el resto de personal debido a la distribución de enfermería (observadores).

Con frecuencia se ameniza el quirófano con música. Se consulta al paciente si le resulta molesta y desea que la suprimamos. Algunos de ellos han verbalizado que la música les entretiene y no piensan en lo que se está haciendo. Esto sucede sobre todo con canciones conocidas por ellos. Además, se dispone de una atención dirigida al paciente quirúrgico que es la Escuela de pacientes donde el paciente recibe información del proceso que va a experimentar con el objetivo de que se sienta seguro y poder disminuir la ansiedad que puede generar el propio desconocimiento.

LÍNEAS DE MEJORA

Después del análisis de nuestros resultado consideramos que dentro las áreas de mejora podremos incluir el establecer medidas que conlleven a eliminar la costumbre de poner objetos sobre los pacientes, reforzar técnicas de habilidades de comunicación, fomentar la formación en bioética y reforzar las técnicas de disminución de la ansiedad.

CONCLUSIÓN

En la rutina diaria hay que aceptar la existencia de malos hábitos que ningún profesional desea realizar. El cómo hacemos, el qué decimos y cómo lo decimos es una parte importante para el cliente, por tanto, dentro de una política de mejora de la calidad debemos analizar la situación y proponer actuaciones de mejora. Consideramos que la clave está en ser conscientes de nuestros errores, la realización de feedback con los profesionales, incluir propuestas de mejora y generar motivación para cumplir los objetivos de conseguir que el tratamiento quirúrgico sea prestado con la mayor calidad percibida por los pacientes.

ANEXO I

HOJA RECOGIDA DE MALOS HÁBITOS

- Mal hábito:

- Nombre del profesional del mal hábito:

- ¿En qué momento tiene lugar?

- ☐ Desde la entrada a quirófano al inicio de la intervención.
☐ Desde el inicio de la intervención hasta la finalización de ésta.
☐ Desde el final de la intervención hasta salida del quirófano.

Fecha:

Sexo:

☐

Mujer

☐

Hombre

Edad:

- ☐ < 30
☐ 30-40
☐ 41-50
☐ 51-60
☐ > 60

Especialidad:

Quirófano:

Tiempo trabajando en el servicio:

- ☐ Menos de un año. Procedencia:
☐ 1- 5 años
☐ 6- 10 años
☐ >11 años

☐

Hospital público

☐

H. privado

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Charles Duhigg, El poder de los hábitos. Urano. Accedido en abril 2017. Disponible en: http://servidor.edicionesurano.com/i_Avance/001000246/avance.pdf
- 2- J. A. Marina. Los hábitos, clave del aprendizaje. 2012. Accedido en abril 2017.
Disponible en: <http://www.joseantoniomarina.net/articulo/los-habitos-clave-del-aprendizaje/>
- 3- RAE. Concepto de vicio. Accedido en mayo 2017.
Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=bllwWdu>
- 4- RAE. Concepto de virtud y virtud moral. Accedido en junio 2017.
Disponible en: <http://dle.rae.es/srv/fetch?id=buFPjrR>
- 5- Definición de virtud. Accedido en mayo de 2017.
Disponible en: <http://definicion.de/virtud/>
- 6- Instituto de Formación Sanitaria (IFSES). Principios fundamentales de la bioética. Preparación enfermería. Temario Andalucía 2017.
- 7- Desarrollo humano. Ética y moral profesional. 2013. Accedido en junio 2017. Disponible en: <http://desarrollohumanoufpso.wikifoundry.com/page/ETICA+Y+MORAL+PROFESIONAL>.
- 8- Bibliotecadigital. Grupo paradigma. Ética y Legislación. Accedido junio 2017.
Disponible en: <https://biblioteca.enfermeria21.com/producto/etica-y-legislacion/>
- 9- Mª Jesús Montero Cuadrado. Consejera de salud de Andalucía. Estrategia de Bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía 2011-2014. Accedido en mayo 2017.
Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_2_c_19_bioetica_sspa/Libro_estrategia_Bioetica_SSPA.pdf
- 10- Dr. Travis Bradberry. Cómo dejar un mal hábito. 2016. Accedido mayo 2017
Disponible en: http://www.huffingtonpost.es/dr-travis-bradberry/dejar-malos-habitos_b_13579210.html
- 11- Carles Caño Valls. Reseña del libro "El poder de los hábitos" de Charles Duhigg. 2013. Accedido en mayo 2017.
Disponible en: <http://presentastico.com/2013/08/29/resena-del-libro-el-poder-de-los-habitos-de-charles-duhigg/>
- 12- Plan Mejora de la Satisfacción. Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Ejercicio 2016. Accedido en mayo 2017. Disponible en: <http://www.agssursevilla.org/Participacion/PLAN%20MEJORA%20SATISFACCION%20C3%93N%202016.pdf>

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON ICTUS

NURSING CARE OF PATIENTS WITH STROKE

■ SERGIO RAMOS ROMÁN. ENFERMERO. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
 ■ PETRA MACHÍO BENÍTEZ. ENFERMERA SERVICIO ANDALUZ DE SALUD
 NO EXISTE FINANCIACIÓN PARCIAL O TOTAL. NO SE HA PRESENTADO COMO PONENCIA, COMUNICACIÓN ORAL, PÓSTER, ETC. EN NINGÚN CONGRESO.

RESUMEN: El ictus es en España la una de las primeras causas de muerte siendo la primera causa de incapacidad en nuestro país. La implicación del personal de enfermería es importante; ésta tiene un papel relevante tanto en la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Por este motivo se hace necesario que enfermería tenga conocimientos sobre la sintomatología, clasificación posibles secuelas, así como la rehabilitación. Con la implantación y aplicación de los planes de cuidados se ha conseguido unificar los criterios de cuidados mejorando así la calidad de los cuidados de enfermería y como consecuencia unos niveles de independencia óptimos.

PALABRAS CLAVES: Plan de cuidados, Ictus, Isquemia, Valoración, Neurológico

SUMMARY: Stroke is in Spain one of the leading causes of death being the leading cause of disability in our country. The involvement of nurses is important; it plays an important role both in the prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation. For this reason it is necessary that nurses have knowledge about symptoms, classification possible consequences and rehabilitation. With the development and implementation of care plans has managed to unify the criteria of care and improving the quality of nursing care and consequently optimum levels of independence.

KEYWORDS: Care plan, stroke, ischemia, Assessment, Neurological

INTRODUCCIÓN

El ictus es la primera causa de mortalidad de las mujeres españolas y la segunda en varones, según datos del Grupo de Estudio de Enfermedades Cerebrovasculares de la Sociedad Española de Neurología. En Europa mueren unos 650.000 y de ellos 400.000 son españoles. Al año se detectan 120.000 casos nuevos. El ictus se define como un trastorno brusco del flujo sanguíneo cerebral que altera de forma transitoria o permanente la función de una determinada región del encéfalo. Según el Grupo de Estudio de las Enfermedades Vasculares Cerebrales de la Sociedad Española de Neurología recomiendan utilizar este término para referirse de forma genérica a la isquemia cerebral y a la hemorragia intracerebral o la subaracnoidea. También se le suele llamar “ataque cerebral” o accidente cerebrovascular (AVC) o apoplejía pero son expresiones cada vez más en desuso.

CLASIFICACIÓN

Existen numerosos tipos de ictus: según la naturaleza de la lesión, de la isquemia cerebral o de la hemorragia cerebral. Debido a la presencia de distintas enfermedades o subtipos de ictus, perfil evolutivo, características de la neuroimagen, naturaleza, tamaño y topografía de la lesión, mecanismo de producción y etiología se utilizan numerosos términos para describir las enfermedades cerebro-vasculares.

Isquemia cerebral: son todas las alteraciones del encéfalo producida por un trastorno del aporte circulatorio ya sea cualitativo o cuantitativo. Se utiliza el término focal cuando afecta a una zona concreta del encéfalo o global cuando afecta a todo el encéfalo.

• *Isquemia cerebral focal*

1. Ataque isquémico transitorio: episodio de disfunción cerebral focal de duración inferior a 24h, causado por una insuficiencia vascular por trombosis o embolia arterial asociada a enfermedad arterial, cardíaca o hematológica. Según el territorio afectado se clasifica en carotídeo, vertebrobasilar e

intermediado. En función de las manifestaciones clínicas puede ser retiniano, hemisférico cortical, lacunar o atípico.

2. Infarto cerebral o ictus isquémico: alteración cualitativa o cuantitativa del aporte circulatorio al territorio encefálico produciendo déficit neurológico de más de 24h y como consecuencia presencia de necrosis tisular. Dentro de este tipo de ictus podemos encontrar diferentes subtipos:

- I. infarto aterotrombótico o arteriosclerosis de grandes vasos.
- II. infarto cerebral de tipo lacunar o enfermedad arterial de pequeños vasos.
- III. infarto cardioembólico.
- IV. infarto de causas raras.
- V. infarto de etiología determinada.

3. Síndromes lacunares: suelen estar causados por infartos lacunares y excepcionalmente por otros subtipos de ictus, sobre todo pequeños hematomas cerebrales. Estos síndromes tienen en común una serie de características neurológicas (ausencia de déficit visual y oculomotor, buen nivel de conciencia y ausencia de convulsiones) neuropsicológicas (ausencia de apraxia, agnosia, afasia...) y clínicas generales (ausencia de vómitos y síndrome vegetativo).

- **Isquemia cerebral global:** se produce una disminución de flujo sanguíneo cerebral por debajo de los niveles mínimo necesarios para el funcionamiento cerebral afectando a todo el encéfalo de forma simultánea. El daño anatómico compromete de forma difusa a ambos hemisferios con o sin lesión asociada del tronco encefálico y el cerebelo. Las causas de la isquemia cerebral global pueden ser por una disminución del gasto cardíaco (paro cardíaco, arritmia...) o resistencia periféricas (shocks sistémicos) cirugía cardiovascular o hipotensión durante la anestesia por cirugía.

- **Ictus Hemorrágicos:** se trata de una extravasación de sangre dentro de la cavidad craneal secundaria a la rotura de vasos sanguíneos, arteriales o venosos, por diversos mecanismos. Cabe destacar la diferencia entre hemorragia y hematoma, siendo el primero una acumulación de sangre poco circunscrito con tendencia a infiltrarse de manera difusa en el tejido nervioso y abrirse al espacio ventricular o subaracnoideo; el segundo se refiere a un sangrado que produce un efecto masa mas delimitado y de localización lobular y subcortical. Se pueden clasificar:
 1. Hemorragia o hematoma profundo
 2. Hemorragia o hematoma lobular
 3. Hemorragia o hematoma cerebeloso
 4. Hemorragia o hematoma del tronco cerebral
 5. Hemorragia intraventricular
- Hemorragias intracerebral: la etiología más frecuente es la hipertensión arterial. Otras causas pueden ser las malformaciones vasculares, uso de fármacos o tóxicos, enfermedades hematológicas, vasculopatías cerebrales, tumores primarios o metastásicos y otras causas. Suele instaurarse de modo agudo, con cefalea, focalidad neurológica, posible meningismo y frecuente alteración del nivel de conciencia. Dentro de este tipo de hemorragia tenemos:
 1. Hemorragia o hematoma profundo
 2. Hemorragia o hematoma lobular
 3. Hemorragia o hematoma cerebeloso
 4. Hemorragia o hematoma del tronco cerebral
 5. Hemorragia intraventricular
- Hemorragias subaracnoideas: aquí podemos diferenciar la primaria cuya extravasación de sangre va directamente a espacio subaracnoideo de la secundaria cuya sangrado procede de otra localización, como el parénquima cerebral o el sistema ventricular. La presentación típica de cefalea brusca e intensa, meningismo y presencia de signos neurológicos no es la única. El grado de sospecha deberá ser elevado ante la aparición de una cefalea atípica (distintas a las que padece el paciente habitualmente) y sobre todo si lleva algunos de los siguientes síntomas asociados: pérdida de conciencia, diplopía, crisis comiciales o signos neurológicos focales.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL ICTUS

El ictus presenta numerosos efectos sobre muchas funciones del cuerpo, incluye la actividad motora, el control de esfínteres, la función intelectual, alteración en la percepción espacial, el afecto, sensibilidad y comunicación. Las funciones afectadas van a depender de la arteria implicada y de la zona del cerebro afectada.

- **Función motora:** Los déficit motores son los más obvios e incluyen: movilidad, función respiratoria, la deglución y el habla, el reflejo nauseoso y la capacidad para cuidar de sí mismo. Estos síntomas se deben a la destrucción de neuronas motoras en la vía piramidal.
- **Comunicación:** El hemisferio izquierdo es el dominante para el lenguaje en las personas diestras, y en la mayor parte de las personas zurda. Los pacientes pueden sufrir afasia o una disfasia que puede ser no fluida, es decir el paciente un habla lenta con un esfuerzo obvio, o fluida, existe habla pero con una escasa comunicación con sentido. Si el accidente cerebrovascular afecta al área de Wernicke aparecen síntomas de afasia sensitiva que da lugar a que al paciente no se le entienda ni su lenguaje oral ni escrito. En muchos pacientes se experimenta la disartria en donde se ve una alteración del control muscular del lenguaje.
- **Afecto:** estos pacientes tienen dificultad para controlar sus emociones. Sus respuestas pueden ser exageradas o impre-

decibles pudiendo presentar depresión debido a los cambios de la imagen corporal o pérdida de funcionalidad. Pueden presentar frustración debido a la pérdida de movilidad o comunicación.

- **Alteraciones en la percepción espacial:** Si el daño es en la parte derecha es más probable de presentar problemas de orientación aunque también puede pasar si el daño es en la parte izquierda. Estos problemas se pueden dividir en cuatro categorías. La primera se refiere a la percepción incorrecta de sí mismos y de su enfermedad, la segunda se refiere a la percepción de sí mismos y del espacio. La tercera se refiere a la agnosia que es la incapacidad para reconocer los objetos por la vista, el oído y el olfato. La cuarta es la apraxia que es la incapacidad para realizar movimientos de manera secuencias con un orden y aprendido.
- **Función intelectual:** en paciente con este daño se ve afectado tanto el juicio como la memoria. Los que tienen un daño en la parte izquierda es más probable que se produzca pérdida de memoria y son más cautelosos a la hora de emitir juicios. Las personas con daño en la parte derecha suelen ser más impulsivos. En general tienen más dificultades para generalizaciones lo que le interfiere en el aprendizaje.
- **Control de la micción y defecación:** Por fortuna suelen ser un problema temporal que ocurre al inicio. Inicialmente experimentan polaquiuria, urgencia miccional e incontinencias. El estreñimiento suele ser asociado a la inmovilidad, el debilitamiento de los músculos abdominales, la deshidratación y a la respuesta disminuida al reflejo de la defecación.

SÍNTOMAS DE ALARMA DEL ICTUS

De algún modo todos somos potencialmente candidatos a padecer un ictus, sobre todo si presenta más de 60-65 años y presenta alguno de los factores de riesgo que a continuación mencionaremos. El ictus es una verdadera urgencia médica y se ha demostrado que sus desastrosas consecuencias son tanto menores cuanto antes se acuda al hospital y sea atendido por neurología. De aquí la importancia de que el paciente y las personas que lo rodean sean capaces de reconocer los síntomas de alarma con prontitud.

- **Pérdida de fuerza:** de la cara, brazo y o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- **Trastorno de la sensibilidad:** sensación de acorchamiento u hormigueo de la cara, brazo y/o pierna de un lado del cuerpo, de inicio brusco.
- **Pérdida súbita de la visión:** parcial o total en uno o ambos ojos
- **Alteración repentina del habla:** dificultad para expresarse, el lenguaje cuesta trabajo articular y de ser entendido.
- **Dolor de cabeza:** de inicio súbito, con una intensidad inhabitual y sin causa aparente.
- **Sensación de vértigo, inestabilidad, desequilibrio o caída:** suele ser de manera u explicada y se suele acompañar con alguno de los signos explicados anteriormente.

FACTORES DE RIESGO

La forma más eficaz de disminuir la incidencia del ictus es la prevención. Controlar y concienciar sobre los factores de riesgo puede contribuir a reducir la incidencia. Los factores de riesgo se pueden dividir en modificables y no modificables.

- Factores de riesgo no modificables: incluyen la edad, el sexo la

raza y la herencia. El riesgo de padecer un ictus aumenta con la edad doblándose por cada década que pasa a partir de los 55 años. La incidencia y prevalencia entre hombres y mujeres de manera global suele ser igual. Debido a que las mujeres viven más que los hombres tienen más probabilidad de padecer la enfermedad. Los afroamericanos tienen más incidencia que los blancos así como mayor tasa de fallecimiento. Los antecedentes familiares o haber padecido anteriormente un accidente que isquémico transitorio aumenta la probabilidad de padecer ictus.

- Factores modificables: son los que se pueden alterar con buenos hábitos de vida o tratamiento médico. La hipertensión arterial es el más importante pero sin detectarse y sin tratarse correctamente. Las cardiopatías incluyendo la fibrilación auricular, el infarto de miocardio, la mi cardiopatía, las alteraciones valvulares y los defectos cardíacos congénitos también son importantes. La fibrilación es el factor de riesgo más importante, esta aumenta con la edad. El aumento del colesterol sérico también sería otro factor de riesgo. El tabaco dobla el riesgo de padecer un ictus, por fortuna si se abandona el riesgo disminuye hasta un punto que después de 5 años el riesgo se iguala al de un no fumador. La estenosis asintomática de la carótida es otro factor de riesgo que se puede detectar por la presencia de soplo cervical o ecografía. No nos podemos olvidar el modo de vida, el alcohol, la obesidad, el abuso de drogas, la inactividad o los anticonceptivos orales. En cuanto al alcohol cabe destacar que un consumo moderado tiene un efecto protector. Las alteraciones de la coagulación predisponen a padecer un ictus isquémico especialmente en jóvenes. La anemia de células falciformes otro factor de riesgo conocido.

DIAGNÓSTICO DEL ICTUS

El ictus se diagnostica a través de la historia clínica, la exploración física y de las funciones encefálicas y neurológicas. También aporta información las pruebas diagnósticas que serán seleccionadas según los síntomas y antecedentes del paciente. Las más relevantes son la tomografía axial computarizada (TAC), la resonancia magnética nuclear (RMN) y las pruebas de laboratorio.

TRATAMIENTO DEL ICTUS

Va a depender del tipo de ictus, de la evolución y del paciente. El objetivo más importante del tratamiento será el evitar nuevos episodios y conseguir la máxima rehabilitación funcional de las secuelas. Para ello contaremos con:

- medidas farmacológicas: esta será con antiagregantes y anticoagulantes.
- medidas no farmacológicas:
 - Quirúrgicas: endarterectomía

- Técnicas endovasculares
- Cambios en los estilos de vida. Es importante para evitar la recurrencia de un nuevo episodio, aunque es fundamental en prevención primaria

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL ICTUS AGUDO

- Toma de Tensión Arterial: durante las primeras 24h se hará por turno y más tarde según orden médica. Si la tensión arterial es superior a los siguientes valores hay que avisar al médico.
 - ICTUS isquémico: TAS > 220 o TAD > 120 mm Hg
 - ICTUS hemorrágico: TAS > 180 o TAD > 110 mm Hg
- Tomar frecuencia cardíaca y temperatura por turno las primeras 24h
 - si temperatura > 38 °C se aplica protocolo de tratamiento de hipertermia
 - . Sacar dos hemocultivos
 - . Medidas físicas
 - . Paracetamol 1gr IV y avisar al médico.
 - Oxigenoterapia si procede
- ECG: frecuencia según orden médica. Si ingresa sin ECG realizar uno basal.
- Glucemia capilar: si la glucemia basal al ingreso es superior a 120 mg/dl se realizará controles cada 6 horas. Si en dos tomas supera los 175 mg/dl se avisará al médico de guardia para que pauté insulina.
- Escala canadiense. Escala para cuantificar de forma fiable y precisa la gravedad del ictus, progresión y desenlace.
- Evaluación de la deglución. La tolerancia se realizará con agua gelificada, nunca con líquido. Si es moderada o grave se le dejará en dieta absoluta. Si el paciente es diabético se avisará al médico para instaurar protocolo de diabetes en ayuna.
- Valoración del estreñimiento. Se registrará en gráfica en número de deposiciones al día. Si más de 3 días sin deposición se le pondrá enema.
- Cuidados posturales. Se realizarán cambios posturales 2 veces por turno. Tras el ictus el reposo será absoluto durante las primeras 24h salvo prescripción médica. Luego levantar mañana y tarde a sillón salvo contraindicación médica. Se utilizará cama neurológica si se precisa. Pondremos protección en las zonas de prominencias óseas para evitar la presión e hidrataremos de manera adecuada la piel.

TABLA 1 VALORACIÓN ESTANDARIZADA SEGÚN LAS NECESIDADES DE VIRGINIA HENDERSON

NECESIDADES	MANIFESTACIONES
Respiración	
Alimentación-Hidratación	• Dificultad para la deglución de los alimentos líquidos • Limitación para alimentarse
Eliminación	• Dificultad para utilizar los dispositivos para la eliminación
Movilización	• Limitación de movimientos • Dificultad para levantarse, acostarse, deambular y moverse en cama.

Reposo-Sueño	• Alteración del sueño
Vestirse	• Limitación para vestirse
Termorregulación	
Higiene-piel	• Limitación para la higiene
Seguridad	• Preocupación • Ansiedad • Temor
Comunicación	• Demanda de información del paciente y familia • Disartria
Creencia-Valores	
Trabajar-Realizarse	
Ocio	
Aprender	• Demanda conocimientos sobre alimentación, movilización, ejercicios que debe realizar y prevención de accidentes.

TABLA 2 PLAN DE CUIDADOS ESTÁNDAR: ICTUS

DIAGNOSTICO NANDA	NOC (RESULTADOS)	NIC (INTERVENCIONES)
00004 RIESGO DE INFECCION r/c • Procedimiento invasivo	– 0703 severidad de la infección – 1902 control del riesgo	– 1876 cuidados del catéter urinario – 6540 control de infecciones – 2440 mantenimiento de dispositivos de acceso venoso (DAV) – 4220 cuidados del catéter central insertado periféricamente.
00040 RIESGO DE SINDROME DE DESUSO r/c • Alteración del nivel de conciencia • Inmovilización prescrita • Parálisis	– 0204 Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas – 0205 Consecuencias de la inmovilidad: psicocognitiva – 0208 Movilidad – 0313 Nivel de autocuidado – 1010 Estado de deglución.	– 0430 Manejo intestinal – 0450 manejo estreñimiento/impactación – 1610 Baño – 1710 Mantenimiento de la salud bucal – 1802 Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal. – 1803 Ayuda con los autocuidados: eliminación – 1804 Ayuda con los autocuidados: aseo – 1860 terapia de deglución – 3200 Precauciones para evitar la aspiración – 3540 Prevención de úlcera por presión – 6480 Manejo ambiental.
00074 AFRONTAMIENTO FAMILIAR COMPROMETIDO r/c • Cambios temporal de roles en la familia • Desorganización familiar temporal • Información inadecuada por parte de la persona de referencia m/p: • La persona significativa expresa una comprensión inadecuada, lo que interfiere con conductas de apoyo eficaces.	– 2600 Afrontamiento de los problemas de la familia – 2508 Bienestar del cuidador principal. – 2605 Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.	– 7040 Apoyo al cuidador principal – 7140 Apoyo a la familia. – 5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad – 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos – 5820 Disminución de la ansiedad.

00062 RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL CUIDADOR r/c • Aislamiento de la familia • Complejidad de las tareas de cuidados • Duración del requerimiento de cuidados	– 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario	– 5602 Enseñanza: proceso de la enfermedad – 7040 Apoyo al cuidador principal – 7110 Fomentar la implicación familiar – 7370 Planificación del alta.
00123 DESATENCION UNILATERAL r/c • Lesión cerebral causada por problemas vasculares cerebrales. m/p • Desplazamiento de los sonidos hacia el lado no desatendido. • Falta de medidas de seguridad respecto al lado desatendido • Fracaso en comer los alimentos de la porción del plato correspondiente al lado desatendido. • Marcada desviación de la cabeza hacia el lado no desatendido ante estímulos y actividades producidos en ese lado. • Parece no tener conciencia de la posición de la extremidad desatendida. • Transferencia de la dolorosa al lado no desatendido.	– 0300 Autocuidados: actividades de la vida diaria (AVD) – 1308 Adaptación a la discapacidad física.	– 2760 Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo.

CONCLUSIÓN

Tal y como se ha visto el tratamiento ictus requiere un equipo multidisciplinar de médicos, enfermeros, fisioterapeutas... el papel de enfermería en esta patología es muy importante tanto en la detección de síntomas y signos de alerta, como en los tratamientos de la patología como en la rehabilitación.

De los conocimientos que se tenga sobre la enfermedad así como de las actuaciones va a depender en gran medida la calidad de los cuidados de enfermería

BIBLIOGRAFÍA

1. NANDA International, Diagnósticos enfermeros: definición y clasificación 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2004.
2. Mantik Lewis S, McLean Heitkemper, Ruff Dirksen S, Graber O'Brien P, Foret Giddens J, L. Bucher . Enfermería Médico-quirúrgica. 6 a ed. Elsevier Mosby; 2004. Pág. 1008- 1012. Disponible en : <http://www.ukessays.co.uk/tool/vancouver-referencing-generator/#ixzz3lwtmbxsX>
3. Servicio Andaluz de Salud, Hospital universitario Reina Sofía. PLAN DE CUIDADOS ESTANDAR: ICTUS.(consultado el 2 de agosto de 2015). Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs3/fileadmin/user_upload/area_enfermeria/enfermeria/cuidados_enfermeria/ictus.pdf.
4. Fernandez Benito, R E. Lopez Rojo, N. Martn Toral, S. Zubillaga Cue, E. plan de cuidados de enfermería estandarizado del paciente con Ictus. (consultado el 1 de agosto de 2015). Disponible en: <http://www.enfermeriacantabria.com/enfermeriacantabria/web/articulos/7/49>
5. Matias-Guiu Guia, J. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. (consultado el 7 de mayo de 2015). Disponible en: <http://www.msssi.gob/organizacion/sns/plancalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>.
6. Arboix, A. Diaz, J. Perez-Sempere, A. Alvarez Sabin, J. Ictus: tipos etiológicos y criterios diagnósticos. (consultado el 12 de mayo de 2015). Disponible en: <http://www.ictussen.org/file3/capitulo/.pdf>.
7. Galdakao-Usansolo Ospitale, Hospital Galdakao-Usansolo. Cuidados de enfermería en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. (consultado 13 de mayo 2015). Disponible en: http://www.wosakidetza.euskadi.eus/r85-gkghal03/es/contenidos/informacion/hgal_actividad_asis/es_hgal/adjuntos/poAsistNeur01.pdf.

MANEJO SEGURO DEL PACIENTE ANTICOAGULADO EN CIRUGÍA MENOR

SAFE MANAGEMENT OF THE ANTICOAGULATED PATIENT IN MINOR SURGERY

■ MANUEL JESÚS SANTOS COTÁN (D.E)¹
 ■ MIGUEL CABEZA REINA (D.E)¹
 ■ ELISA AMARO SÁNCHEZ (D.E)¹

¹CENTRO DE SALUD SAN JERÓNIMO (SEVILLA)

ESTUDIO REALIZADO EN: CENTRO DE SALUD FUENTES DE ANDALUCÍA Y EL CACHORRO DE SEVILLA.

NO HA RECIBIDO NINGUNA FINANCIACIÓN.

HA SIDO PRESENTADO EN EL XX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA HEMATOLOGICA (PRESENTACIÓN ORAL), VALENCIA, OCTUBRE DE 2015.

RESUMEN: Para garantizar la seguridad en procedimientos de cirugía menor ambulatoria en pacientes con terapia de anticoagulación oral, y siguiendo las indicaciones de las guías de práctica clínica (3,4) se intervienen a 32 pacientes anticoagulados realizando una determinación previa de International Normalized Ratio (INR)

Se intervienen aquellos que se encontraban dentro de su rango terapéutico, comprobando a las 72 horas el estado de la herida quirúrgica y no evidenciamos complicaciones hemorrágicas, tromboembólicas ni infecciosas, por lo que no es necesario suspender la terapia de anticoagulación oral en pacientes que van a ser sometidos a cirugía menor ambulatoria (1) siempre y cuando en el momento de la intervención mantenga el INR dentro de su rango terapéutico establecido.

Este trabajo contribuye a disminuir la hiperfrecuentación a las consultas médicas y de enfermería y a aumentar el campo de acción de enfermeros que llevan a cabo el programa de Cirugía Menor Ambulatoria en Atención Primaria de forma coordinada con los Servicios de Hematología del Hospital de referencia.

PALABRAS CLAVE: anticoagulación, INR (International Normalized Ratio), hemorragia, cirugía menor.

SUMMARY: In order to guarantee the safety in procedures of ambulatory minor surgery in patients with oral anticoagulation therapy, and following the indications in the clinical practice guidelines (3,4), 32 anticoagulated patients are involved in a previous International Normalized Ratio (INR)

Those involved were within their therapeutic range, checking the condition of the surgical wound at 72 hours and we did not show hemorrhagic, thromboembolic or infectious complications, so it is not necessary to suspend oral anticoagulation therapy in patients going to Undergo minor outpatient surgery (1) provided that at the time of the intervention they keep the INR within their established therapeutic range.

This work contributes to reduce hyperfrequency to the medical and nursing consultations and to increase the field of action of nurses who carry out the program of Minor Outpatient Surgery in Primary Care in a coordinated way with the Hematology Services of the reference hospital.

KEYWORDS: anticoagulation, INR (International Normalized Ratio), hemorrhage, minor surgery.

INTRODUCCIÓN

En Sevilla, está anticoagulado con antivitamina K casi el 5% de la población y los profesionales que nos dedicamos a practicar la Cirugía Menor Ambulatoria (CmA) en Atención Primaria tenemos la necesidad de garantizar su seguridad ante los diferentes procedimientos que se llevan a cabo dentro de este programa.

En la actualidad, en muchos Centros de Atención Primaria de nuestra provincia, la CmA en pacientes anticoagulados con antivitamina K se lleva a cabo suspendiendo (2) la Terapia de Anticoagulación Oral (TAO) varios días antes de la intervención y restableciendo dicha terapia unos días después a criterio exclusivamente médico con lo que aumenta la frecuentación de pacientes a consultas médicas y de enfermería.

Existen diferentes protocolos (3,4) de actuación a la hora de intervenir a estos pacientes anticoagulados por eso nos preguntamos si en pacientes que están sometidos a terapia de anticoagulación oral (TAO), ¿la no suspensión de esta terapia ante un procedimiento de CmA que requiera bisturí frío, no supone un mayor riesgo de sangrado post-operatorio?

OBJETIVOS

Comprobar que en los pacientes sometidos a procedimientos de Cirugía Menor Ambulatoria en los que no se suspende la terapia de

anticoagulación oral, no presentan HEMORRAGIA a las 72 horas de la intervención y analizar los resultados de seguridad y eficacia en intervenciones de CmA en pacientes anticoagulados en los que no se suspende dicho tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Para responder a la pregunta anterior, estudiamos a 32 pacientes sometidos a terapia de anticoagulación oral con antivitamina K (warfarina o acenocumarol) y elegidos de forma aleatoria desde Octubre de 2011 a Junio de 2015 en los Centros de Salud de Fuentes de Andalucía y El Cachorro, ambos situados en la provincia de Sevilla.

Estos 32 pacientes fueron sometidos a una determinación de INR capilar excluyendo del estudio a dos de ellos por encontrarse fuera del rango terapéutico, antes de ser sometidos a la intervención quirúrgica. El rango que consideramos terapéutico para todos estos pacientes fue el comprendido entre 2.0 y 3.0 por lo que podemos afirmar que la media fue de 2.5 con una desviación estándar del 0.25.

En estos 30 pacientes, las patologías tratadas fueron: 13 quistes sebáceos, 5 quistes tricolemales, 4 lipomas, 2 ungectomías totales y 6 nevus melanocíticos.

RESULTADOS

Realizamos una revisión de la herida quirúrgica de cada uno de los pacientes intervenidos haciendo un especial hincapié en valorar la aparición de posibles complicaciones de origen hemorrágico o tromboembólico a las 72 horas de la intervención, sin constatar ningún tipo de ellas. Tampoco se evidenciaron problemas en cuanto a la cicatrización ni problemas de tipo infeccioso. Para ello, las heridas fueron tratadas con mupirocina.

Los 13 quistes sebáceos que se intervinieron no presentaron ningún tipo de complicación infecciosa ni hemorrágica ni tampoco tromboembólica (A) siendo suturados con seda trenzada de 3/0 y cuyas localizaciones fueron en zonas muy dispares de la anatomía humana centrándose la mayoría de ellos en la región dorsal.

Los 5 quistes tricolemales siguieron el mismo patrón descrito anteriormente suturados con grapas metálicas, pues todos estaban localizados en cuero cabelludo.

En a lo que los 5 lipomas se refiere, sólo cabe destacar la formación de un seroma en uno de ellos que fue intervenido en la región abdominal a un paciente muy obeso pues todos los demás se desarrollaron dentro de unos patrones normales y suturados con seda trenzada de 3/0.

Las 2 unghostomías totales fueron practicadas sin ningún tipo de incidencia a posteriori, y viene a bien destacar, que son las in-

tervenciones que no necesitaron de sutura, tratándose en ambos casos del primer dedo del pie derecho.

Y por último, fueron 6 nevos melano-cíticos los que intervenimos (B) sin que haya que destacar absolutamente ninguna anomalía en la proceso post-quirúrgico. También se suturaron con seda del 3/0 y localizándose 5 de ellos en la espalda y uno en la pantorrilla.

CONCLUSIONES

Los resultados de nuestro estudio, vienen a corroborar las recomendaciones de las guías de práctica clínica mediante las cuales los paciente sometidos a terapias de anticoagulación oral con anti-vitamina K no deben suspender el tratamiento cuando van a ser sometidos a procedimientos de CmA siempre y cuando el INR esté en el rango terapéutico el día de la intervención y así no hay necesidad de suspender la terapia de anticoagulación oral y por lo tanto disminuiríamos le hiperfrecuentación a los centros de Atención Primaria.

Nuestro estudio pone en tela de juicio el mito de suspender la TAO ante cualquier procedimiento de CmA al que se aferran muchos protocolos de actuación que en la actualidad hay en Atención Primaria, desde la cual tenemos que buscar soluciones costo-efectivas y que no pongan en riesgo la salud de los pacientes y limitándonos a no tomar decisiones sin la coordinación necesaria con los Servicios de Hematologías de los Hospitales de Referencia que son los que deben valorar el riesgo de cada paciente en función de su diagnóstico.



Fotografías A.- Herida en el mismo instante de finalizar la intervención y herida post-quirúrgica revisada a las 72 horas de la intervención en paciente anticoagulado.



Fotografías B.- Herida en el mismo instante de finalizar la intervención y herida post-quirúrgica revisada a las 72 horas de la intervención en paciente anticoagulado.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Romero Márquez, A.R., Fernández Hermoso, Isabel, Manual de Cirugía Menor en Atención Primaria. ISBN 978-84-9948-195-1. Depósito Legal A-750-2011.
- 2.- Guía de práctica clínica 2006 de la American College of Cardiology /

American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (ACC/AHA) para manejo perioperatorio en prótesis valvulares cardíacas.

- 3.- Guía de práctica clínica 2005 de la European Society of Cardiology.
- 4.- 8ª edición de las guías de práctica clínica basadas en la evidencia publicadas por el American College of Chest Physicians en el 2008.

Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales. Otra es hacerlo:

Cuenta Expansión Plus PRO

Bonificamos tu cuota de colegiado

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.

Remuneración hasta			
10%	+	0	+
de tu cuota de colegiado máximo 50 €/anuales.*		comisiones de administración y mantenimiento.	
	+	3%TAE	+
		Primer año hasta 2,74% TAE. Saldo máximo a remunerar 10.000 euros. ¹	
			1%
			de devolución en los principales recibos domiciliados y sobre las compras con tarjeta de crédito encomendados de alimentación. ²

Llámanos al 902 383 666, identifícate como miembro de tu colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

1. 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. Si 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 primer año: 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, 1,8191% TAE (calculada teniendo en cuenta los dos tipos de interés para el supuesto de permanencia del saldo medio diario durante un año completo desde el alta de la cuenta).

Ejemplo de liquidación: saldo en cuenta de 15.000 euros diarios, saldo diario sobre el que se remunera: 10.000 euros; frecuencia mensual; intereses liquidados en el año: 270,82 euros.

Rentabilidad resto de años: 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 a contar desde el segundo año de la cuenta). Ejemplo de liquidación: saldo en cuenta de 15.000 euros diarios, saldo diario sobre el que se remunera: 10.000 euros; frecuencia mensual; intereses liquidados en el año: 295,96 euros.

2. 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.

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 6 de febrero de 2017.

Puede hacer extensiva esta oferta a sus empleados y familiares de primer grado.

sabadellprofessional.com

**Captura el código QR y
conoce nuestra news
'Professional Informa'**



XXXIV

Certamen Nacional de Enfermería "Ciudad de Sevilla"



Fco. Luis Ramos Araujo

PREMIOS: PRIMERO: 4.140 € SEGUNDO: 2.070 € TERCERO: 1.380 € Accésit ENFERMERÍA JOVEN: 1.150 €
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 1.150 €. 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 jurada 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 **4.140 €** para el trabajo premiado en primer lugar; **2.070 €** para el premiado en segundo lugar y **1.380 €** para el premiado en tercer lugar y Accésit Enfermería Joven **1.150 €**.
- PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada Convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por triplicado, en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiados a doble espacio por una sola cara y encuadrados. Incluirán en separata un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de Graduado o Diplomado en Enfermería que se encuentren colegiados.
- JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales pertenecerán: uno al Colegio de Sevilla, uno a la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y cuatro a la Facultad de Enfermería o sus unidades docentes y centros adscritos. Todos los miembros del Jurado serán Graduado 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, 20-Acc. (41.005 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XXXIV 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 plizas, 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 "XXXIV 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 2018.** 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 14 de diciembre de 2018.**



154 años
avanzando con
la profesión

PREMIADOS 2017

1º Premio: Fernando Ventura Calderón (Sevilla)
2º Premio: Mª del Carmen Álvarez Baza (Asturias)
3º Premio: Leticia del Reguero de la Torre (Sevilla)
Accésit Enfermería Joven: Desierto

Patrocinan



Sabadell