



HYGIA de ENFERMERIA

Nº 99, Volumen XXXV- 2018

Colegio de Enfermería de Sevilla

PREVENCIÓN Y
TRATAMIENTO DEL
TROMBOEMBOLISMO
PULMONAR: REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA

USO DE PICC (CATÉTER
CENTRAL DE ACCESO
VENOSO PERIFÉRICO) EN
PACIENTES PALIATIVOS

ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA
POR ENFERMERÍA
EN LAS URGENCIAS
HOSPITALARIAS.
ENFERMERÍA POR LA
CALIDAD Y LA SEGURIDAD
DEL PACIENTE

MANEJO Y CUIDADOS
DE LAS HEMORRAGIAS
UTERINAS
DISFUNCIONALES

MANEJO DE LA VÍA
SUBCUTÁNEA PARA
EL CONTROL DE LA
SINTOMATOLOGÍA EN EL
PACIENTE PALIATIVO

DETECCION Y ACTUACIÓN
EN CASO DE ESCABIOSIS





DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA SEGUROS BILBAO

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

EL COLEGIO TE PROTEGE

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

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.

3,5

MILLONES DE EUROS

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

(*) 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 PRESCRIPCIÓN ENFERMERA ¿EL DÍA DE LA MARMOTA?

En el camino de la normalización de la prescripción enfermera en España seguimos en una situación controvertida. Hasta el año 2015 disfrutábamos de una situación al menos cómoda para la realización de nuestras tareas como enfermer@s prescriptor@s pero desde ese año, cuando se publica el famoso Real Decreto (RD) 954/2015, del 23 de octubre y con él se abrió la caja de pandora, que en vez de venir a aclarar, normalizar y legalizar una situación que forma parte del trabajo intrínseco de la Enfermería y que venimos desarrollando de forma eficiente desde hace tiempo, crea un conflicto donde no lo había.

Pero por una decisión de última hora se cambia parte del texto que había sido aprobado después de muchas reuniones, consensos, elaboración del texto definitivo, mucho trabajo, acuerdos, etc. dejando completamente inútil el resto de la normativa, pues al cambiar una parte queda afectado todo el sentido completo de la normativa, lo que la convierte no solo en estéril sino en una fuente de creación de problemas y agravios. Pone tantas trabas en la prescripción enfermera que prácticamente impiden su desarrollo y aplicación en los diferentes ámbitos de la actuación de enfermería en los centros de nuestro sistema sanitario.

Ha sido tan imprudente y torpe el cambio en el texto del RD que ha logrado un importante rechazo e incluso poner de acuerdo a numerosas organizaciones, partidos políticos, instituciones, asociaciones para pedir su derogación y/o su enmienda como últimamente parece que se dirige la solución. Ha sido recurrida ante el Tribunal Supremo por varias Comunidades Autónomas, Sindicatos, Colegios de Enfermería, etc.

Pero además ha creado un ambiente de malestar entre los propios profesionales, se discute legalidad o ilegalidad de las actuaciones que se venían haciendo de forma rutinaria como la administración de vacunas, analgésicos, oxitocina, etc. se forman corrientes de opiniones en los propios centros del sistema sanitario nacional, hay quien piensa que no hay problema jurídico, otros lo contrario. En este sentido hay que recordar que hasta que la nueva redacción del RD no sea publicado en el

Boletín Oficial del Estado (BOE) hay que atenerse a lo dispuesto en la normativa vigente y que establece claramente, que en todos los casos, es necesario que el profesional médico *haya determinado previamente el diagnóstico, la prescripción y el protocolo o guía de práctica clínica y asistencial a seguir*, de forma individualizada, así como la realización por su parte del seguimiento del paciente. Llevar esto a la práctica supondría casi paralizar parte de la maquinaria sanitaria de nuestro país, una enorme pérdida de tiempo, un enfrentamiento entre diferentes profesionales que hasta ahora no existía, un desprecio a la Enfermería, pero lo peor una dificultad añadida en la prestación de cuidados y en definitiva una deficiente atención a los enfermos. ¿Qué objetivo tenía este fatal cambio de última hora en el texto del RD 954/2015? ¿No conocían que los países de nuestro entorno Enfermería prescribe y con gran éxito desde hace muchos años? ¿Qué pretendían tener una Enfermería española atávica, obsoleta, sumisa, precaria...? ¿Qué beneficio pensaron que iba a conllevar para los pacientes y ciudadanos? ¿No pensaron las consecuencias? ¿Esta es la idea de la Enfermería que se merecen nuestros ciudadanos? No sé.

Resumiendo los pasos que lleva este RD 954/2015, en mayo del 2017 ante el disparate que ha creado, en el Senado se llega a un acuerdo para su modificación ya que para su derogación no hubo consenso. Al tiempo que desde el Ministerio no se contempla como una aberración del texto sino que se plantea como diferencias entre las profesiones médicas y enfermera y que para su solución ofrece el Foro de las Profesionales Sanitarias para que se llegue a un acuerdo.

Acuerdo que se consigue posteriormente dentro de este Foro y que es refrendado por la Asamblea General de la Organización Médica Colegial. Con este acuerdo se alcanzará la seguridad jurídica en la actuación de los profesionales de enfermería en relación a los medicamentos sujetos a prescripción médica. Es necesario recordar que en base a la reciente sentencia del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco, la administración de todas las vacunas, tanto en las campañas estacionales como las del calendario vacunal, deben

realizarse previa prescripción médica individualizada, como pone de manifiesto el RD 954/2015 vigente actualmente.

En febrero de este año el Ministerio de Sanidad publica el proyecto que tiene como intención modificar el RD 954/2015, donde se recogen todos los acuerdos que se lograron en el Foro de las Profesionales Sanitarias.

En Abril a través del pleno del Consejo Interterritorial (reunión de la Ministra y los Consejeros autonómicos de Sanidad) se autoriza que continúe con los trámites previstos para su aprobación en el Consejo de Ministros y su posterior publicación en el Boletín Oficial del Estado.

Pero en Junio se produce como consecuencia de la aprobación de la moción de censura el cambio de Presidente del Gobierno Español y por descontado todo lo previsto hasta ahora para el trámite de la modificación del RD 954/2015 entra de nuevo en un estado de incertidumbre y suspenso.

Una vez formado el nuevo Gobierno y ante esta nueva situación la Mesa de la Profesión Enfermera (Consejo General de Enfermería y Sindicato Satse) piden a la nueva Ministra de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Carmen Monton (hasta ahora Consejera de Sanidad de la Comunidad Valenciana) que agilice la tramitación de la modificación del RD 954/2015 de prescripción enfermera y que se publique lo antes posible. La Ministra muestra su disposición para aprobar el actual proyecto del RD lo antes posible e incluso la posible modificación de la Ley del Medicamento e incluir a la profesión enfermera como prescriptora dentro de su ámbito de competencias y en los mismos términos que el resto de los profesionales.

Y aquí nos encontramos actualmente y como no se sabe lo que va a pasar y después de todo lo contado y tras un periodo de aproximadamente tres años de un Real Decreto inútil y nula aplicación y este tortuoso recorrido para intentar reparar lo dañado, me pregunto ¿estaremos atrapados en el tiempo como en el día de la marmota? O por fin vamos a salir de este atolladero con esta nueva etapa.

José Román Oliver
Enfermero.

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



Autora: Teresa Carrasco Rangel

Nº Colegiada: 7079

Cámara: REFLEX NIKON D-60

Sumario

- 5 **EL MAPA DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS**
SEGURA BALBUENA, M.; RODRÍGUEZ SANTO, M.; IZQUIERDO MONGE, M.ª D.; CUBERO FERNÁNDEZ, V.
- 9 **CONSECUENCIAS DEL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**
GARCÍA CANO, B.; GARCÍA CANO, F.
- 14 **ABORDAJE ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON FALLO CARDIACO**
AGUILERA MORENO, M.J.; RUIZ GUERRERO, G.; UTRERA CABALLERO, E.
- 18 **CUIDADOS A UNA GESTANTE CON LESIÓN MEDULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO**
JURADO GARCÍA, E.; ROJAS TEJADA, M.; ROMERO GÓNGORA, M.J.; VEGA RECIO, A.
- 28 **SONRISAS EN NUESTROS MAYORES**
DE LAS CUEVAS BERNAL, M.ª L.; BERNET TOLEDANO, F.J.
- 39 **ASOCIACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES CON LA OBESIDAD INFANTIL EN ESPAÑA: REVISIÓN**
ESCOBEDO MESAS, E.; GRANDE TRILLO, A.
- 45 **PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR**
SERRANO CARMONA, J.L.; PARRA MORENO, M.ª D.; HERRERA TORRES, I.
- 50 **USO DE PICC (CATÉTER CENTRAL DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO) EN PACIENTES PALIATIVOS**
CARMONA HEREDIA, D.; MORENO GONZÁLEZ, C.; SÁNCHEZ DÍAZ, A.
- 53 **ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA POR ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS. ENFERMERÍA POR LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE**
GUERRA GONZÁLEZ, J.E.; MARTÍNEZ SÁNCHEZ, C. M.ª.
- 57 **MANEJO Y CUIDADOS DE LAS HEMORRAGIAS UTERINAS DISFUNCIONALES**
NAVARRO BERNAL, F.J.; BARROSO CASAMITJANA, A.; PERALTA DOMÍNGUEZ, A. M.ª.
- 61 **MANEJO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA PARA EL CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA EN EL PACIENTE PALIATIVO**
CORRAL LOPEZ TERCERO, M.; MAESO JIMÉNEZ, M.ª. I.
- 66 **DETECCION Y ACTUACIÓN EN CASO DE ESCABIOSIS**
RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, C.
- 69 **METODOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO ENFERMERO DE LA BRONQUIOLITIS**
GARCÍA ROLDÁN, S.; PÉREZ LÓPEZ, M.ª I.; RODRÍGUEZ LUGO, A.

En el artículo publicado en la revista Hygia nº 98 titulado: “Gemelos prematuros en una unidad de cuidados intensivos neonatales. A propósito de un caso” (página 27). El nombre correcto de la tercera autora es: Guadalupe del Mar Díaz Rodríguez.

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

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

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

EL MAPA DE RIESGO EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. LA SEGURIDAD DEL PACIENTE Y PREVENCIÓN DE EFECTOS ADVERSOS

THE RISK MAP IN PRIMARY HEALTH CARE. THE SAFETY OF THE PATIENT AND PREVENTION OF ADVERSE EFFECTS

- MANUEL SEGURA BALBUENA, ENFERMERO, C.S. ESPERANZA MACARENA (SEVILLA).
 - MARTA RODRÍGUEZ SANTOS, ENFERMERA, H. GREGORIO MARAÑÓN, (MADRID).
 - M.ª DOLORES IZQUIERDO MONGE, ENFERMERA, C.S. EL GRECO (SEVILLA).
 - VÍCTOR CUBERO FERNÁNDEZ, ENFERMERO, C.S. ESPERANZA MACARENA (SEVILLA).
- TRABAJO REALIZADO EN C.S. ESPERANZA MACARENA.

RESUMEN: La seguridad del paciente es fundamental en todo acto sanitario, por ello es preciso hacer un mapa de riesgos con el fin de prevenir los eventos adversos (EA) o fallas más comunes. Para el desarrollo de un mapa de riesgos es imprescindible realizar análisis modales de fallo y efectos, que nos harán comprender las fallas más comunes durante el proceso de atención sanitaria en sus distintas vertientes, lo que a su vez permitirá propuestas de áreas de mejora con el fin de evitar en lo posible la aparición de tales fallas o EA.

PALABRAS CLAVE: mapa de riesgos, Eventos adversos, Análisis modal de fallo y efectos.

SUMMARY: Patient safety is essential in every health event, so it is necessary to make a risk map in order to prevent adverse events (AE) or most common failures. For the development of a risk map it is essential to perform modal analysis of failure and effects, which will make us understand the most common failures during the health care process in its different aspects, which in turn will allow a proposal of improvement areas with In order to avoid as much as possible the appearance of flaws or AE.

KEYWORDS: Risk map, adverse events, modal analysis of failure and effects.

La política para la seguridad del paciente imperante en nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) hace necesario desarrollar mapas de riesgos, donde se ponga de manifiesto las fallas posibles y las actuaciones a emprender con el fin de evitar tales fallas.

En el caso de Andalucía, desde la Consejería de Salud se impulsa a través del II Plan de Calidad la consecución de un sistema sanitario público solidario, equitativo y sostenible. Para conseguir su objetivo primordial plantea cinco procesos estratégicos: Asumir las expectativas de los ciudadanos, Garantizar la gestión de calidad de los servicios sanitarios, Garantizar las políticas de Salud Pública, Gestionar el conocimiento impulsando la investigación de calidad, así como la innovación y modernización del Sistema Sanitario. La seguridad del paciente en el Sistema Sanitario se enmarca pues dentro de estos cinco procesos estratégicos.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS) a través del Contrato Programa, marca las directrices a seguir en materia de Seguridad del Paciente. Así pues, el Distrito Sanitario en modelo de Acuerdo de Unidad de Gestión Clínica (UGC) en Atención Primaria, contempla nueve dimensiones siendo una de ellas la Seguridad del Paciente; con ello se pretende garantizar un enfoque preciso y directo sobre la identificación, prevención y corrección de los eventos adversos (EA) que se puedan producir tanto en la práctica clínica, como en todo el proceso desarrollado en la atención al paciente.

En Atención Primaria, la Seguridad del Paciente adquiere una gran trascendencia dada la amplitud de su cartera de servicios, el alto número de visitas anuales de salud y sus diversos ámbitos de actuación en el centro, domicilio, la escuela y en los institutos; estas circunstancias, nos aporta un amplio campo de actuación, haciéndose imprescindible establecer un plan de seguridad, que nos permita abordar una gestión adecuada de los riesgos, persiguiendo disminuir al máximo posible la aparición de EA.

Para ello es necesario crear una cultura de seguridad que integre a los diferentes profesionales implicados en el proceso asistencial, al propio paciente y a las personas cuidadoras.

Es nuestro objetivo poner en evidencia la necesidad de tener un mapa de riesgos en todos los centro de Atención primaria, así como difundir el modo de hacer bien las tareas para la realización de dicho mapa, a través de la exposición obviamos la necesidad de análisis de la situación en cada centro, con el fin de encontrar los factores de riesgos y las acciones inseguras más comunes en la atención sanitaria de nuestro día a día.

PLAN DE SEGURIDAD

Los profesionales deben mantener la gestión de la seguridad de sus pacientes como un objetivo explícito y concreto; suponiendo un reto, de la mano de la mejora continua. Se

precisa la elaboración de un plan de seguridad del paciente, que hay que promover, para cambiar la costumbre de culpabilizar al profesional y crear una organización segura, basada en la comunicación y la mejora, precisándose por parte de los profesionales la capacidad de conocer, analizar y comunicar los posibles incidentes o errores que se producen, aprender y aplicar soluciones para corregir los daños y evitar que vuelvan a producirse. Tenemos que analizar el desarrollo de nuestra práctica diaria, con el fin de detectar los errores activos, y la necesidad de considerar estos errores como fuente de aprendizaje para la mejora continua.

Para la realización de un estudio de incidentes pasados o por venir es conveniente

conocer El protocolo de Londres¹ que es una versión revisada y actualizada de

un documento previo conocido como “Protocolo para Investigación y Análisis de Incidentes Clínicos”².

La nueva versión se desarrolló teniendo en cuenta la experiencia en investigación de accidentes, tanto en el sector de la salud como de otras industrias, que han permitido

avanzar enormemente en su prevención. Este protocolo facilita la investigación clara y objetiva de los incidentes clínicos, lo que implica ir mucho más allá de identificar la falla o de establecer quién tuvo la culpa, ya que precisamente nuestro sistema no busca lo punitivo, sino el conocimiento de los hechos acaecidos, para evitar en lo posible su repetición.

La elaboración de un mapa de riesgos a través de este protocolo se trata de una reflexión sistemática y bien estructurada, que tiene mucha más probabilidad de éxito que los métodos basados en tormenta de ideas casual o en sospechas basadas en valoraciones de expertos. No desdeña ni supe la experiencia, ni desprecia la importancia de las reflexiones individuales de los clínicos, sino que las utiliza al máximo, en el momento y de la forma adecuada.

El abordaje propuesto en este protocolo mejora el proceso investigativo porque:

- Aunque muchas veces es fácil identificar acciones u omisiones como causa inmediata de un Efecto Adverso, un análisis más cuidadoso, suele descubrir una serie de eventos en cadena que condujeron al Efecto Adverso. La identificación de una desviación obvia con respecto a una buena práctica es el primer paso de una investigación profunda.
- Enfoque estructurado y sistemático significa que el campo y alcance de una investigación es planeado y se puede predecir.
- Cuando el proceso investigativo se hace sistemáticamente el personal entrevistado no se siente muy amenazado.
- Los métodos utilizados se diseñaron pensando en promover un ambiente de apertura, sin señalar ni asignar culpas.

En salud, con frecuencia cuando algo sale mal los jefes tien-

den a sobrevalorar la contribución de algunos individuos y culparles de lo ocurrido. La inculpación no debe ser el punto de partida, entre otras cosas porque la asignación inmediata de culpa desvirtúa y dificulta una posterior investigación.

Para reducir los riesgos hay que tener en cuenta todos los factores, cambiar el ambiente y afrontar las fallas por acción u omisión de las personas. Para que la investigación de incidentes dé frutos es necesario que se realice en un ambiente abierto y justo.

MODELO ORGANIZACIONAL DE CAUSALIDAD DE INCIDENTES CLÍNICOS

La teoría de este protocolo y sus aplicaciones se basa en investigaciones de campos no sanitarios. En aviación y en las industrias del petróleo y nuclear, la investigación de accidentes se hace rutinariamente. Existe gran variedad de métodos de análisis, de los cuales algunos han sido adaptados al contexto clínico - asistencial.



Figura 1. Modelo organizacional de causalidad de incidentes clínicos. (licencia libre.)

Este protocolo se basa en el modelo organizacional de accidentes de James Reason, (Fig. 1) de causalidad.

Según este modelo, las decisiones que toman los niveles directivo y gerencial de la organización son transmitidos hacia abajo, y terminan afectando a los sitios de trabajo, favoreciendo conductas inseguras de diversa índole. Las barreras se diseñan para evitar Efectos Adversos o para minimizar las consecuencias de las fallas. Estas pueden ser de tipo físico, natural, de acción humana, tecnológico, y control administrativo, como el entrenamiento y la supervisión.

Durante el análisis de un incidente estos elementos se consideran con detalle y por separado, empezando por las acciones no seguras y las barreras que fallaron, hasta llegar a los procesos de la organización.

La primera actividad del análisis es identificar las acciones inseguras que llevaron a cabo los encargados de realizar la tarea (médico de familia, cirujano, anestesiólogo, enfermera, etc.). Las acciones inseguras son acciones u omisiones que tienen la capacidad de producir un accidente o evento adverso. Seguidamente hay que considerar el contexto general y las circunstancias de los errores, que son conocidas

como factores contributivos. Estos factores son condiciones que potencian acciones inseguras relacionadas con la carga y la fatiga; conocimiento/experiencia inadecuados; supervisión o instrucciones insuficientes; situación estresante; cambios de la organización; comunicación deficiente; mala planeación o programación de turnos; mantenimiento insuficiente de equipos e instalaciones. Todos estos factores pueden afectar el desempeño de las personas, llevarnos a errores y afectar los resultados para el paciente.

En toda situación clínica las condiciones previas de salud del paciente son determinante sobre el proceso de atención y sus resultados. Otros factores del paciente son su personalidad, creencias religiosas, problemas psicológicos, y lenguaje. Todos influyen en la comunicación con los profesionales.

Los factores del profesional tales como conocimiento, experiencia, pericia, cansancio, sueño y salud, pueden facilitar que se cometan errores.

La atención en salud y su complejidad hacen necesaria la participación de más de un individuo en el cuidado de los pacientes y es imprescindible la coordinación y comunicación; en definitiva, la atención depende más de un equipo que de un individuo. Por lo que el personal de salud debe entender que sus acciones dependen de otros y también condicionan las de otros.

Los ambientes físicos y social de trabajo, pueden afectar el desarrollo laboral de los profesionales.

Las decisiones y directrices de la organización afectan en sí a los equipos de trabajo.

Los niveles de análisis pueden ampliarse para profundizar en la identificación de los factores contributivos mayores. Por ejemplo, si se identifica un problema de comunicación debe precisarse si es de naturaleza vertical (profesional de experiencia con profesional novato, médico con enfermera, etc.) u horizontal (médico con médico, enfermera con enfermera, etc.), si es por la mala información escrita (legibilidad y suficiencia de las notas), o por falta de supervisión o soporte.

Este modo de entender facilita el análisis de los incidentes ya que incluye elementos clínicos relacionados con el paciente, a factores del más alto nivel de la organización y del entorno, que pueden tener un papel causal. Por eso se usa como guía para investigar y analizar incidentes clínicos.

En la práctica diaria los fallos más comunes, sean por acción u omisión, suelen deberse a olvidos, descuidos, equivocaciones y, rara vez, desviaciones intencionadas de prácticas seguras, procedimientos y estándares. Cualquiera de estas fallas constituye una "acción insegura".

Tal y como hemos dicho, el primer paso en toda investigación de un incidente clínico es la detección de la acción o acciones inseguras, para analizar las circunstancias en que ocurrió u ocurrieron, pues tenemos que conocer los factores contribuyentes o de predisposición a la conducta.

En la Página Web del Observatorio para la seguridad del paciente de nuestro Servicio Sanitario Público de Andalucía

(SSPA), se observan todos los indicadores que corresponden a este protocolo, desde las acciones inseguras, el contexto clínico, los factores contributivos, la categoría profesional de los intervinientes, el rango de edad del usuario afectado, el servicio en el que sucede el caso, y en fin todas aquellas aportaciones necesarias para esclarecer en lo posible los hechos acaecidos, para en caso de ser preciso, investigar con más ahínco todo lo sucedido y aclarar cuanta información sea precisa, y proponer acciones encaminadas a evitar la repetición de sucesos desafortunados.

En el análisis de la situación consideramos tres aspectos diferentes:

- 1.- Los riesgos que dependen directamente de la infraestructura arquitectónica y funcional del edificio donde nos ubicamos, así como de los aparatos de electro-medicina utilizados en consulta.
- 2.- Los riesgos asistenciales que son los que la práctica clínica lleva implícita. El conocimiento preciso de los riesgos potenciales permitirá reducir la aparición de estos.
- 3.- Finalmente hacer uso sistemático del sistema de comunicación de eventos adversos.

El desempeño del trabajo de un equipo multidisciplinar es esencial para mantener un nivel de calidad en la asistencia que garantice la seguridad clínica y terapéutica de nuestros pacientes. Tanto médicos, enfermeras, Auxiliares de enfermería, y personal del Servicio de Atención al Ciudadano (SAC), hemos de implicarnos en la construcción de una cultura de seguridad efectiva para el paciente-ciudadano-usuario.

Por ello los profesionales deben implicarse en el proceso de actualización de conocimientos, atención continuada/formación, que forma parte de nuestros objetivos anuales, como también participar en la formación-información a los pacientes con el desarrollo de talleres de promoción de la salud. A su vez debemos detectar los fallos del sistema y la responsabilidad del profesional.

En nuestro medio existen una serie de Riesgos Potenciales inherentes a la Variabilidad en la práctica clínica, a la Atención a pacientes pluripatológicos y polimedcados, a la demanda de consultas y urgencias, a la necesidad de respuestas a patologías emergentes, y a la población de riesgo atendida.

Debemos llevar a cabo una serie de Análisis Modales de Fallo y Efecto (AMFE) de la mayoría de las acciones que realizamos diariamente, estos AMFE nos permitirán visualizar de forma clara los puntos donde es preciso actuar, proponiendo áreas de mejora y mejorando en lo posible todo aquello que dependa directamente de nosotros. Sin olvidar poner de manifiesto aquellas otras mejoras que podemos elevar con el fin de minimizar riesgos evitables.

En cada proceso o técnica debemos formar un grupo en que participe el personal que normalmente lleva a cabo dicho proceso o técnica, ya que nadie mejor que ellos pueden

identificar cada uno de los ítems precisos para el desarrollo de cada AMFE.

El AMFE en cada caso permitirá proponer áreas de mejora con el fin de evitar los posibles Efectos Adversos o fallas detectados, incrementando la seguridad de la atención a los pacientes. El número de probabilidad del riesgo (NPR) determina los valores del AMFE y se apoya en el llamado método GOD, Gravedad(S), Ocurrencia(O) y probabilidad de Detección(P), siguiendo la fórmula $NPR = S \times O \times P$, existen tablas que cuantifican estos valores por intervalos, y solo en el caso de $NPR > 100$ se requieren acciones correctoras.

CONCLUSIONES

La asistencia sanitaria conlleva una serie de riesgos que en cierto modo son predecibles y por tanto se pueden prevenir, siempre que se realice el estudio de las acciones más comunes y la detección de los fallos más frecuentes encontrados, lo que permitirá proponer áreas de mejora para incrementar la seguridad del paciente. Y no debemos olvidar que la seguridad del paciente también es nuestra seguridad.

ESQUEMA PARA LA REALIZACIÓN DE UN AMFE.

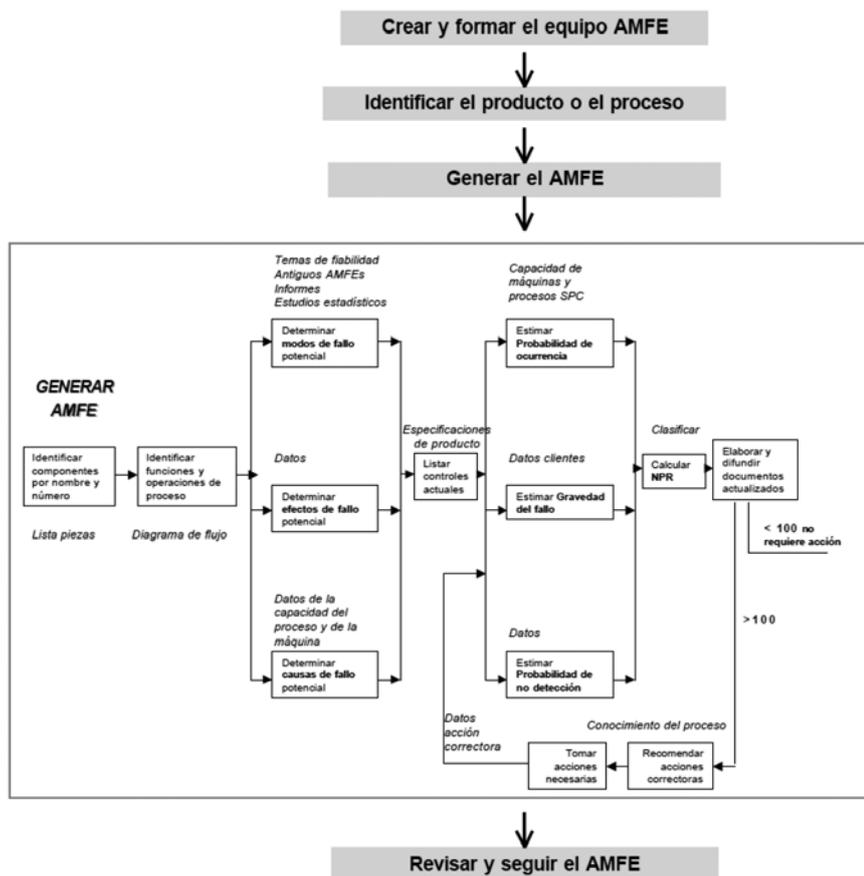


Figura 2. (Pag. 8 de <https://es.slideshare.net/ediuroca/amfe>)

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sally Taylo-Adams y Charles Vincento (Clinical Safety Research Unit, Imperial College London, UK). Traducción con modificaciones del documento SystemAnalysis of clinicalincidents: the London protocol.
- 2.- Para efectos de este documento incidente clínico es un término para referirse a errores o eventos adversos que ocurren durante el proceso clínico asistencial. https://www1.imperial.ac.uk/resources/C85B6574-7E28-4BE6-BE61-E94C3F6243CE/londonprotocol_e.pdf
- 3.- National Scorecard on Rates of Hospital-Acquired Conditions 2010 to 2015: Interim Data From National Efforts To Make Health Care Safer. <https://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/pfp/2015-interim.html>
- 4.- García Gómez María Montserrat. Los mapas de Riesgo. Concepto y metodología para su elaboración. INSHT Madrid. Rev. San. Hig. Púb 1944;68: 443-453. (ES DE 1994 y no de 1944)
- 5.- Protocolo De Londres.

- 6.- https://www.minsalud.gov.co/Sites/Rid/Lists/Bibliotecadigital/Ride/De/Ca/Protocolo_de_londres_incidentes%20Clinicos.pdf Sistema Unico De Habilitacion. Ministerio De Salud Y Protección Social.colombia. Resolución 2003 De 2014. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_nuevo/Resoluci%C3%B3n%202003%20De%202014.Pdf
- 7.- Saeri, Jorma. Prevención De Accidentes. (Aut.libro) Oit Organización Internacional Del Trabajo. Enciclopedia De Salud Y Seguridad En El Trabajo Accidentes Y Gestión De La Seguridad Pág 3. Madrid: Ministerio De Trabajo Y Asuntos Sociales, 2001.
- 8.- Martínez L., Francisco y Ruiz Ortega, José María. Manual de Gestión e Riesgos Sanitarios. Madrid. Días de Santos, 2001.
- 9.- Reason, j. The contribution of Latent Human Failures to the Breakdown of complex Systems. (aut.libro) Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Human Factors in Hazardous Situations-London: Series B, Biological Sciences, 1990.
- 10.- <http://blog.enrimusa.com/que-es-el-numero-de-prioridad-del-riesgo-npr/>

CONSECUENCIAS DEL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

PERFORMANCE CONSEQUENCES ROLE OF INFORMAL CARER: A REVIEW

■ BELÉN GARCÍA CANO. DUE. CENTRO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA "LA VIÑA. CHUCENA". HUELVA.
■ FERNANDO GARCÍA CANO. DUE. RESIDENCIA Y CENTRO DE DÍA ORPEA. ALCOBENDAS. MADRID.

RESUMEN: En los últimos años en España han tenido lugar diversos cambios que han generado nuevas demandas de salud. Entre estos cambios se encuentran el envejecimiento de la población, el descenso de la natalidad y la incorporación de la mujer al mundo laboral. Estos cambios han generado nuevas demandas de salud y entre ellas se encuentra el sistema informal de cuidados. Las familias son las encargadas de prestar cuidados a los miembros de la misma que son dependientes. Debido al aumento de personas dependientes y a la incorporación de la mujer al mundo laboral la prestación de estos cuidados presenta mayor dificultad. Desempeñar este rol tiene consecuencias físicas, psíquicas y sociales. Hemos realizado una revisión bibliográfica y nos hemos documentado sobre las consecuencias que tiene el desempeño de este rol.

PALABRAS CLAVES: Cuidadores informales, rol cuidador, dependencia.

ABSTRACT: In the last few years in Spain diverse changes have taken place generating new health demands. Among these changes we find the aging of the population, the decrease of the birthrate and the incorporation of the woman to the labor world. These changes have created new health demands including informal care system. Families are responsible for providing care to members of the same one who are dependent. Due to increase in dependents and the incorporation of the woman to the labor world, providing such care presents more difficulty. Playing this role has physical, psychological and social consequences. A bibliographic review has been conducted and we have documented ourselves about the consequences of performing this role.

KEYWORDS: Informal carer, role carer, dependency.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas hemos asistido a grandes cambios en nuestra sociedad y estos cambios han generado nuevas demandas de salud.

Uno de los cambios que está generando nuevas demandas son los nuevos modelos familiares. Actualmente los modelos familiares prestan a sus miembros servicios de infraestructura básica, servicios no remunerados relacionados con la enfermedad o la discapacidad y la gestión del consumo del Sistema Sanitario (Durán, 2004, pp. 195-200). Los principales sujetos dependientes de las familias, a los que prestan estos servicios, son los menores y las personas ancianas. Los cuidados de estos colectivos son afrontados por la propia familia.

En los últimos años ha aumentado el número de personas dependientes y además la disponibilidad de la mujer para ocuparse del trabajo doméstico ha disminuido. Debido al envejecimiento de la población y a la incorporación de la mujer al mundo laboral, la prestación de estos servicios es más complicada.

El concepto de cuidado informal hace referencia al apoyo prestado por personas de la red social a los sujetos que requieren ayuda para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Estas actividades son aquellas que una persona ha de realizar diariamente para llevar a cabo una vida autónoma. Los cuidados informales se prestan de forma voluntaria sin ninguna remuneración económica (Rogeró, 2009, p. 394).

El interés por el cuidado informal ha ido en aumento en los últimos años debido al incremento en la demanda de cuidados, la disponibilidad de las personas cuidadoras y las reformas de Sistema Sanitario y Social (García-Calvente et al 2004, pp.83-92; Flores et al 2012, p.29).

Prestar el cuidado de forma permanente a una persona tiene riesgo para los que la atienden. Las consecuencias pueden ser tanto físicas como psíquicas. Además la estabilidad familiar se ve alterada. Todos los miembros de la familia tienen un rol y una organización para desempeñar diferentes funciones, cuando uno de los miembros de la familia pasa a ser dependiente, la familia tiene que prestarle cuidados y asumir las funciones que el miembro desempeñaba.

En nuestra revisión bibliográfica nos hemos documentado sobre los cuidados informales y nuestro objetivo es conocer las consecuencias que tiene el desempeño de este rol sobre las personas que lo prestan.

MATERIALES Y MÉTODOS

La documentación en enfermería y en otras ciencias, consiste en la aplicación de conocimientos y técnicas de la documentación para obtener información sobre alguna temática. Los objetivos de la documentación científica son:

- Análisis de los documentos científicos.
- Almacenamiento de los documentos científicos.
- Recuperación de la información.
- Difusión de la información que contienen.

Actualmente, gracias a las nuevas tecnologías, podemos gestionar grandes cantidades de información de manera eficaz con la finalidad de generar nuevos conocimientos y a su vez producir información accesible para otros usuarios.

En nuestra revisión hemos realizado una recopilación documental y una revisión bibliográfica de fuentes primarias. Para ello hemos realizado una búsqueda en diferentes bases de datos nacionales e internacionales. Las bases de datos nacionales que hemos consultado son Scielo, Medes, Cuiden, Cuidatge, Enfispo e Ime; y las internacionales Medline y Lilacs.

La recopilación de los documentos que hemos realizado ha estado limitada por el año de publicación, seleccionando los documentos publicados desde el años 2004 hasta la actualidad.

Para llevar a cabo la búsqueda en primer lugar hemos identificado las palabras y frases claves relacionadas con el tema de investigación. Hemos comprobado las palabras y frases claves en el thesaurus de cada base de datos y/o identificado sinónimos. Posteriormente hemos ejecutado la búsqueda y en función de los resultados la hemos restringido con limitadores como idioma, fecha de publicación, etc. Hemos reformulado la estrategia cuando ha sido necesario y hemos localizado los documentos.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Nuestro objetivo era identificar las consecuencias que tiene el desempeño del rol de cuidador o cuidadora principal. Tras la recopilación de fuentes primarias, hemos podido deducir que el hecho de desempeñar el rol del cuidador o cuidadora tiene ciertas consecuencias sobre la salud y en otras áreas de la vida del cuidador o cuidadora.

La salud de los hombres y las mujeres es diferente debido a factores biológicos: existen diferencias físicas, anatómicas y fisiológicas. Pero también hay desigualdades injustas en la salud de ambos géneros debido a factores sociales, como el desempeño de ciertos roles. En España, en las últimas décadas, se han publicado trabajos sobre las desigualdades en salud y la influencia de los diferentes roles asumidos, como son el trabajo desempeñado en casa, el trabajo remunerado, el número de personas dependientes en el hogar, etc. (Borrell et al 2004, pp.2-6; Vaquiro et al 2010, p.11-12).

Existen desigualdades de género en relación al desempeño del rol de cuidador y consecuentemente desigualdades en la salud como consecuencia del desempeño de este rol. Tanto en España, como en Andalucía en particular, el perfil de la persona cuidadora es el de mujer, de edad comprendida entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar que la persona que cuidada, con un nivel socioeconómico bajo y sin trabajo remunerado. (Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. Informe 2004).

Estas desigualdades en salud relacionadas con los roles sociales, indican que a pesar de la incorporación de la mujer al mundo laboral, sigue existiendo una distribución

diferente de los trabajos realizados por las mujeres y los hombres, existiendo diferencias en la distribución del trabajo doméstico, o en el cuidado de las personas del hogar, realizado principalmente por las mujeres (Borrell et al 2004, pp.2-6; Vaquiro et al 2010, pp.11-12).

La persona que trabaja como cuidador o cuidadora ve afectada su salud y su vida en general. Es por ello que en el ámbito del cuidado informal se ha usado con mucha frecuencia el término de sobrecarga, que hace referencia al grado en que los cuidadores perciben que su salud, su vida social y personal, y su situación económica. Todos estos ámbitos cambian por el hecho de cuidar a alguien (García-Calvente et al 2004, pp.83-92), teniendo que afrontar nuevas necesidades físicas, psicológicas y sociales continuamente (Feldberge et al 2011).

Como hemos comentado, cuidar la salud de otros tiene repercusiones sobre la propia salud. La asunción del papel de cuidador o cuidadora principal supone un impacto sobre la calidad de vida y la salud de la persona que lo asume. La afectación de la salud del cuidador o cuidadora tiene unas consecuencias, y es que ellos también se convierten en pacientes del Sistema Sanitario.

Este impacto del sistema informal de cuidados es uno de los aspectos que se está abordando en los estudios actuales.

El impacto percibido por los cuidadores informales es tanto a nivel físico como psicológico, pero el porcentaje de cuidadores que reconocían un impacto psicológico duplicaba al que percibían un impacto sobre su salud física (García-Calvente et al 2007, p. 293). Las consecuencias del cuidado en la salud mental de las personas cuidadoras son fundamentalmente depresión y ansiedad, así como elevados niveles de estrés (Masanet et al 2011, p. 258; Cerquera et al 2014, pp.152-153). En un estudio realizado en 2009 para valorar las repercusiones del rol de cuidador sobre la calidad de vida y salud de los mismos los resultados fueron los siguientes: el 66,4% presentaba sobrecarga, el 48,1% reconocía que su salud era mala y el número de visitas al médico fue mayor en las personas cuidadoras respecto al grupo control. También había una mayor prevalencia de ansiedad y depresión, así como mayor frecuencia de posible disfunción familiar y sensación de apoyo social insuficiente (López et al 2009, p. 332). Otro estudio realizado en 2011 pone de manifiesto que las mujeres presentan mayor sobrecarga psicológica, principalmente por cuidar en solitario en la mayoría de los casos (García-Calvente et al 2010, p. 293).

Las consecuencias que tiene este rol sobre la persona cuidadora pueden ser objetivas y subjetivas. La sobrecarga objetiva está relacionada con el desempeño del rol del cuidador o cuidadora: el tiempo de dedicación, la carga física, la exposición a situaciones estresantes, etc. La sobrecarga subjetiva está relacionada con la forma en la que el cuidador o cuidadora experimenta esta función y el sentimiento psicológico que se asocia a este hecho. Las tareas que son poco flexibles, que exigen una actuación inmediata, requieren disponibilidad permanente y que dificultan la realización de otras obligaciones son las que

suponen mayor sobrecarga (García-Calvente et al 2004, p.83-92). Esto puede ser debido a que interfieren en la rutina diaria del cuidador o cuidadora, impidiendo la realización de ciertos hábitos.

Los resultados de los estudios muestran que las condiciones en las que se prestan los cuidados (mayor número de horas, actividades más exigentes, etc.) y el hecho de que para la mujer sea una obligación social y no tenga capacidad para elegir condicionan un mayor impacto de cuidar en la salud de las mujeres (García-Calvente et al 2007, p.293).

Como hemos comentado anteriormente, en relación con los cuidados informales, la diferente distribución de las responsabilidades se asocia a una distribución diferente de sus consecuencias, creando desigualdades de salud en función del género (Larrañaga et al 2008, pp.443-450).

Otra fuente corrobora estos datos. En 2008 se llevó a cabo un trabajo en Andalucía para analizar las desigualdades de género en salud en la población adulta. Las mujeres entrevistadas se encargaban en mayor medida del trabajo doméstico y del cuidado informal, y fueron estas las que declararon peor salud percibida, peor salud mental y mayor frecuencia de visitas al médico (García-Calvente et al 2008, p.130).

Generalmente, las mujeres expresan peor salud percibida que los hombres. Este hecho es debido a que en las distintas sociedades, las mujeres asumen el trabajo reproductivo, esto supone una sobrecarga de trabajo, especialmente en las cuidadoras. Esta sobrecarga tiene consecuencias sobre la salud (García-Calvente et al 2008, pp.130-132).

También existen diferencias en función de la clase social. Las mujeres de niveles socioeconómicos más bajos son las que muestran peor estado de salud, pero en las clases sociales más privilegiadas también son ellas las perciben peor salud que los hombres. El hecho de cuidar supone un mayor riesgo de salud en ambas clases sociales. En trabajos realizados en Andalucía se ha demostrado que las cuidadoras de clases sociales inferiores y que no trabajan de forma remunerada asumen con más frecuencia el cuidado de forma individual, sin ayuda formal ni informal, lo que explica que estas tengan peor salud percibida. Pero si comparamos a los sujetos que son responsables de las tareas domésticas y del cuidado, con los que no desempeñan este rol, la salud es peor en los que llevan a cabo estas tareas de los que no las realizan, independientemente del sexo. En el caso de las mujeres, al estar más expuestas al rol de cuidadoras, el riesgo en ellas de sufrir las consecuencias es mayor (García-Calvente et al 2008, pp.131-133).

Desempeñar el rol de cuidadores/as hace que disminuya la prevalencia de medidas preventivas, como el menor tiempo dedicado al autocuidado, y esto se relaciona con el aumento del riesgo de padecer problemas físicos y mentales (Larrañaga et al 2008, pp. 443-450).

En relación a la salud mental, la proporción de personas con peor salud mental varía en función de que se desempeñe o no el rol del cuidador o cuidadora, tanto en hombres como en mujeres. Pero es el grupo de mujeres el que

presenta mayor riesgo de tener una salud mental deficiente, especialmente las de clases menos privilegiadas. Ser cuidador o cuidadora informal es un factor de riesgo para las mujeres en relación a la salud mental. No ocurre lo mismo en el caso del desempeño de las tareas domésticas, que no influye en la salud mental de las mujeres (García-Calvente et al 2008, p.131).

Algunos autores explican que la red de apoyo de las mujeres es mayor que en los varones. Estas relaciones serían un factor protector para los cuidadores o cuidadoras, pero no ocurre así en el caso de las mujeres. Las cuidadoras se implican emocionalmente más con estas relaciones, lo cual afecta a su bienestar psicológico, y limita su tiempo para el descanso y el propio cuidado. Otro elemento que explica la mayor afectación psicológica de las mujeres es el escaso reconocimiento social de la función de cuidadora, sancionándose a las mujeres que no desempeñan este papel (Larrañaga et al 2008, pp.443-450). Las personas cuidadoras se enfrentan a factores estresantes, su respuesta ante estos factores dependen del apoyo social y de los recursos con los que cuente. En función de la respuesta, su afectación psicológica será en mayor o menor medida (García-Calvente et al 2004, pp. 83-92).

Algunas fuentes primarias muestran que cuidar tiene ciertos efectos positivos. En cambio, la mayoría documentan que tienen consecuencias negativas sobre la salud y la calidad de vida. Las desigualdades de género en las personas cuidadoras reflejan la tendencia de la población, en la que las mujeres presentan niveles de salud inferiores que los hombres. Además, los cuidadores o cuidadoras, generalmente son personas mayores, que no tienen empleo remunerado y de clases sociales inferiores. Estas características también favorecen la existencia de desigualdades en salud de las personas cuidadoras de las que no lo son (Larrañaga et al 2008, pp.443-450).

En un estudio realizado a personas cuidadoras informales se muestran las quejas de los mismos: más de la mitad refiere no tener suficiente tiempo libre (60%), el 84% ha tenido una restricción en su vida anterior, el 66% cambio sus proyectos personales y el 20% se considera totalmente desbordado (Segura et al 2006, p.18).

En relación a los síntomas físicos que padecen los cuidadores, el 12,2% padece cefaleas, el 64,1% padece lumbalgias y el 40% algias musculares inespecíficas. El 48,5% consume analgésicos, el 20,3% ansiolíticos y el 4,2% antidepressivos (Segura et al 2006, p.18; Fernández et al 2011, pp.388-393).

En cuanto a la salud mental, el 40% presenta trastornos del sueño, y al 76% de los cuidadores y cuidadoras de pacientes que presentan patologías degenerativas les supone un esfuerzo importante. El 64% reconoce estar excitado, nervioso o en tensión. Según la escala de Goldberg el 36% presenta ansiedad y solo la mitad está en tratamiento con ansiolíticos e hipnóticos. El 44% de las personas cuidadoras presentan depresión. Y según el índice del estrés del cuidador el 36% presenta un alto grado de estrés (Segura et al 2006, p.19).

La gravedad del problema de la persona dependiente afecta a las demandas del cuidado, pero también afecta al estrés del cuidador o cuidadora, ya que tiene que enfrentarse todos los días con el sufrimiento de una persona querida (García-Calvente et al 2004, pp. 83-92).

Todos estos datos han desembocado en la creación del término el "síndrome del cuidador" que describen las alteraciones físicas, psíquicas y psicosomáticas, y los problemas económicos, familiares y laborales que presentan los cuidadores/as (García-Calvente et al 2004, pp.83-92). Actualmente se están llevando a cabo programas que se centran en el cuidado de los cuidan.

También tenemos que añadir el impacto que tiene en el mercado de trabajo remunerado. El hecho de que las mujeres sigan desempeñando principalmente las tareas del hogar y los cuidados a personas dependientes dificulta su acceso al mundo laboral. A pesar de la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, estas siguen agrupándose en determinados sectores, esto se conoce como segregación horizontal. Además, también existe una menor ocupación de las mujeres de los puestos que requieren más responsabilidad, fenómeno conocido como segregación vertical. Los trabajos desempeñados deben permitirle conciliar la vida laboral y familiar. La implantación de medidas políticas y sociales para el cuidado de niños y personas dependientes son esenciales para conseguir la igualdad de género en el mercado laboral (Santolaria et al 2004, pp.24-30; Jofre et al 2010, p.112). Diversos estudios muestran que el cuidado de los demás influye en la esfera laboral. Asumir el papel de cuidadoras principales ha supuesto la exclusión definitiva del mercado laboral de un 35% de las mujeres, y 46% se excluye de forma temporal (García-Calvente et al 2004, pp.132-139).

En definitiva, la prestación de cuidados informales genera desigualdades en salud y en otras áreas de la vida. El hecho de que este rol sea asumido principalmente por las mujeres conlleva a la existencia de desigualdades en función del género. Estas desigualdades son injustas, y es posible intervenir sobre ellas para erradicarlas.

Son necesarias medidas políticas y sociales, además de una actitud solidaria por parte de los hombres para conseguir la equidad entre ambos géneros en este ámbito.

CONCLUSIÓN

Tras realizar nuestra recopilación documental sobre los cuidados informales hemos concluido que en los últimos años se han producido cambios sociales y demográficos que están afectando al sistema informal de cuidados y por lo tanto también afecta a las personas que desempeñan este rol.

Los cambios más relevantes que están teniendo conse-

cuencias en el sistema informal de cuidados son el envejecimiento de la población y la incorporación de la mujer al mundo laboral. El envejecimiento de la población conlleva al aumento de personas dependientes en nuestro país y la incorporación de la mujer al mundo laboral está disminuyendo su disponibilidad para prestar cuidados informales. La mujer ha estado orientada al ámbito doméstico y ha desempeñado el rol de cuidadora. Con su incorporación al mundo laboral, su disponibilidad para encargarse de estos roles ha disminuido.

Nuestro objetivo era conocer las consecuencias que tiene el desempeño del rol de cuidador sobre las personas que desempeñan esta tarea.

Hemos podido comprobar que desempeñar el rol de cuidador tiene consecuencias sobre la salud de la persona cuidadora, estas consecuencias pueden tanto físicas como psíquicas. Existen muchos estudios que lo demuestran. Entre los síntomas físicos se encuentra diferentes algias y entre los síntomas psíquicos se encuentran la ansiedad, el estrés y la depresión. También hemos conocido que los cuidadores que refieren consecuencias psíquicas duplican a los que refieren consecuencias físicas.

Tras realizar la revisión bibliográfica sabemos que existen desigualdades de género en la prestación de cuidados informales, siendo la mujer la que en la mayoría de los casos presta los cuidados a las personas dependientes. Es por ello que las consecuencias del desempeño del rol de cuidador recaen mayoritariamente sobre este género.

Todos estos datos han desembocado en la creación del término el "síndrome del cuidador" que describen las alteraciones físicas, psíquicas y psicosomáticas, y los problemas económicos, familiares y laborales que presentan los cuidadores/as (García-Calvente et al 2004, pp.83-92). Actualmente se están llevando a cabo programas que se centran en el cuidado de los cuidan.

Tras recopilar documentos nos hemos informado de las consecuencias que tiene el hecho de ser cuidador principal, pero no hemos recopilado información sobre las consecuencias que tiene el desempeñar el papel de cuidadora secundaria, como es el caso de los abuelos que desempeñan este papel en el cuidado de los menores. Sería interesante conocer las consecuencias que tiene el desempeño del rol de cuidador sobre ese colectivo.

Otras áreas sobre las que incide el desempeño del rol de cuidador o cuidadora principal es la esfera laboral. Existen diversas fuentes sobre la influencia de cuidar en el mercado laboral de forma inespecífica. En estudios posteriores podríamos estudiar los puestos de trabajos a los que tienen difícil acceso las personas cuidadoras.

BIBLIOGRAFÍA

- Durán, M. Las demandas sanitarias de las familias. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(1):195-200.
- Rogero, J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. *Revista Española de Salud Pública* 2009; 83(3): 393-345.
- García-Calvente, MM., Mateo, I., Maroto, G. El impacto de cuidar en la salud y calidad de vida de las mujeres. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(2): 83-92.
- Flores, E., Rivas, E., Frey, P. Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y enfermería* 2012; 18(1): 29-41.
- Borrel, C., García-Calvente, M., Martí-Boscá, V. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(1): 2-6.
- Vaquiro, S., Stieповich, J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Ciencia y enfermería* 2010; 16(2): 9-16.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Las personas mayores en España. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005. Informe 2004.
- Feldberg, C., Tartaglino, MF., Clemente, MA., Petracca, G., Cáceres, F., Stefani, D. Vulnerabilidad psicosocial del cuidador familiar. Creencias acerca del estado de salud del paciente neurología y el sentimiento de sobrecarga. *Neurología Argentina* 2011; 3(1): 11-17.
- García-Calvente, MM., Lozano, M., Eguiguren, A. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak* 2007; 44: 291-308.
- Masanet, E., La Parra, D. Relación entre el número de horas de cuidado informal y el estado de salud mental de las personas cuidadoras. *Rev. Esp. Salud Pública* 2011; 85(3): 257-266.
- Cerquera, A., Galvis, M. Efectos de cuidar personas con alzheimer: un estudio sobre cuidadores formales e informales. *Pensamiento psicológico* 2014; 12(1): 149-167.
- López, MJ., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., Alonso, FJ. El rol de cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de vida y su Salud. *Rev. Clin. Med. Fam* 2009; 2(7): 332-334.
- García-Calvente, M., Del Rio, M., Castaño, E., Rodríguez, M., Maroto, G., Hidalgo, N. Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. *Gaceta Sanitaria* 2010; 24(4): 293-302.
- García-Calvente, M., Lozano, M., Eguiguren, A. Desigualdades de género en el cuidado informal a la salud. *Inguruak* 2007; 44: 291-308.
- Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., Bergiristáin, J., Valderrama, M., Arregi, B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria* 2008; 22(5): 443-450.
- García-Calvente, M., Delgado, A., Maroto-Navarro, G., Bolívar, J. El género como determinante de desigualdades en salud y en la utilización de los servicios sanitarios en Andalucía. *Informe sobre Desigualdades y Salud en Andalucía* 2008; 7:127-144.
- Segura, N., Gómez, R., López, R., Gil, E., Saiz, C., Cordero, J. El anciano dependiente y el desgaste físico y psíquico de su cuidador. *Revista Española de Geriátria y Gerontología* 2006; 41(1): 15-20.
- Fernández, P., Martínez, S., Ortíz, N., Carrasco, M., Solabarrieta, J., Gómez, I. Autopercepción del estado de salud en familiares cuidadores y su relación con el nivel de sobrecarga. *Phicothema* 2011; 23(3): 388-393.
- Santolaria, E., Fernández, A., Daponte, A., Aguilera, I. El sector productivo. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18(1): 24-30.
- Jofre, V., Sanhueza, O. Evaluación de la sobrecarga de cuidadoras/es informales. *Ciencia y enfermería* 2010; 16(2): 112-120.
- García-Calvente, MM., Mateo-Rodríguez, I., Eguiguren, A. El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad. *Gaceta Sanitaria* 2004; 18 (1): 132-139.

ABORDAJE ASISTENCIAL DEL PACIENTE CON FALLO CARDIACO

MANAGEMENT OF A PATIENT WITH HEART FAILURE

- MARÍA JOSÉ AGUILERA MORENO. COMPLEJO HOSPITALARIO DE GRANADA, ESPAÑA.
- GEMA RUIZ GUERRERO. HOSPITAL VIRGEN DEL ROCÍO, SEVILLA, ESPAÑA.
- EVA UTRERA CABALLERO. HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE VALME, SEVILLA, ESPAÑA.

RESUMEN: La insuficiencia cardíaca es una enfermedad grave. En España, es la tercera causa de mortalidad cardiovascular por detrás del infarto de miocardio y la enfermedad cerebrovascular. Además, la prevalencia y las hospitalizaciones por IC han ido aumentando y se espera que sigan creciendo en los próximos años, ya que la incidencia de IC está estabilizada, pero está mejorando su supervivencia gracias a la disponibilidad de mejores tratamientos. Se pretende analizar la asistencia en la unidad de cardiología por parte de la enfermera referente a un paciente que desde la llegada al servicio de urgencias del hospital y durante toda su estancia en él, hasta el momento del alta hospitalaria, manifiesta un diagnóstico enfermero de "Intolerancia a la actividad" relacionado con el desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno y manifestado por disnea de esfuerzo. Por medio del plan de cuidados se afronta esta situación dando lugar a un mayor nivel de calidad en la atención. Utilizamos el modelo de Henderson y la taxonomía NANDA, NIC y NOC en nuestra evaluación.

PALABRAS CLAVE: insuficiencia cardíaca, plan de cuidados, tratamiento.

ABSTRACT: Heart failure is a serious disease. In Spain, it is the third leading cause of cardiovascular mortality after myocardial infarction and cerebrovascular disease. In addition, the prevalence and hospitalizations for heart failure have been increasing and are expected to continue to grow in coming years as the incidence of HF is stabilized, but their survival is improving thanks to the availability of better treatments.

It aims to analyse the assistance in the cardiology unit by the nurse regarding a patient from arrival at the emergency department of the hospital and throughout his days in the ward until the time of his discharge. The main diagnosis of nursing is "activity intolerance" related to the imbalance between supply and demand for oxygen and manifested by exceptional shortness of breath. Through this care plan we will face the patient's condition delivering high quality, effective, compassionate care. We used Henderson model and NANDA, NIC and NOC taxonomies in our evaluation.

KEYWORDS: heart failure, care plan, treatment.

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardíaca (IC) es una condición en la cual el corazón no puede bombear la cantidad de sangre que el cuerpo necesita. El debilitamiento de la capacidad de bombeo del corazón provoca acumulación de sangre y líquidos en los pulmones, formación de edema en los pies, los tobillos y las piernas, cansancio y falta de aire. Entre las causas más comunes de fallo cardíaco se encuentra la enfermedad arterial coronaria, la presión arterial alta y la diabetes.¹

La insuficiencia cardíaca es una enfermedad grave. En España, es la tercera causa de mortalidad cardiovascular por detrás del infarto de miocardio y la enfermedad cerebrovascular.² Además, la prevalencia y las hospitalizaciones por IC han ido aumentando y se espera que sigan creciendo en los próximos años, ya que la incidencia de IC está estabilizada, pero está mejorando su supervivencia gracias a la disponibilidad de mejores tratamientos.³

Presentación del caso

Paciente de 54 años de edad, que acude solo a urgencias. El motivo de consulta fue dificultad respiratoria y dolor en el pecho. Consciente, orientado y colaborador. En la exploración clínica observamos edema periférico, disnea, fatiga y oliguria. Obesidad moderada. El ECG de doce derivaciones muestra ritmo sinusal a 65ppm. Hipertenso. Afebril.

Historia Clínica:

- No alergias medicamentosas conocidas.
- Cardiopatía isquémica. IAM antero-lateral en Enero de 2010 y en Abril de 2011. Implantación de dos Stents (uno en la arteria circunfleja media y otro en la coronaria derecha posterior).
- Diabetes Mellitus insulino dependiente diagnosticada en 1999 con múltiples complicaciones:
 - a) Vasculopatía periférica severa con amputación de 2º, 3º, 4º y 5º dedos del pie izquierdo en 2008 y del 2º, 3º, 4º y 5º dedos en el pie derecho en 2009
 - b) Úlcera diabética en el pie derecho.
- HTA severa
- Obesidad
- Dislipemia
- Exfumador

Se cursa analítica básica de sangre y orina y Rx de tórax que muestra hipertensión pulmonar. Tras permanecer unas horas en Observación ingresa en la Unidad de Cardiología, con el diagnóstico médico de insuficiencia cardíaca moderada de Clase Funcional tipo III según la escala NYHA (marcada limitación al ejercicio, aparecen los síntomas con las actividades físicas menores como el caminar, y desaparecen con el reposo).

Fase de Valoración:

Se utiliza el modelo teórico de Virginia Henderson para la descripción y valoración de las necesidades del paciente.

- Necesidad de respiración y circulación: exfumador de 20 cigarrillos /día. En el momento del ingreso presenta disnea III. Severo edema en ambas extremidades inferiores.
- Necesidad de alimentación: diabético insulín dependiente con glucemias mal controladas, pese a conocer el tipo de dieta adecuada para su enfermedad. Reconoce añadir sal a las comidas y comer fuera de casa a menudo. Suele beber una copa de vino al día. Es autónomo en la elaboración de las comidas y en la compra diaria. Su peso al ingreso era de 115 kg y mide 1,70 m. IMC 39.79.
- Necesidad de eliminar: autónomo para la eliminación urinaria y fecal.
- Necesidad de movilización: amputación de 2º, 3º, 4º y 5º dedos del pie izquierdo en 2008 y del 2º, 3º, 4º y 5º dedos en el pie derecho en 2009. A pesar de ello camina de forma autónoma. Suele salir a pasear casi todas las tardes media hora y es autónomo para las AVD. Vive en un 2º piso con ascensor.
- Necesidad de reposo y sueño: autónomo para esta necesidad. Precisa 2 almohadas para dormir porque no tolera el decúbito, sobretodo días antes del ingreso hospitalario, cuando ha precisado dormir en un sillón debido a la disnea.
- Necesidad de vestirse y desvestirse: autónomo para esta necesidad.
- Necesidad de termorregulación: normotermia. Presenta piel fría en las extremidades inferiores.
- Necesidad de higiene e integridad de la piel: parece descuidado y pese a ser informado de los riesgos de infección, deambula descalzo por la unidad con la única protección del vendaje en el pie de su ulcera diabética. Se evidencia una gran falta de higiene y cuidado personal.
- Necesidad de seguridad: autónomo para esta necesidad.
- Valores y creencias: católico no practicante. Dice no tener necesidades al respecto.
- Necesidad de comunicación: se muestra muy comunicativo. Nivel cultural medio.
- Necesidad de trabajar y realizarse: trabaja 40 horas a la semana como camionero y recorre largas distancias que le conllevan a veces a pasar noches fuera de su casa. Nos explica que conducir le ayuda a evadirse y desconectar.
- Necesidad de ocio: aficionado a la fotografía. Le gusta salir a tomar una copa con sus compañeros de trabajo y jugar al dominó los fines de semana en la comunidad de vecinos.

Fase Diagnóstica y de Planificación. Según taxonomía (NANDA), (NOC) y (NIC)

En el caso que se presenta se ha utilizado la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association)⁴ para el enunciado de los problemas, la taxonomía NOC

(Nursing Outcomes Classification)⁵ para el establecimiento de los resultados y la taxonomía NIC (Nursing Interventions Classification)⁶ para la planificación de las intervenciones que se han de llevar a cabo.

La elección de estos criterios de resultados e intervenciones de enfermería está justificada en base al Proceso Asistencial Integrado de pacientes con Insuficiencia Cardíaca del Sistema Andaluz de Salud,⁷ el cual fue individualizado para atender a las necesidades del paciente de forma específica.

(Véase Tabla 1. Diagnósticos y Planificación)

Evolución del paciente

Una vez en planta, se instauró un plan terapéutico inicial que incluyó dieta sin sal, restricción de la ingesta de líquidos, administración de IECAs (vasodilatadores para reducir la presión arterial, mejorar el flujo sanguíneo y reducir la carga de trabajo del corazón), y de diuréticos (disminuyendo la cantidad de líquido en los pulmones, reduciendo el edema periférico y evitando la retención de líquidos). Apareció un cuadro de fiebre e infección cuyo foco fue una celulitis bacteriana en la pierna derecha que se trató con antibióticos intravenosos. Se llevaron a cabo curas diarias de su ulcera diabética y se respetaron las medidas de higiene. Se detectaron dos situaciones de hiperglucemia durante su ingreso pero se educó al paciente en el manejo de su dieta y su diabetes ajustando las dosis de insulina de acuerdo con sus necesidades. Se llevó a cabo un control de peso diario, logrando perder hasta 12 kilos en 3 semanas. Durante su ingreso se le proporcionó asesoramiento en la actividad física así como un plan de ejercicios de entrenamiento. El paciente fue dado de alta con clase funcional tipo II según la escala NYHA (ligera limitación al ejercicio) y derivado a los programas de Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca en la Insuficiencia Cardíaca Crónica para su seguimiento en la comunidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La etapa más avanzada de la IC se caracteriza por síntomas en reposo o en mínimos esfuerzos, incluyendo la fatiga profunda. Nuestro paciente no puede realizar la mayoría de las AVD durante la última semana antes del ingreso hospitalario, presentando franca intolerancia a la actividad. Después del tratamiento en el hospital, mejoran sus síntomas y el paciente pasa a tener un riesgo de intolerancia a la actividad debido a las características avanzadas de su patología.

Los pacientes con patologías crónicas como la IC necesitan conocimientos sobre su enfermedad, tratamiento y hábitos de vida saludable. En base a ello, podríamos subrayar la importancia de que los equipos multidisciplinares se involucren también en la educación del paciente desde su salida del hospital al hogar, para ayudarles a vivir con su condición de insuficiencia cardíaca, mejorar los resultados a largo plazo y mitigar la necesidad de reingreso tal y como pone de manifiesto recientemente Albert NM (2016).⁸

Hemos de resaltar la importancia de partir de un plan de cuidados estandarizado. La protocolización trata de sistematizar cuáles son y cómo se van a proporcionar los

cuidados, permite una atención más justa y equitativa, igualando la atención de nuestros pacientes. Igualmente unificacriterios de actuación que nos sirve de punto de partida para una evaluación de la calidad del proceso asistencial. La enfermera debe considerar a los pacientes como seres individuales y usar el plan de cuidados como base, a partir del cual trabajar de modo creativo, permaneciendo atenta a todas aquellas respuestas individuales que se presenten.

La relevancia de este trabajo radica en la posibilidad de resolver situaciones similares en nuestra práctica clínica diaria, al tratarse de un proceso muy prevalente, y proporcionar cuidados de calidad atendiendo a las necesidades biopsicosociales del paciente.

Tabla 1. Diagnósticos y Planificación

Diagnóstico de enfermería/ Problema interdisciplinar	NOC	Indicadores	NIC / Actividades
00092 Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno m/p disnea de esfuerzo	0300. Autocuidados: actividad de la vida diaria (AVD)	030006. Higiene (RI: 2) y (RF: 4) 030008. Deambulación: camina (RI: 3) y (RF: 3) Escala: gravemente comprometido (1) – no comprometido (5)	Ayuda en los autocuidados: 1801. Baño/higiene - Determinar la cantidad y tipo de ayuda necesitada - Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño, champú, loción, etc) - Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados 1802. Vestirse y arreglo personal - Disponer las prendas del paciente en una zona accesible - Reafirmar los esfuerzos por vestirse a sí mismo 1803. Alimentación. - Identificar la dieta prescrita
	2103. Severidad de los síntomas	210301. Intensidad del síntoma (RI: 1) y (RF: 4) Escala: grave (1) – ninguno (5)	4040. Cuidados cardíacos - Tomar nota de los signos y síntomas significativos de disminución del gasto cardíaco - Observar signos vitales con frecuencia - Vigilar la respuesta del paciente a los medicamentos antiarrítmicos - Instruir al paciente y a la familia sobre la limitación y la progresión de las actividades
	0002. Conservación de la energía	000201. Equilibrio entre actividad y descanso (RI: 3) y (RF: 4) 000209. Organiza actividades para conservar la energía (RI:3) y (RF: 4) Escala: nunca demostrado (1) – siempre demostrado (5)	0180. Manejo de la energía. - Determinar los déficits en el estado fisiológico del paciente que producen fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo - Corregir los déficits del estado fisiológico como elementos prioritarios - Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga - Facilitar la alternancia de períodos de reposo y actividad

00078 Gestión ineficaz de la propia salud r/c complejidad del régimen terapéutico m/p empeoramiento de la enfermedad que dificulta incluir el tratamiento prescrito en las rutinas diarias.	1813 Conocimientos del régimen terapéutico	181310. Proceso de la enfermedad 181306. Medicación prescrita 181305. Dieta prescrita 181308. Ejercicio prescrito Escala. Ningún conocimiento (1) – Conocimiento extenso (5)	5618 Enseñanza: Procedimiento/tratamiento - Explicamos el proceso/tratamiento, el propósito del mismo y reforzamos la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.
	1803 Conocimientos: proceso enfermedad	180307. Curso habitual de la enfermedad. (RI: 1) y (RF: 4) Escala: ninguno (1) – extenso (5)	5602 Enseñanza: Proceso de enfermedad. - Se evaluó el nivel de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad. - Se identificaron los cambios en el estado físico del paciente. - Se describieron los signos y síntomas comunes de la enfermedad y el fundamento de las recomendaciones del control/terapia/tratamiento. - Se enseñó al paciente medidas para controlar/minimizar los síntomas.
	PI: Infección secundaria a ulcera diabética		Cura de la herida - Anotar las características de la herida y exudado - Administración de la antibioterapia prescrita
	PI: Hiperglucemia		- Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal. - Administración de la insulina prescrita. - Control de la glicemia capilar antes de las comidas
PI: Riesgo de Hipoglucemia		- Prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal	

BIBLIOGRAFÍA

1. MedlinePlus en español [sede Web]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE.UU.); NIH: Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre. Disponible en: <https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/heartfailure.html> [Consultado el 1 de Marzo de 2016].
2. Instituto Nacional de Estadística. Notas de prensa (2012). Disponible en <http://www.ine.es/prensa/np830.pdf>
3. Rodríguez-Artalejo F, Benegas J, Guallar-Castillón P. Epidemiología de la Insuficiencia cardiaca. RevEspcardiol 2004; 57(2):163-70.
4. NANDA. Diagnósticos enfermeros: Definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier España; 2014.
5. Moorhead S, Jonson M, Maas M, editors. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2009.
6. McCloskey Dochterman J, Bulechek G, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 5ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2009.
7. Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado de insuficiencia cardiaca. 2ª edición. Sevilla: Consejería de Salud; 2012. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca_2e.pdf [Consultado el 5 de Enero de 2016].
8. Albert NM. A systematic review of transitional-care strategies to reduce rehospitalization in patients with heart failure. Heart Lung. 2016 Mar-Apr;45(2):100-13. doi: 10.1016/j.hrtlng.2015.12.001. Epub 2016 Jan 30.

CUIDADOS A UNA GESTANTE CON LESIÓN MEDULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

CARE OF A PREGNANT WOMAN WITH SPINAL CORD INJURY: ABOUT A CASE

- ESTEFANÍA JURADO GARCÍA. MATRONA HOSPITAL DE VALME Y PROFESORA DEL GRADO DE ENFERMERÍA DE LA ESCUELA FCO. MALDONADO DE OSUNA. SEVILLA.
- MARINA ROJAS TEJADA. ENFERMERA SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.
- MARÍA JESÚS ROMERO GÓNGORA. ENFERMERA SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.
- ALICIA VEGA RECIO. MATRONA HOSPITAL REINA SOFÍA. CÓRDOBA.

RESUMEN: Aunque las políticas llevadas a cabo en los últimos tiempos han mejorado sensiblemente la condiciones de vida de las personas con discapacidad y han reducido las circunstancias que llevan a su exclusión, no se ha logrado aún paliar la relación entre discriminación y mujer con discapacidad. Según los datos suministrados por la "Encuesta sobre Discapacidad, Autonomía personal y Situaciones de Dependencia" (INE 2008), las mujeres representan el 60 % de las personas en esta situación. Mujeres en las que al igual que el resto de ellas sin discapacidad es posible la maternidad. En la actualidad, y en el caso concreto de las mujeres con lesión medular, ha aumentado el número de éstas que quieren ser madres. En definitiva, la sexualidad y la maternidad, hay que considerarlas como opciones reales en el proceso de integración social de la mujer con discapacidad.

PALABRAS CLAVE: Discapacidad; Lesión Medular; Maternidad.

ABSTRACT: Although the policies carried out in recent times have significantly improved the living conditions of people with disabilities and have reduced the circumstances that lead to their exclusion, the relationship between discrimination and women with disabilities has not yet been alleviated. According to the data provided by the "Survey on Disability, Personal Autonomy and Situations of Dependency" (INE 2008), women represent 60% of the people in this situation. Women in which, like the rest of them without disabilities, maternity is possible.

At present, and in the specific case of women with spinal cord injury, the number of women who want to be mothers has increased. In short, sexuality and motherhood must be considered as real options in the process of social integration of women with disabilities.

KEY WORDS: disability, spinal cord injury, maternity.

INTRODUCCIÓN

En 2011 la OMS estimaba que 650 millones de personas poseían algún tipo de discapacidad, lo que suponía un total del 15% de la población mundial, con una prevalencia del 10% de mujeres en edad fértil.¹

En España en 2008, el número de personas con discapacidad ascendía a 3.847.900. De ellas, más de 2,3 millones eran mujeres en las que, al igual que en las mujeres sin discapacidad, existe la capacidad de ser madre.²

En Andalucía, en esa misma fecha el número de personas que tiene alguna discapacidad es de 716.100 (61,6% mujeres), lo que representa el 9,58% de la población.³

En nuestra comunidad cabe destacar el I Plan de Acción Integral para las Mujeres con discapacidad en Andalucía (2008-2013) que pivota sobre la necesaria transversalidad de las actuaciones de las instituciones públicas, así como sobre la necesidad de un plan específicamente dirigido a las niñas y mujeres con discapacidad, un plan que no sólo obliga a la Administración, sino también al tejido asociativo y que tiene como destinataria a la sociedad en su conjunto.⁴

Muchas mujeres con discapacidad, han decidido tener hijos y dan a luz a bebés sanos. Sin embargo, aún existen barreras en los servicios de salud pública para esas mujeres, con una desigualdad de oportunidades en el acceso a los recursos que conciernen a la salud sexual y reproductiva.

Pero las barreras físicas suelen ser las más comunes en las mujeres embarazadas con discapacidad; estas barreras son obstáculos estructurales en entornos naturales o hechos por el hombre, los cuales impiden o bloquean la movilidad (desplazamiento por el entorno) o el acceso. Los ejemplos de barreras físicas incluyen:

- Escalones y curvas que le bloqueen a una persona con deficiencias motoras la entrada a una edificación o le impidan el uso de las aceras.
- Equipo para mamografías que requiera que una mujer con deficiencias motoras esté de pie.
- Ausencia de una báscula que acomode sillas de ruedas o a personas con otras dificultades para estar de pie.

Además de las barreras físicas existen otro tipo de barreras en relación con el ámbito de la sexualidad y la maternidad de la mujer discapacitada. Nos referimos a las barreras programáticas. Estas barreras limitan la prestación eficaz de un programa de salud pública o atención médica. Los ejemplos de barreras programáticas incluyen:

- Horarios inconvenientes.
- Falta de equipo accesible (como equipo para mamografías, silla de exploración ginecológica...)
- Insuficiente tiempo destinado para los exámenes y procedimientos médicos

- Poca o ninguna comunicación con los pacientes o participantes⁵.

En nuestra comunidad, desde el año 2008, a través del Proyecto de Humanización de la Atención Perinatal y el I Plan de Acción Integral para las mujeres con discapacidad se lleva a cabo la creación de consultas médicas especializadas dotadas con una silla de exploraciones adaptadas así como consultas con mayor espacio físico.⁽⁷⁾

Por otro lado, la Consejería de Salud y Bienestar Social se ha encargado de la formación de profesionales para que trabajen en estas consultas con el objetivo de que incorporen en sus actuaciones las consideraciones sobre género y discapacidad.

El objetivo en ambos casos es ayudar a cubrir las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva que presentan las mujeres con discapacidad.⁶

Ya que la experiencia de la maternidad y la responsabilidad que entraña, tienen un especial significado en las madres con discapacidad. El entorno, lo que se espera de ellas y el sentirse punto de mira de cuantos las rodean, van conformando y mediatizando su autopercepción y comportamiento hacia sus hijos o hijas.

Ser madre cuando se tiene discapacidad es una tarea ardua y complicada que pasa por muchos momentos diferentes; algunos de ellos comunes, sin duda, al resto de madres; otros, sin embargo, distintos, muy diferentes. Llegar a casa por primera vez desde el hospital, dar el pecho al bebé, cogerlo, acostarlo en su cuna o cambiarle los pañales puede ser muy frustrante para una madre sin formación ni experiencia previa; más aún, si es discapacitada.

Por eso no debe sorprender el hecho de que todavía hoy en día encontremos a muchas mujeres con discapacidad que, no sintiéndose preparadas para afrontar este reto siguiendo el modelo tradicional de atención directa en los cuidados de los menores, declinan estas funciones en otras personas. No se trata de que sigan el modelo tradicional ya que estas responsabilidades han de ser compartidas con el padre, pero sí de defender el de ser madre, que está por encima de cualquier condicionamiento impuesto por la discapacidad.

La prevalencia de la representación social negativa que las mujeres discapacitadas tienen en cuanto a la maternidad, junto con la falta de provisión de servicios públicos de apoyo que facilite la autonomía personal e independencia de todas estas mujeres, hacen que se las siga condenando a no ser madres o, de serlo, delegar las responsabilidades del cuidado de sus hijos en otras personas. En algunos casos son los servicios sociales los que tiene la custodia de sus hijos por dudar de la capacidad de la madre discapacitada para ello.^{7,8}

Sin embargo, la maternidad es un asunto que no ha sido abordado de manera adecuada por los movimientos de mujeres con discapacidad, que se han centrado más en otros temas como las dificultades en el acceso al empleo, por ejemplo.

Estas madres tienen las mismas necesidades que cualquier

otra madre de información y facilidad para acceder a la misma, encontrar el lugar adecuado para vivir, poder acceder a los servicios públicos tener equipamientos prácticos, adecuados y baratos y contar con el apoyo según sus circunstancias personales. Pero esto no debe restringir el derecho a la maternidad a madres con necesidades severas de apoyo, para lo que los servicios sociales deben dar respuesta profesionalizada, como se viene haciendo desde hace años en otros países.

Mención especial cabe hacer en los casos de discapacidad física severa donde con frecuencia el personal sanitario implicado desaconseja casi sistemáticamente sus embarazos por considerarlos de alto riesgo, ocultando su desconocimiento profesional para tratar una mujer con discapacidad en esta situación.⁹

- Gestante con lesión medular.

En la actualidad, ha aumentado el número de mujeres con afección medular que desean tener hijos. El avance en el tratamiento en la fase aguda de la lesión, en la rehabilitación y los esfuerzos por integrar en la sociedad a estas mujeres ha dado como resultado un incremento en el número de embarazos, que no están contraindicados.

En el pasado en el caso concreto de las personas con lesión medular en general, y de las mujeres en particular, se suponía que ni eran capaces de tener relaciones sexuales, ni estaban interesadas en ello. Hoy en día sabemos que no es verdad. Progresivamente se va aceptando que la sexualidad, el matrimonio y la capacidad de ser fértiles, pueden ser parte de la vida de cualquier persona con lesión medular. Entonces, éste debería ser un aspecto importante en el proceso de rehabilitación de las personas con este tipo de lesión.

No es de extrañar pues que en encuestas realizadas en la década de los 80, se constataba cómo las mujeres solteras o sin pareja en el momento de la lesión, difícilmente mantenían relaciones sexuales y casi ninguna de ellas contraía matrimonio. Hoy día, aunque las mujeres siguen teniendo mayor dificultad, muchas de ellas mantienen relaciones sexuales, contraen matrimonio y tienen hijos.

Además, la mayoría de la población con lesión medular se encuentra en el tramo de edad joven-adulta, cobrando el tema de las relaciones sexuales un especial interés. Muchos de ellos no tienen pareja, algunos no la han tenido y la mayoría no están casados, por lo cual son frecuentes preguntas del tipo: "¿Qué hago para conseguir una pareja?" o "¿Voy a poder formar una familia?".

Cuando a alguien le sobreviene una lesión medular, las preocupaciones sexuales están presentes junto con el resto de dudas que le atañen. Ya que hay ciertas secuelas típicas en las lesiones medulares que, en mayor o menor medida, afectan a la actividad sexual y a la posible maternidad en concreto.

La lesión medular consiste en la interrupción de las vías nerviosas, de forma parcial o completa, secundaria a una enfermedad o a un traumatismo, o de origen congénito. Sus consecuencias son parálisis motora voluntaria y abolición

de la sensibilidad en la zona sublesional, es decir, puede incluir la pérdida parcial o completa de la sensibilidad o del control motor en brazos o piernas e incluso en todo el cuerpo, así como trastornos de la función vesical, gastrointestinal y sexual.^{10,11}

Mucho de los efectos adversos asociados a las lesiones medulares no derivan de la lesión en sí, si no de carencias en la prestación de la atención médica y los servicios de rehabilitación, así como de la persistencia de barreras en el entorno físico, social y político.

No existen estimaciones fiables de su prevalencia mundial, pero se calcula que su incidencia mundial anual oscila entre 40 y 80 casos por millón de habitantes.

En las mujeres se registra que existe un mayor riesgo de lesión medular en la adolescencia y a partir de los 60 años.

Los síntomas dependerán de la gravedad de la lesión y su localización en la medula espinal.

La clasificación ASIA (American Spinal Injury Association) establece la definición de los términos usados para valorar la lesión medular y establece una clasificación de acuerdo a cinco grados determinados por la ausencia o preservación de la función motora y sensitiva, indicando la severidad de dicha lesión y su posible pronóstico.¹²

GRADO DE LESIÓN	DESCRIPCIÓN
Grado A	Ausencia de función motora y sensitiva que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5.
Grado B	Preservación de la función sensitiva por debajo del nivel neurológico de la lesión que se extiende hasta los segmentos sacros S4-S5 y con ausencia de función motora.
Grado C	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular menor de 3.
Grado D	Preservación de la función motora por debajo del nivel neurológico y más de la mitad de los músculos llave por debajo del nivel neurológico tienen un balance muscular de 3 o más.
Grado E	Las funciones sensitiva y motora son normales.

Tabla 1.1. Clasificación internacional de lesión medular. (ASIA)

Fuente: Centro específico de rehabilitación neurológica, 2015

A continuación, mostramos la clasificación que se hace de las gestantes con lesión medular según la altura de la lesión:

Denominación	Altura de la lesión	Órganos afectados	Manifestaciones Clínicas
Grupo I	Torácica 11-12, Lumbar 1	Ramos sensoriales uterinos aferentes	Se percibe el dolor de la contracción
Grupo II	Torácica 5 a Torácica 10	Inervación torácica	No percibe la contracción. Parto menos doloroso. Espasmos flexores y clonos.
Grupo III	Torácica 4 o por arriba	Por encima del flujo esplácnico	Síndrome de hiperreflexia autónoma.

Tabla 1.2. Clasificación de Donalson para las gestantes con lesión medular.

Fuente: Monleón y Mínguez, 19897; Gomáriz y Guisantez, 2000

Niveles de lesión medular y manejo del parto.
<ul style="list-style-type: none"> -Lesiones cervicales y dorsales (D5): se recomienda cesárea y/o anestesia epidural -Lesiones dorsales (D6-D10): inducción y anestesia epidural -Lesiones dorsolumbares (D10-L2): no es necesario epidural -Lesiones lumbosacras (abdominales activos) -Lesiones incompletas: valorar grado y respuesta

Tabla 1.3. Manejo de epidural según el nivel de lesión medular.

Fuente: Sánchez y De Pinto, 2000

Es normal que, tras la lesión, en el periodo agudo, se produzca una fase de amenorrea transitoria, de duración irregular entre 0 y 6 ciclos. Debido a ello es recomendable asegurarse de la existencia o no de un embarazo. Una vez recuperada la menstruación, recupera también la capacidad normal de engendrar hijos.

Para muchas mujeres con lesión medular, el cambio o pérdida de la sensación genital es uno de los impactos mayores tras la lesión. Aun así, la incontinencia urinaria puede que sea la mayor razón para restringir y evitar, las actividades sexuales.

Las alteraciones más relevantes relacionadas con su función sexual y su posible maternidad son: disminución de la capacidad de lubricación y concienciación orgásmica, dificultad para llegar al orgasmo si la lesión es completa y se sitúa por encima del segmento lumbar L2.

Pero entre las alteraciones que se producen en la mujer con lesión medular, tienen gran importancia las de origen psicológico, ya que aunque permanece el deseo sexual tras la lesión, la baja autoestima o la no aceptación de su imagen corporal hace que sea menos frecuente que busque relaciones personales y sexuales. La pérdida de sensibilidad y falta de movilidad van a cambiar por completo la vivencia de la actividad sexual. Para poder tener concienciación orgásmica debe aprovechar las zonas erógenas que aún conservan sensibilidad.¹³

En definitiva estas mujeres necesitan una atención especial en los servicios de atención de salud, ya que el embarazo en una mujer con lesión medular es tan posible como en cualquier mujer, pero será una gestación de alto riesgo.

- Complicaciones de un embarazo con lesión medular.

En un embarazo con lesión medular, encontramos distintas complicaciones añadidas a las complicaciones que aparecen en un embarazo normal causadas por los cambios fisiológicos normales.

Las complicaciones más frecuentes en cualquier embarazo son por ejemplo: aparición de varices y edemas en la vulva y piernas, anemia fisiológica, aumento de la frecuencia cardíaca, disminución de la tensión arterial y náuseas, entre otros, las más frecuentes en este tipo de embarazo son las siguientes: incontinencia urinaria, infecciones urinarias y respiratorias, cálculos renales, SHA, úlceras por decúbito, edema de miembros inferiores y trombosis venosa profunda, estreñimiento, anemia, toxemia, amenaza de parto prematuro, y crecimiento intrauterino retardado. El pronóstico será más favorable cuanto más baja sea la lesión.¹⁰

La lesión medular provoca disminución de la reserva respiratoria, de la capacidad vital y del volumen corriente, y alteración del mecanismo de la tos por mal funcionamiento muscular, provocando la aparición de atelectasias y neumonías.

Durante el embarazo existe una disminución de la capacidad residual funcional, debido a la existencia de un útero grávido, aumento del consumo de oxígeno e incremento de la diferencia alveolo-arterial de oxígeno que provoca una disminución de la reserva materna. Se ha sugerido realizar mediciones seriadas de la capacidad vital como método de monitorización de la función respiratoria en las embarazadas con lesión medular. Las mujeres con capacidad vital inferior a 800 ml requerirán asistencia ventilatoria y ejercicios respiratorios que facilitarán la prevención de complicaciones respiratorias durante el embarazo.

Un 70 % de pacientes con lesión medular presentan espasmos musculares abdominales y en las extremidades inferiores durante el embarazo.¹¹

Puede producirse una respuesta refleja vegetativa llamada síndrome de hiperreflexia autónoma (SHA), un cuadro grave que puede conducir a la muerte. Sus signos y síntomas son: hipertensión mayor de 200 mmHg, bradicardia, parada cardíaca, midriasis, sudoración, piloerección, tiritona, parestesias, deslumbramiento visual, hemorragia retiniana,

acúfenos, rinitis, obstrucción nasal, hipersecreción bronquial y pseudoasma. El SHA suele ocurrir en lesiones por encima de la dorsal 6 y se desencadena ante estímulos como la vejiga llena, las contracciones uterinas y, en general, todo lo que suponga la distensión de una víscera hueca.¹³

Sistema Circulatorio	Aparato Respiratorio	Sistema Nervioso	Sistema Linfático
Edema en MMII. TVP en MMII. Anemia.	Infecciones. Alteración capacidades. Alteración mecanismo de la tos.	SHA	Toxemia.
Sistema Tegumentario y musculoesquelético	Aparato secretor o Urinario	Aparato Reproductor	Complicaciones Obstétricas
Úlceras por presión. Espasmos musculares (abdominales y en mmii).	Infecciones. Incontinencia urinaria. Estreñimiento.	Infecciones vaginales. Disminución lubricación y concienciación orgásmica.	Parto prematuro. Crecimiento intrauterino retardado.

Tabla 1.4. Resumen de las complicaciones obstétricas de la gestante con lesión medular.

Fuente: Elaboración propia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

P.G.S de 30 años de edad, altura 1,70m y peso de 54 kg, primigesta, con antecedente de una paraplejía de 10 años de evolución por lesión medular en T12-L1 tras accidente de tráfico. La fecundación se llevó a cabo mediante relaciones sexuales.

Las fuentes de información han sido el Documento de Salud de la Embarazada (DSE) y la entrevista personal.

Los datos pertinentes recogidos, son los desarrollados a continuación:

La paciente acude a su centro de salud para realización de un test de gestación, el cual es positivo.

Había intentado quedarse embarazada anteriormente a través de inseminación artificial lo cual fue inefectivo, tras volverse a poner en lista de espera para la realización de la técnica, la paciente quedo embarazada de manera natural.

Ante la confirmación del embarazo la paciente es valorada por su matrona y es incluida en el PAE para el seguimiento del embarazo.

Tras ello, su matrona le informa sobre recomendaciones higiénico-dietéticas, suplemento de ácido fólico e incide en el manejo y prevención de las úlceras por presión para disminuir el riesgo de aparición de nuevas úlceras.

También, hace hincapié en la vigilancia de los miembros inferiores para detectar signos de enrojecimiento, cambios de temperaturas o aparición de edemas para disminuir el riesgo de tromboflebitis.

Por otro lado, se le aconseja la asistencia a clases de educación para el nacimiento y la crianza para mejorar su grado de bienestar e independencia durante el embarazo y posterior crianza del bebé. Además, se aconseja a la paciente que acuda a un fisioterapeuta para trabajar su función respiratoria durante la gestación y de cara al parto debido a las modificaciones que dicha función presenta debido a su discapacidad y que pueden alterarse aún más durante la gestación.

Se deriva la gestante a la consulta de alto riesgo obstétrico, donde al tratarse de una gestación de alto riesgo, se aumentaron los controles médicos a mensuales hasta la semana 37 y bisemanales a partir de esa fecha. (15)

Durante el embarazo presentó diferentes complicaciones tales como:

- Infecciones urinarias de repetición: debido a la incontinencia propia de la lesión por vejiga neurógena sumado a las complicaciones de aumento de presión de la vejiga por el embarazo y a la utilización frecuente de sondas intermitentes para el vaciado de la vejiga y toma de muestras urinarias.

La frecuencia de deposiciones se altera a lo largo del embarazo sin llegar a ocasionar un problema de estreñimiento.

- Úlceras por presión: durante el embarazo existe un agravamiento de la úlcera del sacro debido al aumento del peso. Para su tratamiento la paciente usa ácidos grasos hiperoxigenado y para la prevención se incide en las siguientes recomendaciones: uso de ropa cómoda sin accesorios que puedan hacer presión sobre las zonas de mayor vulnerabilidad al padecimiento de úlceras, cambiar de postura dentro de la silla de ruedas, abundante hidratación y el uso de asientos de gel o espuma.
- Nuestra paciente presenta un aumento de su espasticidad de base durante la gestación, si bien no precisó tratamiento adicional al habitual (Baclofeno vía oral).

Antes del embarazo, se maneja de forma totalmente autónoma y tras la confirmación de embarazo, tiene dudas de cómo afrontarlo con su discapacidad.

La paciente refleja expresión facial de preocupación y hace referencia verbal sobre el miedo acerca de que las distintas complicaciones que le han surgido durante el embarazo debido a su discapacidad puedan influenciar sobre el bienestar fetal además del compromiso de su propio estado de salud, *“con las complicaciones dudo sobre si el embarazo fue una buena idea”*.

En referencia al parto tiene un miedo común a todas las embarazadas de no reconocer el momento en que se ponga de parto: *“tengo miedo de no saber si me daré cuenta que se ha roto la bolsa”*. Además, a esta preocupación se le añade que con su discapacidad no sabe si realmente va a sentir dolor con las contracciones.

Por otro lado, siente inseguridad, refiere *“estar perdida”* ya

que conoce el proceso de embarazo y parto de otras mujeres, pero ninguna en su estado: *“conozco a muchas mujeres que han sido madres pero ninguna con discapacidad por eso mi situación es distinta, debido a esto siento que muchos profesionales desconocen cómo llevar a cabo mi seguimiento y no me siento bien orientada por parte de los profesionales, en cambio, mi marido y familia se han convertido en mi principal apoyo durante el embarazo”*

Otro apoyo importante para la gestante ha sido la involucración de la matrona en su embarazo.

En sus visitas de seguimiento por la matrona en el centro de salud, refiere: *“durante mi día a día me encuentro con diversas barreras físicas, pero me parece incomprendible que estas barreras también existan en los centros sanitarios, por ejemplo, encuentro mucha dificultad para poder moverme dentro de la consulta de la matrona debido a su espacio reducido y mal organizado, pero afortunadamente, ella se interesa siempre por mi situación especial”*.

Por ello desde el primer momento le ayuda a superar las barreras programáticas: se gestionaron las citas de forma que se pudiera atender a la paciente en otra consulta con mayor dimensión para que ella pueda moverse de manera independiente.

Además, la matrona hace hincapié en el seguimiento conjunto de la gestante por parte tanto de ginecología como del médico de cabecera para el manejo de las complicaciones que puedan agravarse durante la gestación pero que tienen su origen en su discapacidad (las úlceras por presión, mayor riesgo de trombosis...). Y se informa a la gestante que existe en la provincia a la que pertenece una consulta adaptada (silla ginecológica) en caso de que fuera necesario recurrir a ella.

En este caso concreto la matrona aborda el empoderamiento de la gestante sobre el proceso de embarazo, parto y puerperio considerando cómo repercute su discapacidad en su forma de afrontar la gestación y como está experimentando tal situación. En vista de que las complicaciones fruto de su discapacidad y el hecho de que debido a ésta tiene miedo a no reconocer el momento del parto son circunstancias que han mermado su autoestima, la matrona la pone en contacto con una asociación para mujeres con discapacidad de su provincia (anteriormente no había tenido contacto con tal grupo porque no sintió esa necesidad, si lo había tenido con un grupo para afectados medulares), donde pueda sentirse entre iguales.

Y a su vez la matrona contacta con una asociación de enfermería especializada en la Lesión Medular Espinal para tener más información concreta sobre este tipo de lesiones y así ofrecer el mejor de los cuidados.

Con respecto al nacimiento, nuestra paciente expresa *“entiendo que debido a mi discapacidad hay más riesgo de que el parto sea instrumentado, pero me gustaría que dentro de mis posibilidades fuera un nacimiento poco intervenido”*. Además, la paciente refleja *“me he informado sobre la importancia del contacto piel con piel entre la madre y el recién nacido y me gustaría que se hiciera en mi*

caso”. Con respecto a la lactancia materna, nos comunica “tengo dudas sobre si la medicación que tomo pasa a la leche y no voy a poder dar el pecho a mi hijo”

Frente a estas dudas la matrona le explica que con su nivel de lesión (T12-L1) no es necesario epidural y que podrá tener un parto natural si así lo desea, aunque es probable que su capacidad de pujo esté disminuida y se necesite instrumentar el parto. Por otro lado, le explica que el contacto piel con piel es totalmente posible con su discapacidad a menos que cualquier circunstancia lo impida y que puede amamantar a su bebe sin ningún problema ya que los fármacos que toma no pasan a la leche.

VALORACIÓN INICIAL SEGÚN PATRONES FUNCIONALES (GORDON)

Patrón 1: Percepción manejo de la salud

Lesión medular T12-L1 de 10 años de evolución, tras accidente de tráfico. Según la clasificación de Donalson, pertenece al Grupo 1 (ramos sensoriales uterinos aferentes afectados), percibe el dolor de la contracción.

Tratamiento para la espasticidad: Baclofeno vía oral.

Embarazo de alto riesgo controlado a nivel de atención primaria por su matrona, médico de cabecera y a nivel de atención especializada por su ginecólogo en consulta de alto riesgo obstétrico.

Buen nivel de autonomía en su domicilio, el cual está adaptado a su condición.

Presenta dificultad para desenvolverse en un entorno físico inadecuado.

Patrón 2: Nutricional - Metabólico

IMC: Óptimo, 18'69. Con altura de 1.70 m y peso de 54 kg.

Presenta náuseas desde el primer trimestre del embarazo.

Sigue una dieta equilibrada y toma tratamiento de ácido fólico, hierro y yodo.

PUNTOS	1	2	3	4
Percepción sensorial	Completamente limitada	Muy limitada	Levemente limitada	No alterada
Humedad	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ocasionalmente húmeda	Raramente húmeda
Actividad	En cama	En silla	Camina ocasionalmente	Camina con frecuencia
Movilidad	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adecuada	Excelente
Fricción y deslizamiento	Es un problema	Es un problema potencial	Sin problema aparente	-----

Úlcera por presión en cóccix; grado II.

Se realiza Escala de Braden para valorar el riesgo de úlceras por presión.

Puntuación: 13, lo que indica que nuestra paciente tiene riesgo de úlcera por presión.

Patrón 3: Eliminación

Aumento ITU (Infección del tracto urinario)

Deposiciones de 4-5 por semana, de consistencia y color normal, cuya frecuencia disminuye levemente a lo largo del embarazo, pero no genera un estreñimiento.

Utilización de sondaje vesical intermitente para vaciado completo de la vejiga.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Movilidad reducida: inmovilizada en sillas de ruedas.

Ama de casa, independiente, adapta las actividades a su estado.

Patrón 5: Sueño- Descanso

Horario de sueño regular que se ve alterado durante el embarazo, pero no merma el descanso.

Patrón 6: Cognitivo Perceptivo

Presenta parestesia en miembros inferiores.

Patrón 7: Auto percepción – Autoconcepto

Le preocupa las complicaciones que le surgen durante la gestación derivadas de su discapacidad y la posible afectación a su bebé, y qué puede hacer ella al respecto.

Patrón 8: Rol – Relaciones

Su marido y su familia son su principal apoyo.

Refiere apoyo insuficiente de los profesionales en general, pero se siente muy apoyada por su matrona: se pone en contacto e incluye en una asociación de mujeres con discapacidad para que le ayude a afrontar su embarazo compartiendo la experiencia entre iguales.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción

El embarazado ha sido buscado/deseado y se ha producido de forma natural.

El método anticonceptivo utilizado anteriormente fue el preservativo.

Hubo un intento de reproducción artificial, que fue fallida.

Patrón 10: Tolerancia al estrés

La paciente se siente estresada ante su situación de embarazo y preocupada por su capacidad para afrontarla.

Patrón 11: Valores – Creencias

A pesar de su discapacidad, la gestante desea la mínima intervención posible. Le gustaría tener un parto no instrumentado donde pueda recibir el apoyo de su marido, el contacto piel con piel con el bebe y la práctica de la lactancia materna.

DIAGNÓSTICOS

Los diagnósticos propuestos son ¹⁴:

- **00016 Deterioro de la eliminación urinaria** R/C lesión medular T12 – L1 M/P retención urinaria agravada por la gestación.

Definición: Disfunción en la eliminación urinaria.

- **00120 Baja autoestima situacional** R/C cambio de rol social (gestación/maternidad) M/P conducta indecisa y subestima su habilidad para gestionar el embarazo con las complicaciones surgidas.

Definición: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual.

- **00035 Riesgo de lesión** R/C barrera física, desadaptación del medio para la movilidad en paciente con movilidad en silla de ruedas.

Definición: Vulnerable a sufrir una lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con los recuerdos adaptativos y defensivos de la persona, que puede comprometerse la salud.

- **00249 Riesgo de úlceras por presión** R/C inmovilidad física.

Definición: Vulnerable a una lesión localizada de la piel y/o capas inferiores del tejido epitelial, generalmente sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión o de la presión combinada con cizallamiento.

- **00228 Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz** R/C inmovilidad física.

Definición: Vulnerable a una disminución de la circulación sanguínea periférica, que puede comprometer la salud.

PLANIFICACIÓN

TAXONOMÍA NANDA I	
DOMINIO 3	Eliminación e Intercambio
CLASE 1	Función urinaria
ETIQUETA	00016 Deterioro de eliminación urinaria
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (DE)	Deterioro de la eliminación urinaria r/c lesión medular T12-L1 m/p retención urinaria agravada por la gestación.
TAXONOMIA NOC	
DOMINIO2	Salud fisiológica
CLASE F	Eliminación
RESULTADOS ESPERADOS	Eliminación urinaria (recogida y descarga de la orina)
INDICADORES	-50336 Incontinencia funcional debido a su discapacidad ESCALA LIKERT: Sustancial (2) hasta Leve (4), para prevenir las infecciones urinarias y las molestias.
TAXONOMIA NIC	
CAMPO 1	Fisiológico: básico

CLASE B	Control de la eliminación
INTERVENCIONES	06010 Cuidados de la incontinencia urinaria
ACTIVIDADES	-Proporcionar prendas protectoras para así mantener un ambiente lo más seco posible. -Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga.

TAXONOMIA NANDA II	
DOMINIO 6	Autopercepción
CLASE 2	Autoestima
ETIQUETA	000120 Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (DE)	Baja autoestima situacional R/C cambio rol social M/P conducta indecisa y subestima su habilidad para gestionar el embarazo con las complicaciones surgidas.
TAXONOMIA NOC	
DOMINIO 3	Salud psicosocial
CLASE N	Adaptación psicosocial
RESULTADOS ESPERADOS	-1305 Modificación psicosocial: cambio de vida (respuesta psicosocial de adaptación de un individuo a un cambio de vida importante) -1309 Resiliencia personal (adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad psicosocial)
INDICADORES	-130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro y sobre la crianza del bebé -130513 Expresiones de apoyo social adecuado -130907 Muestra una autoestima positiva acerca de su estado ESCALA LIKERT: Raramente demostrado (2) hasta frecuentemente demostrado (4), para mejorar su autoestima y favorecer la crianza óptima del bebé.
TAXONOMIA NIC	
CAMPO 3	Conductual
CLASE R	Ayuda para afrontar el afrontamiento
CLASE O	Terapia conductual
INTERVENCIONES	5230 Mejorar el afrontamiento (Facilitación de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar los factores estresantes, cambios o amenazas percibidas que interfieran a la hora de satisfacer las demandas de papeles de la vida) 5400 Potenciación de la autoestima 4330 Arteterapia

ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> - Ayudar al paciente a resolver los problemas de forma constructiva a través de grupos o personas que hayan pasado por la misma experiencia, poner en contacto con grupos de apoyo como una asociación de mujeres con discapacidad - Mostrar a la paciente actitudes positivas para controlar el embarazo - Animar a la paciente a que describa sus dibujos y creaciones artísticas - Utilizar dibujos para determinar los efectos de los sucesos estresantes.
--------------------	---

TAXONOMIA NANDA III

DOMINIO 11	Seguridad/Protección
CLASE 1	Lesión física
ETIQUETA	00249 Riesgo de úlcera por presión
DIAGNÓSTICO ENFERMERO (DE)	Riesgo de úlcera por presión R/C Inmovilidad física

TAXONOMIA NOC

DOMINIO 2	Salud fisiológica
CLASE L	Integridad tisular
RESULTADOS ESPERADOS	Integridad tisular: piel y mucosas (Indemnidad estructural y función normal de la piel y las membranas mucosas).
INDICADORES	

TAXONOMIA NIC

CAMPO 2	Fisiológico: Complejo
CLASE L	Control de la piel/heridas
INTERVENCIONES	3520 Cuidados de las úlceras por presión 3500 Manejo de presiones
ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Controlar el color, la temperatura, el edema, la humedad y el aspecto de la piel circundante. -Enseñar a la paciente los procedimientos de cuidado de la herida. -Colocar en la silla de ruedas una almohadilla de espuma de poliuretano -Facilitar pequeños cambios de carga corporal -Enseñar a la paciente que ropas debe usar

TAXONOMÍA NANDA IV

DOMINIO 11	Seguridad/Protección
CLASE 2	Lesión Física
ETIQUETA	00035 Riesgo de lesión

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (DE)	Riesgo de lesión R/C barreras físicas, desadaptación del medio para la movilidad en paciente con movilidad en silla de ruedas
-----------------------------------	---

TAXONOMIA NOC

DOMINIO 5	Salud percibida
CLASE EE	Satisfacción de los cuidados
RESULTADOS ESPERADOS	Satisfacción del paciente/usuario: seguridad. (Grado de percepción positiva de procedimientos, información y cuidados de enfermería para prevenir daños o lesiones)
INDICADORES	-301005 Ayuda en los traslados ESCALA LIKERT: No del todo satisfecho (2) hasta completamente satisfecho (5).

DOMINIO 4	Conocimiento y conducta de salud
------------------	----------------------------------

CLASE C	Conocimiento sobre salud
----------------	--------------------------

RESULTADOS ESPERADOS	Conocimiento: seguridad personal. (Grado de conocimiento transmitido sobre la reducción del riesgo y la prevención de lesiones no intencionadas así mismo)
-----------------------------	--

INDICADORES	-180903 Estrategias para reducir el riesgo -180933 Dispositivos de seguridad adecuados para la actividad ESCALA LIKERT: Ningún conocimiento (1) hasta conocimiento sustancial (4)
--------------------	--

TAXONOMIA NIC

CAMPO 4	Seguridad
CLASE V	Control de riesgos
INTERVENCIONES	6486 Manejo ambiental 6610 Identificación de riesgos 6490 Prevención de caídas

ACTIVIDADES	<ul style="list-style-type: none"> -Eliminar el inmovilizador que es un factor de peligro. -Modificar la disposición de la consulta o derivarla a otra sala con buen acceso. -Disponer de dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad del paciente -Identificar los recursos del centro para disminuir los factores de riesgo -Bloquear la silla de ruedas en la transferencia del paciente. -Disponer de una silla de exploración adecuada
--------------------	---

TAXONOMIA NANDA V

DOMINIO 4	Actividad/Reposo
CLASE 4	Respuestas cardiovasculares/pulmonares
ETIQUETA	00228 Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz

DIAGNÓSTICO ENFERMERO (DE)	Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz R/C inmovilidad
-----------------------------------	---

TAXONOMIA NOC

DOMINIO 4	Conocimiento y conducta de salud
CLASE T	Control de riesgo y seguridad

RESULTADOS ESPERADOS	Control del riesgo: Trombos
INDICADORES	-193205 Controla signos y síntomas de formación de trombos y émbolos. - 193210 Utiliza las medidas de compresión según se recomienda. ESCALA LIKERT: A veces demostrado (3) hasta Siempre demostrado (5), para disminuir el riesgo de trombosis venosa.
TAXONOMIA NIC	
CAMPO 2	Fisiológico: Complejo
CLASE N	Control de la perfusión tisular
INTERVENCIONES	4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa
ACTIVIDADES	-Aplicar a la paciente distintas modalidades de terapias compresivas y explicarle la importancia de estas -Enseñar a la familia ejercicios pasivos para la movilización de miembros inferiores -Enseñar a identificar los signos de alarma: enrojecimiento, edema, disminución relleno capilar y pulso periférico, aumento temperatura

Tablas 1.5 Planificación de los Diagnósticos ^{14,15,16.}

Fuente: Elaboración propia.

EJECUCIÓN

Planteadas y establecidas las intervenciones y actividades a realizar, debemos iniciar la puesta en marcha de las mismas. Aprovechando las visitas rutinarias de embarazo establecidas por el PAI vamos a realizarle un seguimiento del proceso de las complicaciones propias de su discapacidad.

1ª Visita (Entre la semana 6 y 10 de gestación):

En esta primera visita, además de las actividades propuestas por el PAE, se iniciaría el seguimiento adaptado a las necesidades especiales de nuestra paciente.

Se realiza:

- Valoración de la integridad de la piel, mediante la Escala de Braden, para saber el estado inicial de la piel y su evolución.
- Valoración de la incontinencia urinaria:

Se solicita urocultivo. Se recomienda el uso de prendas protectoras y absorbentes para condicionar un ambiente lo más seco posible y mejorar la autopercepción de salud y calidad de vida de la paciente.

Se planifica unas pautas alimenticias en las que evite bebidas y comidas irritantes para la vejiga como: alcohol, frutas ácidas, caféina, especias y edulcorantes, además del control de la ingesta de líquidos para evitar la formación excesiva de orina disminuyendo esta ingesta paulatinamente a lo largo del día.

- Identificar los recursos del centro para disminuir el riesgo de lesión y planificar la siguiente visita en una sala con mejor acceso, modificar el mobiliario de esta sala para evitar lesiones

- Se realiza estudio preventivo de la función pulmonar donde se valora el uso de medicamentos depresores del sistema nervioso, alteraciones respiratorias durante el sueño, dificultad para toser o expectorar y cambios en el tono de voz.

2ª Visita (Entre la semana 16 y 18 de gestación)

Realizar la consulta en la nueva sala previamente adaptada.

- Valoración de los resultados del urocultivo previamente solicitado. Se solicita un nuevo urocultivo debido a las ITU de alta frecuencia repetitiva. Se le da a conocer a la paciente una serie de pautas higiénicas para reducir el riesgo de ITU. Estas recomendaciones son: limpiar y secar bien la zona después de cada cambio, utilizar jabón neutro y esponja, evitar corrientes de aire y secar suavemente siempre desde la vagina al ano.
- Valoración de los edemas aparecidos en miembros inferiores e instruir a la paciente sobre actividades para disminuirlos: reducir el consumo de sal, elevación de los miembros inferiores, evitar el uso de ropa que dificulte el retorno venoso, aplicar terapias compresivas y ejercicios pasivos de movimientos para la movilización de miembros inferiores y enseñarle a identificar señales de alarma para la prevención de edemas y la disminución del riesgo de trombosis.

- Valoración de úlceras por presión para observar su evolución a lo largo del embarazo.

- Enseñar procedimientos del cuidado de las heridas, cambios de carga corporal y ropa que debe usar. Colocar en la silla de ruedas una almohadilla de espuma de poliuretano y controlar el aspecto de la piel circundante

3ª Visita (Entre la semana 24 y 26 de gestación):

En esta penúltima visita a consecuencia de la proximidad al parto, se incluye en el programa de clases de educación maternal y se deriva al fisioterapeuta para la realización de ejercicios fisioterapéuticos adaptados a su discapacidad.

Se recomienda a la gestante que se ponga en contacto con grupos de apoyo como por ejemplo una asociación de mujeres con discapacidad, lo cual puede ayudarla a resolver los problemas de forma constructiva a través de mujeres que ya han pasado por la misma experiencia.

- Informar sobre Arteterapia y explicar su utilidad para mejorar la autoestima.
- Mostrar actitudes positivas para el afrontamiento del embarazo.
- Valoración de la evolución de la incontinencia urinaria, las úlceras por presión, los edemas y el riesgo de trombosis.
- Recomendación de ejercicios de refuerzo de la musculatura en los miembros superiores para disminuir la espasticidad y contracturas.

4ª Visita (Entre la semana 33 y 35 de gestación):

En esta última visita, se informa a la paciente acerca del trabajo de parto y del tipo de parto en relación a su nivel

de lesión medular (T12-L1). Se informa acerca del uso de anestesia epidural puesto que debido a su lesión, la paciente percibe el dolor de la contracción y podrá tener un parto eutócico sin necesidad de instrumentar si no existe ningún tipo de complicación.

- o Valorar el afrontamiento de la última fase del embarazo y del parto.
- o Valorar la evolución de la incontinencia urinaria, las úlceras por presión, los edemas y el riesgo de trombosis.

EVALUACIÓN

DIAGNÓSTICO	INDICADORES	PUNTUACIÓN INICIAL	OBJETIVO	PUNTUACIÓN ACTUAL
Deterioro de la eliminación urinaria	-50336 Incontinencia funcional debido a su discapacidad	2.Sustancial	4.Leve	3.Moderado
Baja autoestima situacional	-130506 Expresiones de optimismo sobre el futuro, sobre la crianza del bebe	2.Raramente demostrado	4.Frecuentemente demostrado	3.A veces demostrado
	-130513 Expresiones de apoyo social adecuado	2. Raramente demostrado	4.Frecuentemente demostrado	3.A veces demostrado
	-130907 Muestra una autoestima positivo acerca de su estado	2. raramente demostrado	4.Frecuentemente demostrado	3.A veces demostrado
Riesgo de úlcera por presión	-110115 Lesiones cutáneas	2.Sustancial	4.Leve	3.Moderado
	-110113 Integridad de la piel	2.Sustancialmente comprometido	4.Levemente comprometido	3.Moderadamente comprometido
Riesgo de lesión	-20107 Maniobras para entrar en la consulta de la matrona	2.Sustancial	4.Leve	4.Leve
	-301005 Ayuda en los traslados	2.No del todo satisfecho	5.Completamente satisfecho	4.Muy satisfecha
	180903 Estrategias para reducir el riesgo	1.Ningún conocimiento	4.Conocimiento sustancial	4.Conocimiento sustancial
	-180933 Dispositivos de seguridad adecuados para la actividad	1.Ningún conocimiento	4.Conocimiento sustancial	4.Conocimiento sustancial
Riesgo de perfusión tisular periférica	-193205 Controla signos y síntomas de formación de trombos y émbolos	3.A veces demostrado	5.Siempre demostrado	4.Frequeuentemente demostrado
	-193210 Utiliza las medidas de compresión según se recomienda	3.A veces demostrado	5.Siempre demostrado	4.Frequeuentemente demostrado

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud OMS La. Informe mundial sobre la discapacidad. Converg Educ. 2011;
2. Instituto Nacional de Estadística. Más de 3,8 millones de personas tienen discapacidad en España / Noticias / SINC [Internet]. España. 2012 [cited 2017 May 3]. Available from: <http://www.agenciasinc.es/Noticias/Mas-de-3-8-millones-de-personas-tienen-discapacidad-en-Espana>
3. Andalucía J de. La población con discapacidad en Andalucía. 2011;21-74.
4. Andalucía J de, Social, Consejería para la Igualdad y Bienestar. I Plan de Acción Integral para Mujeres con Discapacidad de Andalucía, 2008-2013. 2013;2008-13.
5. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. La salud en las mujeres con discapacidad. 2007;55. Available from: http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/salud/publicaciones/GuiaSalud/docs/Salud_XVII.pdf
6. Press E. Andalucía pone en marcha ocho consultas ginecológicas adaptadas a mujeres con discapacidad, una por provincia. 2012 [cited 2017 Apr 24]; Available from: <http://www.europapress.es/andalucia/sevilla-00357/noticia-andalucia-pone-marcha-ocho-consultas-ginecologicas-adaptadas-mujeres-discapacidad-provincia-20120822171129.html>
7. Campo M, Sánchez Ramos A. La mujer con lesión medular: sexualidad y maternidad. Rev Ter Sex y la Pareja [Internet]. 2003;16:1-12. Available from: <http://www.geishad.org.mx/MUJERCONLESIONMEDULAR.pdf>
8. Peláez A, Martínez B, Leonhardt M. Maternidad y Discapacidad. 1ª Edición. Colección Barclays Igualdad y Diversidad; 2009.
9. OMS. OMS | Lesiones medulares. Notas Descr [Internet]. 2013 [cited 2017 May 4]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs384/es/>
10. Sánchez-alcalá EM. Matronas profesión, Gestantes con discapacidad : a propósito de un caso de mujer con lesión medular. 2013;14(1):24-7.
11. Rufián D. Influencia de la lesión medular en el embarazo , parto y puerperio. 2015;0-4
12. Rodríguez S. Lesión medular: Clasificación ASIA - Centro Específico de Rehabilitación Neurológica. [Internet]. 2015 [cited 2017 May 4]. Available from: <https://www.neurofuncion.com/2015/07/24/lesion-medular-clasificacion-asia/>
13. Gomári M, Guisante M. Embarazo Parto y Puerperio en la mujer con lesión medular. Metas de Enfermería. 2000;30:24-9.
14. Herdman T, Kamitsuru S. NANDA international. Diagnósticos enfermeros; Definiciones y Clasificación. 2015th-2017th ed.
15. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 5º. 2013.
16. Bulechek G, Butcher H, Dochteerman J, Wagneer C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 6º. 2013.

SONRISAS EN NUESTROS MAYORES

SMILES IN OUR ELDERS

■ M^ª LUISA DE LAS CUEVAS BERNAL. ENFERMERA.

■ FRANCISCO JAVIER BERNET TOLEDANO. PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA. ENFERMERO ASISTENCIAL DE SALUD MENTAL, HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN MACARENA, SEVILLA.

RESUMEN: Se trata de una propuesta de programa de educación para la salud dirigido a la población de 65 años en adelante del municipio de Tomares, cuyo objetivo general es el fomento del envejecimiento activo.

La estrategia que se lleva a cabo es una búsqueda de información, y la posterior estructuración del programa. Este tiene una duración de diez meses, en los que se desarrollan varias sesiones; unas de actividad física, y otras sesiones educativas de conocimientos y/o procedimientos.

Como conclusión, debido al aumento mundial del número de personas longevas en las sociedades actuales y en las sociedades futuras; consideramos que este programa de salud, es de gran importancia; ya que, se obtendrá una sociedad mayor, con mejor calidad de vida, mayor autonomía en los autocuidados y mejor salud, lo que beneficia notoriamente esferas como la social, la económica y la sanitaria.

PALABRAS CLAVES: envejecimiento activo, salud, mayores.

ABSTRACT: This is a proposed program of health education aimed at the population aged 65 and older in the municipality of Tomares, the overall objective is to promote active aging. The strategy that is carried out is an information research, and the subsequent structuring of the program. The program has a duration of ten months, in which several sessions are held; some of them about physical activity, and other educational sessions of knowledge and/or procedures.

In conclusion, due to the worldwide increase in the number of long-lived people in current societies and in future societies; We consider that this health program has a great importance; so, it will be obtained a senior society, with better quality of life, greater autonomy in self-care and better health, which benefits notoriously public areas such as social, economic and health.

KEY WORDS: active aging, health, elders.

INTRODUCCIÓN

Este programa de salud pretende educar a las personas mayores en su última etapa de la vida a través de la mejora en el autocuidado promoviendo así, una vejez más saludable.

Durante el envejecimiento transcurren transformaciones biológicas, psicológicas y sociales propias del ciclo de la vida; que ocurren de forma continua, irreversible e inevitable, las cuales disminuyen la capacidad de adaptación del organismo a los cambios, disminuyen su funcionalidad y aumentan la vulnerabilidad de la persona a ciertas enfermedades.¹

El problema más inquietante que ha de poner solución en este grupo de población es, en términos de salud objetiva, el gran número de enfermedades, normalmente crónicas y con secuelas incapacitantes físicamente, que padecen estas personas. Además del elevado número de ingresos y re-ingresos hospitalarios a consecuencia del padecimiento de dichas enfermedades. Se considera que un 70-80% de la población española presenta problemas cardiovasculares, el 50-60% problemas osteomusculares, más del 90% problemas sensoriales, entre el 20-25% enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes mellitus y alrededor del 10% deterioro cognitivo. También, existen porcentajes elevados de personas que padecen insuficiencia renal crónica y patología digestiva; y además el aumento de la edad hace que los porcentajes en infecciones y procesos tumorales, se eleven en incidencia. Todo esto en relación al problema de dependencia que generan muchas de estas patologías y/o accidentes, puede afectar hasta un tercio de los españoles mayores de 65 años.²

El mundo envejece de forma progresiva y rápida. Estamos adentrándonos en un nuevo fenómeno, que altera nuestras estructuras demográficas y tiene amplias repercusiones sociales, económicas y culturales. En el envejecimiento, que ocupa más de un tercio de la vida, se deben garantizar oportunidades de formación, de participación activa en la vida familiar y social, de ocio, de expresión cultural, de deporte y así poder afrontar la etapa de jubilación satisfactoriamente.²

España es uno de los países con mayor proporción de población envejecida a nivel internacional. Según Naciones Unidas (2012) la comparación mundial del proceso de envejecimiento, posiciona a España entre los países más envejecidos. Debido al incremento de la esperanza de vida al nacer y a los niveles de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo, España en sus dos últimas décadas del siglo XX, ha experimentado la entrada a una nueva fase demográfica. Estos cambios en la población española han provocado un incremento del volumen absoluto y del peso relativo de las personas de 65 años.³

Los datos indican que la estructura de la población española envejecerá de forma acelerada y rápida. Se prevé que en el año 2050, habrá casi el triple, en valores porcentuales, de personas de más de 65 años que de niños.³

En Andalucía concretamente existe un 15.4% de población mayor de 65 años, quedando un 16.3 % de niños (0-14 años) y un 67.7% de personas entre los 15 y 64 años.³ Andalucía, no siendo una de las comunidades autónomas españolas más longevas, es una de las cuales no tiene presente un programa de salud preventivo para este grupo de población.

La prevención vinculada a una vejez exitosa y un aumento de la calidad de vida es nuestra meta a alcanzar, intentando llegar a obtener mayor grado de satisfacción y bienestar en las vidas de las personas mayores. No sólo es interesante prever la enfermedad y promover la salud porque la prevención primaria que se realiza hace descender la incidencia de enfermedades y aumenta el número de las personas que subjetivamente analizan tener mejor calidad de vida; sino que, en las sociedades actuales y con más hincapié en las generaciones futuras, el autocuidado saludable, fomentando el deporte y estilos de vidas saludables es lo más demandado. A diferencia del pasado, las generaciones de hoy, desean mejorar más rápidamente.⁴

Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y seguridad. La Organización Mundial de la Salud utiliza el término envejecimiento activo para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo.⁵

El envejecimiento activo es “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”.² Este término hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas; no sólo a la capacidad de estar activo físicamente o contribuir salarialmente. En un marco de envejecimiento activo, las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física.⁵ De este modo, se pretende evitar lo estigmático y se lucha por cambiar la visión social que se tiene de este grupo de población, la cual está vinculada al estereotipo de pasividad, enfermedad, declive y falta de autonomía personal.⁴

El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.⁵ Algunos de los factores que posibilitan un envejecimiento activo y saludable en las personas mayores, considerando a estas a partir de los 65 años o tras la jubilación, son: vigilar y cuidar su salud, actividad física, actividad mental, actividades placenteras, pensamiento positivo, mantener relaciones y vínculos, participar en el entorno y el sentido del humor.⁶

El envejecimiento activo lo situamos en el ámbito de la salud pública cuyo objetivo es promocionar la salud en el adulto mayor. Según la Carta de Ottawa, en la I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud en 1986, define esta como “el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore”. La Promoción de la Salud se nutre de muchas disciplinas y una de ellas es la Enfermería; tema que nos compete.⁷

Por todo esto expuesto anteriormente, es importante la existencia de un programa de salud donde la enfermera participe y realice una de sus funciones, la cual es la prevención primaria y/o promoción de la salud en este grupo de población, los adultos mayores; llevando a cabo de este

modo, el envejecimiento activo y exitoso. Además, a través de este proceso se da a conocer mejor el sistema socio sanitario, se aumenta la seguridad clínica de los usuarios, se fomenta la igualdad de sexos, y se brinda igualdad de oportunidades en los distintos grupos de población de la comunidad.

Por último, he de reflejar el avance que este tipo de programas de salud puede tener en el ámbito de las empresas, fomentando de este modo una jubilación activa y saludable en sus trabajadores próximos a la jubilación; y el gran potencial investigador que se desarrolla en este campo, puesto que a mayor evidencia científica en torno al tema, mejor y más numerosas serán las intervenciones.

OBJETIVOS

Para llevar a cabo la educación para la salud propuesta, hemos de trabajar en las siguientes áreas, que van a darle estructura a nuestro programa:

- Área 1: Coordinación institucional y participación social.
- Área 2: Promoción del envejecimiento activo, estilos de vidas saludables y la prevención de enfermedades.⁸

Objetivo general del programa: Fomentar el envejecimiento activo en las personas mayores destinatarias, del municipio de Tomares.

Objetivos específicos estructurados según áreas:

- **Objetivo 1:** Al finalizar, un 70 % cooperará con las instituciones y entidades implicadas en el programa de salud (pabellones deportivos, centros cívicos, clubs de jubilados y centros de salud). (Área 1)
- **Objetivo 2:** Un 90% participará en el programa de salud. (Área 1)
- **Objetivo 3:** Un 60% adquirirán 3 ideas generales sobre envejecimiento activo cuando acudan a las consultas de los centros de salud. (Área 1)
- **Objetivo 4:** Un 80 % expresarán sentimientos de motivación y mejora de sus conocimientos sobre envejecimiento activo. (Área 2)
- **Objetivo 5:** Al finalizar, un 60% habrá adquirido un estilo de vida saludable, por medio de cambios en sus actividades cotidianas. (Área 2)
- **Objetivo 6:** Un 70% describirá 4 problemas de salud que más afectan a la población mayor. (Área 2)
- **Objetivo 7:** Un 80% realizará actividades recreativas con vistas a la jubilación. (Área 2)
- **Objetivo 8:** Al finalizar, un 70% manifestará 4 razones que justifiquen la belleza de ser mayor, corrigiendo la visión social negativa existente en la sociedad de las personas mayores. (Área 2)
- **Objetivo 9:** Un 90% asistirá a dos sesiones de actividad física semanales para prevenir problemas de salud gerontológicos. (Área 2)
- **Objetivo 10:** Un 70% demostrarán la igualdad de género

en las personas mayores durante las sesiones de ejercicio físico. (Área 2)⁹

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTOS

Población diana. El programa va dirigido a personas con 65 años de edad en adelante, con autonomía para realizar las actividades diarias, que refleje según el índice de Barthel, una puntuación de 90 a 100 (rango de dependencia escasa a independencia) en el centro de salud de Tomares (Sevilla). (Anexo 1).

Divulgación. El programa se dará a conocer porque se distribuirán carteles informativos (Anexo 2) en el centro de salud, en el Ayuntamiento, los clubs de jubilados, así como en el pabellón deportivo público donde se llevarán a cabo las sesiones deportivas. A su vez, se publicitará en la página web del ayuntamiento y por la red social "Facebook". También servirán de medios de divulgación la radio y el periódico del municipio, dando a conocer de este modo a los usuarios, la información sobre el programa.

Respecto a los profesionales sanitarios del centro de salud, todos han de conocer el programa y promover la captación, informando sobre éste a quien sea usuario ideal; en las consultas o sesiones que desarrollen.

Duración. Este programa tiene una duración de 10 meses, comprendidos entre Septiembre y Junio (obviando los periodos festivos y meses de verano). Consta de un total de nueve sesiones de diferentes temáticas, cuya duración aproximada es de 1-1.30 horas cada una y el número de personas por sesión será máximo de 25 personas.

Metodología y técnicas educativas. La estrategia de intervención es grupal, dividiendo el programa en sesiones.

Las sesiones para los 10 meses de programa están organizadas según las dos áreas en las que hemos estructurado nuestro programa, considerando así:

- Para el área 1: "coordinación institucional y participación social"; una sola sesión en la que se pretende fundamentalmente la captación de la población. Se llevará a cabo en el mes de Septiembre.

- Para el área 2: "promoción del envejecimiento activo, estilos de vida saludables y prevención de enfermedades"; una sesión práctica de ejercicio físico que se repite dos veces a la semana durante los 10 meses que dura el programa; y siete sesiones educativas que se imparten cada 15 días. De manera que, se realiza una sesión introductoria en el mes de Octubre donde se le explica al usuario como está estructurado el programa y quiénes son los responsables; y es a partir de aquí cuando se comienza a llevar en paralelo las sesiones prácticas de actividad física (cuyo responsable es un experto en ciencias del deporte en personas mayores) y las sesiones educativas (cuyo responsables son profesionales de enfermería).

La propuesta de temas o actividades para las sesiones educativas han de ir cambiando cada vez que se inicia el programa en Septiembre, respetando siempre la sesión de introducción al principio del programa y la de despedida al final del mismo.

A lo largo del programa, se realizarán las evaluaciones oportunas, de manera que exista una evaluación inicial, procesual y final.

El método predominante en el programa es el expositivo y las técnicas educativas más utilizadas son: la charla, tormenta de ideas, representación teatral (role play), juego de conocimientos y discusión dirigida.

A continuación, se desarrollan las sesiones a llevar a cabo en el programa con las que se persigue el cumplimiento de los objetivos.¹⁰

AREA 1: COORDINACIÓN INSTITUCIONAL Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

SESION: CAPTACIÓN SOCIAL Y SENSIBILIZACIÓN DE LA POBLACIÓN

Tema/contenido educativo Se pretende la mayor difusión de información sobre el programa para fomentar la participación social y la sensibilización de la población. Es otra manera de incrementar la captación. Los conceptos a transmitir en esta sesión van a ser: envejecimiento activo y los lugares de los centros socioeducativos del municipio donde pueden acudir como forma de ocio, método de relajación y desconexión, por interés, etc.

Objetivos educativos operativos

- Un 80% de la población diana atendida se incorporará al programa de salud.
- Un 60% de la población diana atendida por los profesionales sanitarios visitarán los lugares socioculturales existentes en el municipio. (club de jubilado, pabellón deportivo, centro cívico, etc.)
- Un 60% describirán un listado con 5 habilidades que tiene que tener un mayor para conseguir un envejecimiento activo.

Metodología Se realizará una actividad de captación mediante el consejo en la consulta de enfermería cuando las personas de 65 años o más, solos, o acompañados de sus cuidadores; acudan a la misma. Aportaremos la información sobre él porque de promocionar el envejecimiento activo, los lugares sociosanitarios de la zona donde poder acudir y; finalmente, animaremos a realizar la inscripción en dicho programa. A lo largo del mes de Septiembre.

Material/recursos Consulta de enfermería, cartel sobre el programa, folleto municipal con la localización de los lugares sociosanitarios.

Evaluación Se verificará la adhesión al programa mediante el registro de los nombres de las personas a la que realizamos el consejo en la consulta y la comprobación de si han sido inscritos. Los objetivos de conocimiento y el objetivo de actitud se evaluarán en la primera sesión educativa, a las personas que se hayan inscrito; o en su defecto en una segunda consulta de enfermería.¹¹

Para llevar a cabo un cronograma de las sesiones que vienen a continuación, pertenecientes al área 2: "Promoción del envejecimiento activo, estilos de vidas saludables y la

prevención de enfermedades” de la estructura de nuestro programa; hay que tener en cuenta la duración del programa, de manera que estas se impartirían como se puede observar en la tabla 1.

AREA 2: PROMOCIÓN DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO, ESTILOS DE VIDA SALUDABLES Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

SESIÓN 1: FORMACION EN ENVEJECIMIENTO ACTIVO/PRESENTACIÓN.

Tema/contenido educativo

Se pretende una introducción a la dinámica de las sesiones educativas así como, al envejecimiento activo. Se explicará el paralelismo de las sesiones prácticas y las sesiones educativas, dando a cada asistente un horario con el cronograma. También, se realizará una presentación de los asistentes del grupo para ir creando vínculos entre los participantes.

Objetivos educativos operativos

- Presentación del 90% de los asistentes con la realización de un juego.
- El 80% manifestará verbalmente la comprensión del cronograma de las sesiones.
- Expresar 2 ideas sobre que es el envejecimiento activo.
- Describir 4 finalidades del envejecimiento activo para la salud.

Metodología

Las sesiones se van a realizar en dos días diferentes del mes de Octubre, en el periodo de 2 horas y media. El primer día es cuando se va a realizar el juego llamado Bingo que se usará para la presentación y conocimiento de los usuarios⁴; también se procederá a la explicación de la combinación de las sesiones de actividad física y las sesiones educativas.

En una segunda parte se realizara una tormenta de ideas sobre envejecimiento activo. El educador ha de introducir el concepto de envejecimiento activo y donde se originó, su importancia en la sociedad actual y sus finalidades para la salud.

Al final, ha de entregarse y realizarse la evaluación inicial (pretest).

Material/recursos

Aula, sillas, mesas, folios, fotocopias del cronograma en papel, bolígrafos, papel, pizarra, evaluación inicial (pretest) (Anexo 3)

Evaluación

La presentación se evaluará de acorde con el tiempo que ha de durar el juego y la participación de todos los asistentes.

La comprensión del cronograma se evaluará realizando tres preguntas verbales al grupo y se contabilizará el número de aciertos y el número de asistentes que comprendieron la dinámica de las sesiones; al igual que la tormenta de ideas, cuya evaluación consistirá en contabilizar número de ideas y de participantes.

Los conocimientos adquiridos sobre envejecimiento activo y sus finalidades en la salud, se evaluarán mediante un cuestionario que cada usuario habrá de rellenar al finalizar la sesión.

SESIONES PRÁCTICAS/ SESIONES DE ACTIVIDAD FÍSICA

Tema/contenido educativo Actividad física regular

Objetivos Educativos operativos

- Un 95% acudirá a las sesiones de ejercicio físico 2 veces por semana.
- Un 70% harán una inscripción a una competición deportiva sin distinción de sexo.

Metodología Se impartirán sesiones grupales de actividad física dos veces por semana, en pabellones deportivos públicos dirigidos por un profesional del deporte en personas mayores. Las sesiones se impartirán los días de la semana Lunes y Miércoles, y tendrán una duración de 1 hora por día. En estas, será dicho profesional del deporte quien dirija las clases, conozca la actividad a realizar, la metodología, etc. A Su vez se organizarán tres competiciones deportivas por periodo de programa, serán: pimpón, bailes de salón y yincana de orientación.

Material/recursos Pabellones deportivos con material deportivo que se considere necesario por parte del profesional del deporte, profesional del deporte, folios, hoja de registro, bolígrafo, reloj, cronómetro, radio, música.

Evaluación Se llevará un control sobre la asistencia a las sesiones deportivas por parte del profesional encargado, al igual que se realizará un informe al final de cada mes de Junio redactado por dicho profesional en el que se evalúe la dinámica del grupo, la integración del mismo, así como las características del equipo que considere oportunas y nos aporte datos sobre el buen funcionamiento de las sesiones deportivas grupales.

SESIÓN 2: ALIMENTACIÓN EQUILIBRADA.

Tema/contenido educativo: Se pretende fomentar una dieta equilibrada en este grupo de población, para ello se va a explicar el concepto: de dieta equilibrada, así como los grupos de alimentos existentes. También se va a exponer la pirámide de alimentación saludable semanal.⁸ Se reforzará la importancia del agua y la ingesta de minerales en las personas mayores.

Objetivos educativos operativos

- Un 80% describirá que es una dieta equilibrada.
- Un 70% conocerá la pirámide de alimentación saludable.
- Un 70% identificará 8 alimentos de su frigorífico y los clasificará según grupo de alimentos.

Metodología: Estas sesiones se van a realizar en dos días en el mes de Noviembre. El primer día, mediante una charla con apoyo audiovisual, se expondrán los conceptos de dieta equilibrada, grupo de alimentos y la pirámide de alimentación saludable. El segundo día, se refrescarán los conocimientos impartidos en la charla anterior mediante

un ejercicio participativo, intentando generar debate; y posteriormente, se realizará de un test individual en el que deberán clasificar 8 alimentos de su frigorífico en cada grupo de alimentos.

Material/recursos: Aula, mesas, sillas, proyector, ordenador con programación power point, folios, bolígrafos, pizarra.

Evaluación: Se utilizará el cuestionario para evaluar estos objetivos de conocimiento.

SESIÓN 3: RISOTERAPIA

Tema/contenido educativo: Fomento del humor como método terapéutico para combatir los aspectos negativos de la vida, así como muchas enfermedades.

Se realizarán distintas actividades en las que se refuerce el optimismo, la alegría y el disfrute de los asistentes. Se pretende fomentar la creatividad, la interpretación y la reflexión personal sobre temas cotidianos.

Objetivos educativos operativos

- El 100% ha de reír en algún momento de la sesión.
- Un 80% manifestará cambios de connotación positiva en la visión de la realización de los actos cotidianos.
- Un 90% participará en las actividades expuestas.

Metodología: Estas sesiones se van a llevar a cabo en el mes de Diciembre, Enero y Abril, en un total de tres días.

El primer día se manifestarán situaciones vividas personales por los asistentes a la sesión, en las cuales se hayan cometido errores, equivocaciones y/o “meteduras de pata”, donde se fomente el sentido del ridículo.⁹

El segundo día, se realizará un juego en el que los asistentes divididos en grupos de tres tendrán que ser un objeto de la sala y personalizar preguntas sobre dicho objeto.⁹

El último taller, consistirá en una interpretación a modo de role play de una escena de la vida cotidiana. Estas interpretaciones tienen de característico un juego de palabras que han de expresarse en la interpretación de las escenas.⁹

Material/recursos: Aula, folios, papel, pizarra, bolígrafos, mesas, sillas, cartulinas, rotuladores, así como los objetos que se deseen para el segundo taller.

Evaluación: Al final de cada sesión se expondrán tres preguntas abiertas a modo de cuestionario para evaluar dos de los objetivos.

Para evaluar la participación en las actividades de los talleres se recontarán el número de asistentes a cada sesión y el número de integrantes que se nieguen a realizar alguna actividad.

SESIÓN 4: TEATRO/ ROL PLAY/ MEMORIA

Tema/ contenido educativo: El contenido general de esta sesión es la visión que la sociedad tiene de las personas mayores y la jubilación en las personas mayores.²

Objetivos educativos operativos

- Un 70% escribirá en la pizarra un listado de actividades que desean hacer tras la jubilación.
- Un 70% escribirá 3 argumentos de manera individual de lo positivo y negativo que ve la sociedad de las personas mayores.
- Un 50% representará una situación deseada tras la jubilación o sobre la visión de la sociedad a las personas mayores.

Metodología: Estas sesiones se van a llevar a cabo en 2 días, uno en Febrero y otro en Marzo. Primero se dará una charla con apoyo audio visual sobre la visión que la sociedad tiene de las personas mayores. Posteriormente, se generará una tormenta de ideas sobre que desean hacer tras la jubilación. A continuación se les proyectará un video donde se observe una situación que vive la persona mayor de hoy en día; y se les explicará que tendrán que realizar una representación teatral similar en el próximo día de la sesión.

Material/recursos: Aula, sillas, pizarra, folios, bolígrafos, ordenador con programación power point, proyector.

Evaluación: Para evaluar los conocimientos adquiridos, harán de expresar por escrito, lo positivo y lo negativo que ve la sociedad de las personas mayores.

La participación en la tormenta de ideas y el role play se evaluará mediante el recuento de asistentes implicados en ello.

SESIÓN 5: PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Tema/ contenido educativo: Los contenidos van a ser: factores de riesgo de caídas en casa y en la comunidad, efectos de alguna medicación en relación con las caídas, y como evitar las caídas (posiciones al levantarse cuando se está sentado y tumbado, puntos de apoyo, la importancia del peso corporal, etc.).^{12,13}

Objetivos educativos operativos

- Un 80% identificará 4 factores de riesgo de caídas en su casa.
- Un 80% conocerá 4 medidas que prevengan las caídas.
- Un 80% expresará 3 consecuencias en su vida de una posible caída

Metodología: Se impartirá la segunda semana de Marzo. En ella, se explicarán mediante fotos los factores de riesgo existentes en las casas y en la comunidad, y a su vez se darán las medidas adoptar. Tras ello se hablará de alguna medicación que proporcione inestabilidad y sea común en las personas mayores su administración; y mediante un juego se irán poniendo fotos de ejercicios que se han de imitar.

Material/recursos: Aula, sillas, ordenador con programación power point, proyector, folios, bolígrafos.

Evaluación: Se evaluarán los objetivos a alcanzar mediante un test de verdadero o falso.

SESIÓN 6: CAMINATAS

Tema/ contenido educativo: Prevención de enfermedades

más comunes en la vejez mediante paseos andando, en contacto con el medio ambiente.

Objetivos educativos operativos: Al menos un 70% identificará 3 enfermedades comunes en la vejez que se estén previniendo mediante las caminatas.

Metodología: Se impartirán en los meses de Mayo y Junio a una hora temprana del día (por la elevada temperatura que hace en los meses en los que se imparten). Se realizarán paseos en contacto con la naturaleza de 45 minutos cada uno. Tras ello se organizara una tormenta de ideas donde se expongan las enfermedades más comunes en la vejez que se puedan estar previniendo mediante las caminatas realizadas, dando a conocer así, las enfermedades más prevalentes en este grupo de población y la relación a la prevención.

Material/recursos: Medio ambiente, botellas de agua, ropa adecuada.

Evaluación: Se evaluará los conocimientos mediante la participación de los asistentes y los conocimientos expresados.

SESIÓN 7: DESPEDIDA/EVALUACIÓN

Tema/ contenido educativo: Se pretende realizar una serie de conclusiones finales.

Objetivos educativos operativos

- Un 70% participará en la despedida aportando algo para comer o beber.
- Un 80% expresará 3 aspectos positivos sobre el programa.
- Un 80% verbalizará que supone en su vida un programa de este tipo.

Metodología: Se llevará a cabo en la sesión final del programa en el mes de Junio. Participarán los asistentes al programa aportando algo para comer y/o beber organizando así una merienda de despedida fomentando la integración social, estrechando lazos relacionales. En ella se preguntará de manera generalizada la opinión del programa de cada asistente de forma oral. Posteriormente se realizará un cuestionario por escrito con tiempo para reflexionar sobre el programa.

Material/recursos: Aula, sillas, folios, bolígrafos, servilletas, platos, vasos, agua, cubiertos, evaluación final (protest) (Anexo 4).

Evaluación: Cuestionario final.

CONCLUSIONES

Cada conclusión esta numerada de igual manera y forma que el objetivo específico al que se refiere.

Conclusión 1: Dar a conocer los diferentes lugares culturales del municipio fomenta la diversidad entre los planes de ocio de las personas mayores, además de hacerlos más autónomos.

Conclusión 2: si se hace la captación de la población adecuadamente, también se puede fomentar la inscripción al mismo por el “boca a boca” hacia otras personas.

Conclusión 3: Se ha de formar al resto de los enfermeros/as del centro de salud en el tema de envejecimiento activo, ya que los hacen más partícipes y podría incluirse como uno de los objetivos del año del centro de salud.

Conclusión 4: la población debe poseer conocimiento sobre las medidas o estrategias a seguir para el fomento de su autocuidado efectivo, para fomentar su salud en la vejez y adoptar estilos de vida saludables.

Conclusión 5: el cambio de conductas en las personas mayores es un objetivo difícil de alcanzar ya que esta etapa del ciclo vital realizamos las actividades y adoptamos conductas por costumbre y rutina, y estas son difícilmente modificables; pero no es imposible. Así, cuando se realice el primer grupo del programa, los asistentes a la misma harán la promoción a otros mayores, y lo puede hacer también al programa, lo que supondrá un referente en el pueblo y en la Atención Primaria.

Conclusión 6: es importante dar a conocer a la población mayor la posible evolución bio-psico-social que van a sufrir en sus organismos, y que medidas pueden optar para que su evolución no sea negativa.

Conclusión 7: Muchos síndromes ansiosos-depresivos en esta edad, son producidos por la mala adaptación a la jubilación. El ocio, las actividades recreativas y el aprendizaje son buenas estrategias para combatir el aburrimiento, el tiempo libre, y sustituir a la rutina de trabajo.

Conclusión 8: fomentar el optimismo en este grupo de población frente al aspecto negativo que existe como visión social generalizada, es muy importante para fomentar la seguridad de uno mismo, la autoconfianza y la felicidad en última instancia.

Conclusión 9-10: a través del ejercicio y el deporte se fomenta una psicología positiva y se evita el sedentarismo. Además, se establecen relaciones interpersonales con iguales, se fomenta la igualdad de sexos y también es una estrategia de ocio. Mediante la actividad física se produce un aumento de las endorfinas naturales que están implicadas en nuestro estado anímico.

Como opinión personal, pienso que un programa así, que combina la actividad física con las sesiones educativas, puede ser una buena estrategia para cambiar, y fomentar el optimismo en las personas mayores. Además, debido a la actualidad sanitaria y al aumento de volumen de este grupo de población, considero muy necesaria esta estrategia de prevención, puesto que se está generando una situación insostenible para el país. Debemos cuidar a nuestros mayores y tomar ejemplos de otras culturas o etnias, como puede ser la etnia gitana. También, expreso mi satisfacción al investigar sobre este tema, reflejo la posibilidad que este programa abre a la investigación enfermera y a nuevas líneas de cuidados, fomentando entre otras habilidades, la creatividad entre los profesionales. Los/as enfermeros/as hemos de concienciarnos sobre el cuidado en el usuario

sano, como primer escalón que subir y en el que trabajar, y considerar a la persona como un ser integral.

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a la consejería de salud de Valencia y Bilbao

por facilitarnos la documentación necesaria acerca de sus programas de salud sobre envejecimiento activo y a D. Javier Bernet Toledano, como tutor del trabajo Fin de Grado, por servirme de guía en estos meses y por su rápida disponibilidad.

ANEXO 1. ÍNDICE DE BARTHEL



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA –BARTHEL-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 10 ítems tipo likert. El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos. A menor puntuación, más dependencia; y a mayor puntuación, más independencia. Además, el Índice Barthel puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías – las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos – resultando un rango global entre 0 y 20. Los puntos de corte sugeridos por algunos autores para facilitar la interpretación son:

- 0-20 dependencia total
- 21-60 dependencia severa
- 61-90 dependencia moderada
- 91-99 dependencia escasa
- 100 independencia

Comer

10	Independiente	Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	Para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	Necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse – bañarse –

5	Independiente	Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)
5	Necesita ayuda	Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa -

10	Continente	Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	Incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15	Independiente	Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10	Mínima ayuda	Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5	Gran ayuda	Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0	Dependiente	Necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente	Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10	Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5	Independiente en silla de ruedas	En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0	Dependiente	Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	Supervisión física o verbal
0	Dependiente	Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)

Fecha						
Puntuación Total						

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA – BARTHEL-**Bibliografía**

- Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. South Med J 1958; 51: 605-609.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65.
- Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60: 14-17.
- Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60: 145-154.
- Shah S, Vanday F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. J Clin Epidemiol 1989; 42: 703-709.
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol. 1993; 28: 32-40.

TABLA 1. CRONOGRAMA DEL PROGRAMA

Se presenta el número de sesiones que se realizan al mes, y que temas se explicarán en los mismos.

Meses	Nº de sesiones educativas al mes	Temas
Octubre	2	Formación en envejecimiento activo Presentación 1
A partir de aquí, comienzan paralelamente las <i>sesiones prácticas/ sesiones de actividad física</i> y las sesiones educativas, según el horario establecido.		
Noviembre	2	Alimentación equilibrada 2
Diciembre	1	Risoterapia 3
Enero	1	Risoterapia 3
Febrero	1	Teatro/ Rol play/ Memoria 4
Marzo	2	Teatro/ Rol play/ Memoria 4 Prevención de caídas 5
Abril	1	Risoterapia 3
Mayo	2	Caminatas 6
Junio	2	Caminatas 6 Despedida/evaluación 7

ANEXO 2. CARTEL INFORMATIVO. Cartel informativo para fomentar la captación y adhesión al programa.



ANEXO 3. EVALUACIÓN INICIAL. Propuesta para realizar la evaluación inicial del programa entre los participantes.

EVALUACIÓN INICIAL (Pretest)

1. ¿Conoce que es el envejecimiento activo? Expresé su idea sobre ello.
2. ¿Asiste a algún lugar del municipio donde pasar su tiempo libre?
3. ¿Considera importante el deporte para la salud? ¿Se considera capaz de realizar deporte?
4. ¿Sabría describir un almuerzo equilibrado? Ponga un ejemplo.
5. ¿Considera el humor importante para la salud? ¿Por qué?
6. ¿Qué actividades podría hacer para entretenerse y desarrollar su ocio?, haga una lista.
7. ¿Considera que se podría realizar algún cambio en su hogar para evitar las caídas? Ponga un ejemplo.
8. ¿Qué enfermedades conoce que sean comunes en la vejez?
9. ¿Considera que hacerse viejo es negativo? ¿Por qué?

ANEXO 4. EVALUACIÓN FINAL . Propuesta para realizar la evaluación final del programa entre los participantes.

EVALUACIÓN FINAL (Postest)

1. ¿Qué le ha parecido el programa de salud y su metodología? ¿Le ha gustado combinar el ejercicio físico con las sesiones educativas?
2. ¿Cómo evaluaría a los responsables de cada sesión?
3. En relación con las sesiones de actividad física, ¿cómo se ha sentido? ¿Qué mejoraría?
4. ¿Sabría describir un almuerzo equilibrado?, ponga un ejemplo.
5. ¿Considera el humor importante para la salud? ¿Por qué?
6. ¿Qué actividades podría hacer para entretenerse y desarrollar su ocio?, haga una lista.
7. ¿Qué sitios nuevos conoce en su municipio donde poder ir y desarrollar su ocio?
8. ¿Ha cambiado algún quehacer cotidiano desde el inicio del programa? Si es afirmativa la respuesta, ¿Lo considera importante?
9. Expresé tres cambios positivos que se podrían realizar en la casa para prevenir las caídas.
10. ¿Qué enfermedades conoce que sean comunes en la vejez?
11. ¿Considera que hacerse viejo es negativo? ¿Por qué?
12. ¿Desea expresar alguna reflexión final, positiva o negativa, sobre el programa, docentes, su metodología o su estructura? Hágalo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mishara BL, Riedel RG. El proceso de envejecimiento [Internet]. 2000 [cited 2015 Mar 13]. Español. Disponible en: <https://books.google.com/books?hl=es&lr=&id=P1WSN0NT-hoC&pgis=1>
2. López JMV. Envejecimiento activo. Libro blanco. Infocop [Internet]. 2011; español.
Disponible en: http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/8088_8089libroblancoenv.pdf
3. Mayores LP. Informe 2012. INMERSO. Secretaria de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. España. 2012.
4. Métodos y medios en promoción y educación para la salud [Recurso electrónico] Carles Aguilar [et al.] [Internet]. Barcelona: Editorial UOC; 2004 [cited 2015 Mar 31]. Español. Disponible en: http://encore.fama.us.es/iii/encore/record/C__Rb2514407__Seducacion para la salud__Ff:facetcollections:3:3:Recursos:electr%C3%B3nicos::__Orighresult__U__X6?lang=spi&suite=cobalt
5. Org SG, Transmisibles EN, Transmisibles EN, Envejecimiento S, Este CV, Vital C, et al. Envejecimiento activo: un marco político*. 2002; 37: 74–105. Español.
6. Promoción y educación para la salud [Recurso electrónico]: tendencias innovadoras / Rogelia Perea Quesada (directora) [Internet]. Madrid: Díaz de Santos; 2009 [cited 2015 Mar30]. Español. Disponible en: http://encore.fama.us.es/iii/encore/record/C__Rb2163878__Seducacion para la salud__Ff:facetcollections:3:3:Recursos:electr%C3%B3nicos::__P0,4__Orighresult__U__X6?lang=spi&suite=cobalt
7. Antón Nardiz MV. Enfermería y atención primaria de salud: de enfermeras de médicos a enfermeras de la comunidad / María Victoria Antón Nardiz [Internet]. Madrid: Díaz de Santos; 1989 [cited 2015 Mar 22]. Español. Disponible en: http://encore.fama.us.es/iii/encore/record/C__Rb1489055__Senfermeria y atencion primaria de salud__Orighresult__U__X7?lang=spi&suite=cobalt
8. Aured T, Franc M. La dieta equilibrada. Pdf [Internet]. 2008; 1: 1–19. Español. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916_spa.pdf
9. Rodríguez I, Ángel. El valor terapéutico del humor. 3ª.ed. Spanish. Editorial Desclee de Brouwer. [Internet]. [cited 2015 Apr 14]. Español. Disponible en: <http://0-site.ebrary.com.fama.us.es/lib/unisev/detail.action?docID=10472526>
10. Salud para personas mayores. Área de Salud y Consumo. [Programa de Salud de Atención Primaria] Bilbao. 1986. Español
11. Orts A. Enrique; Quiles I, Joan; Esteban B. Valentín. Estrategia de envejecimiento activo de la Comunidad Valenciana [Servicio de Planes, Programas y Estrategias de Salud]. 2013. Español.
12. Falls in older people overview. NICE (National Institute for Health and Care Excellence). Manchester 2014; (March). Ingles
13. Alcántara Sánchez Millán P. Ejercicio Físico y prevención de osteoporosis, caídas y fracturas. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 2013; español. Disponible en: <https://www.segg.es/pretema.asp?cod=34>

ASOCIACIÓN ENTRE LOS DETERMINANTES PERSONALES, FAMILIARES Y SOCIALES CON LA OBESIDAD INFANTIL EN ESPAÑA: REVISIÓN

ASSOCIATION BETWEEN PERSONAL, FAMILIAL AND SOCIAL DETERMINANTS WITH PEDIATRIC OBESITY IN SPAIN: A REVIEW

■ ELISABET ESCOBEDO MESAS. ENFERMERA ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA. ENFERMERA DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD. SEVILLA.
 ■ ANTONIO GRANDE TRILLO. MÉDICO INTERNO RESIDENTE DE CARDIOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DEL ROCÍO. SEVILLA.

RESUMEN: El objetivo del estudio es valorar la relación entre obesidad infantil y antecedentes paternos, familiares y socioeconómicos. **Métodos:** Revisión de la bibliografía de los últimos 10 años que incluía población española en las bases de datos Scopus e ISI Web of Science. **Resultados:** La dieta y el ejercicio reducen el riesgo de obesidad infantil $\geq 4\%$ y si se incluye a la familia en la planificación la reducción incrementa 1.13% más. Si solo se interviene con planes educativos alcanza el 4.39%. En estudios observacionales se detectaron elementos preventivos como la lactancia materna prolongada, alto nivel educativo materno, consumo habitual de chocolate o lácteos. También se establecieron factores de riesgo, destacando factores parentales como: la obesidad, el bajo nivel educativo, la actividad laboral materna, etc. **Conclusiones:** La combinación de dieta, ejercicio y educación incluyendo la participación familiar parece una estrategia efectiva de reducción de la obesidad infantil. Sin embargo, la clave es la prevención y por tanto, los factores de riesgo deben dar la voz de alarma a los sanitarios. **PALABRAS CLAVE:** factores de riesgo, obesidad infantil, sobrepeso, determinantes sociales de la salud, padres, factores socioeconómicos.

ABSTRACT: The aim of the study is to assess the relation between pediatric obesity and parental, familial and socioeconomic determinants in Spain. **Methods:** Review of the published literature in the last 10 years that included Spanish population in data bases Scopus and ISI Web of Science. **Results:** Diet and exercise reduce the risk of pediatric obesity $\geq 4\%$ and if the family is included in planning the reduction, it increase by 1.13% more. If you only interfere with educational plans, a 4.39% is reached. Moreover, observational studies detected preventive elements such as prolonged breastfeeding, maternal education and regular consumption of chocolate or milk; and risk factors such as parental obesity, parental low education level, maternal labour activity, etc. **Conclusions:** The combination of diet, exercise and education including family involvement seems to be an effective strategy to reduce pediatric obesity. However, the key to change the upward trend in obesity is the prevention. Therefore, risk factors should pay attention to healthcare professionals. **KEY WORDS:** Risk Factors, Pediatric Obesity, Overweight, Social Determinants of Health, Parents, Socioeconomic Factors.

FUNDAMENTOS:

Según la encuesta nacional Española de salud de 2011-2012, la prevalencia de obesidad y sobrepeso infantil entre dos y diecisiete años alcanza un 27,8%. Uno de cada 10 niños tiene obesidad y dos sobrepeso, siendo similar en ambos sexos y más prevalente en la franja de edad de los dos a los nueve años

Existen limitaciones de la Encuestas Nacionales de Salud especialmente porque son datos autoreferidos, lo que conlleva a una infraestimación del exceso de peso. Para hacer mención a un estudio epidemiológico relevante, tenemos el denominado estudio enKid, del que se obtuvieron datos sobre la prevalencia de la obesidad infantil y juvenil en España, tomándose medidas del peso y talla mediante procesos estandarizados entre el 1998 y el 2000. Han pasado 15 años desde su realización por lo que sus datos han quedado antiguos por los notables cambios demográficos sufridos por nuestro país en los últimos años

También debemos destacar el estudio ALADINO (Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad) que fue desarrollado durante el curso escolar 2010/2011 en

7.659 niños y niñas de 6 a 9 años de edad, con el objetivo de estimar la prevalencia de la obesidad infantil en España y tratar de caracterizar los determinantes más importantes. Sin embargo, dicho estudio no contempla demasiados aspectos relacionados con factores paternos.

Tomando como referencia los estándares de la Organización Mundial de la Salud (OMS), con el estudio ALADINO, se halló en España un 26,2% de niños con sobrepeso y 18,3% de obesidad, por lo que el exceso de peso según criterios de la OMS incluyendo sobrepeso y obesidad se situó en un 44,5%, un dato realmente preocupante

OBJETIVO:

Nuestro estudio pretende valorar la relación entre la obesidad infantil y los antecedentes paternos, familiares y socioeconómicos en España.

MÉTODOS:

Se trata de un estudio descriptivo de las publicaciones científicas relativas a la obesidad infantil y sus desencadenantes socio-económicos y familiares. Para ellos se realizó una búsqueda avanzada utilizando los operadores booleanos

para localizar todos los artículos de obesidad infantil que se relacionaban con los uno de los siguientes descriptores en ciencias de la salud: factores de riesgo o determinantes sociales de la salud o padres o familia. El universo de estudio lo compusieron las publicaciones nacionales realizadas entre 2005 y 2015 que en marzo de 2015 constaban en las bases de datos Scopus e ISI Web of Science.

Mediante la búsqueda anteriormente descrita en Scopus se localizaron 862 trabajos publicados, de los cuales 28 fueron nacionales o contaron con participación nacional.

En la base de datos ISI Web of Science se localizaron 494 artículos, siendo de procedencia española o contando con su participación en 10 de ellos y excluyéndose 6 de los resultados por ser coincidentes con alguno de los resultados seleccionados de Scopus.

El análisis de la información consistió, por tanto, en la lectura detallada de los 32 artículos, excluyendo los artículos que pese a obtenerse en la búsqueda no estaban relacionados con el objetivo de nuestro estudio. Se realizó a continuación un proceso de síntesis de los restantes estudios, registrándose datos estadísticos básicos relacionados con la obesidad infantil en tablas resumen y agrupándolos en estudios intervencionistas o experimentales, observacionales de factores protectores de obesidad y observaciones de factores de riesgo de obesidad.

RESULTADOS

Cuatro fueron las publicaciones encontradas que desarrollaron estudios intervencionistas, cuyos resultados se sintetizan en la tabla 1 y que a continuación quedan detallados:

Lison JF et al.⁽¹⁾ realizaron un estudio de cohortes para comparar la efectividad de dieta junto con ejercicio aplicado en una clínica hospitalaria (n=45) en relación a la puesta en práctica en el hogar (n=41), existiendo un grupo control en el que no se realizaba intervención (n=24). Los resultados mostraron una reducción del porcentaje total de grasa del 4% en el grupo de la clínica frente a un 4,4% del grupo que lo realizó en el hogar, ambos con diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control (p<0,0001). También hubo una reducción de 4,4 cm en la circunferencia de la cintura en el grupo de intervención en el hogar (p = 0,019).

Bermudez de la Vega JA et al.⁽²⁾ bone age, and bone mineral density (BMD) elaboraron un estudio prospectivo de 1 año de duración con 50 niños entre 6 y 13 años con el objetivo de identificar cambios antropométricos, de la edad ósea y densidad ósea tras de un programa de adelgazamiento familiar (modificación progresiva de la alimentación, aumento del ejercicio físico aeróbico y participación activa de los padres). La pérdida de índice de masa corporal (IMC) fue de $-5,17 \pm 9,73\%$ (p > 0,05) y la densitometría de columna lumbar tampoco cambió significativamente. Sin embargo, se observó que la intervención retrasó la tasa de maduración ósea sin afectar a la predicción de altura en la edad adulta, lo que refleja una situación de maduración ósea temprana en procesos de obesidad.

Weber M et al.⁽³⁾ llevaron a cabo un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico europeo, doble ciego, que incluyó a neo-

natos sanos nacidos y con el objetivo de ver si la reducción de la proteína en la fórmula infantil reducía el índice de masa corporal y la prevalencia de obesidad a 6 años. Los resultados plantearon que los niños que tomaron fórmula con mayor contenido proteico tenían un IMC significativamente mayor a los 6 años de edad, siendo el riesgo de ser obesos un 2,43 veces mayor que en el grupo de fórmula de bajo contenido proteico (p = 0,024). Las medidas antropométricas entre los amamantados y los que tomaron fórmula baja en proteínas eran similares. Evitar los alimentos infantiles que proporcionan la ingesta de proteínas excesivas podría contribuir a la reducción de la obesidad infantil.

En Cataluña, Tarro L et al.⁽⁴⁾ realizaron un estudio para comparar las medidas antropométricas, hábitos alimentarios y estilos de vida en dos grupos: un grupo intervención asignado al azar en 24 escuelas de 1.222 alumnos en el que la intervención consistía en 12 sesiones a lo largo de dos cursos escolares impartiendo 8 temas relacionados con la promoción de la salud, y por otro lado, un grupo control de 14 escuelas con 717 alumnos. Los resultados mostraron que la prevalencia de obesidad disminuyó un 2,36% en el grupo intervención (del 9,59% al 7,23%) y aumentó un 2,03% en el grupo control. La diferencia entre ambos grupos fue, por tanto, de 4,39% (IC 95%: 3,48-5,30). Además, el grupo intervención realizó un 5,1% más de actividad física (definida como más de 5 horas semanales) que el grupo control (p = 0,02). Al margen de los objetivos del estudio, también se observó que el consumo de pescado fue un factor protector (OR = 0,39; IC 95%: 0,23-0,67), mientras que el consumo de "comida rápida" fue un factor de riesgo (OR = 2,27; IC 95%: 1,08-4,77)

Por otro lado, se analizaron las aportaciones estadísticas más relevantes de diez estudios observacionales cuyos datos más relevantes quedan esquematizados en las tablas 2 (aquellos que estudiaron los factores presumiblemente predisponentes de obesidad) y tabla 3 (los que analizaban factores presumiblemente preventivos de obesidad infantil).

Bammann K et al.⁽⁵⁾ peri- and postpartum risk factors on the risk of obesity at age 2 to 9. METHODS: A case-control study with 1,024 1:1-matched case-control pairs was nested in the baseline survey (09/2007-05/2008) confeccionaron una investigación mediante estudio de casos y controles, basado en la participación de un programa llamado IDEFICS que incluía a 7 países de la Comunidad Europea. El objetivo fue determinar los factores de riesgo de obesidad entre los niños de 2 a 9 años en relación a los factores pre, peri y post-parto. Entre los resultados destacó, con análisis multivariante, el mayor peso gestacional (OR = 1,02; IC 95% 1,00-1,04), el tabaquismo durante el embarazo (OR = 1,48; IC 95%: 01,08 - 02,01), parto por cesárea (OR = 1,38; IC 95% 1,10 - 1,74), IMC elevado de la madre (OR = 1,16; IC 95% 1,11-1,20) e IMC elevado del padre (OR = 1,11; IC 95% 1,07-1,16). En cambio la lactancia materna de 4 a 11 meses (OR = 0,77; IC 95% 0,62 - 0,96) se mostró como un factor preventivo.

Olafsdottir S et al.⁽⁶⁾ publicaron, asociados también al programa IDEFICS, un estudio de cohortes para valorar la asociación entre el tiempo invertido en ver la televisión y videojuegos con el aumento del IMC y el consumo de bebidas

endulzadas. Se alcanzó una muestra de 16 225 niños. Los padres rellenaron cuestionarios sobre estilos de vida de sus hijos, incluyendo un cuestionario de frecuencia de alimentos y se tomaron medidas antropométricas. Los resultados mostraron por cada hora diaria de televisión o videojuegos, la probabilidad de estar en el quintil más alto del IMC aumentaba 1,23 veces (IC 95%: 1,14 – 1,32) y la probabilidad de aumentar el consumo de bebidas azucaradas 1,19 veces (IC 95%: 1,29 – 1,9).

Nappo A et al.⁽⁷⁾ divulgaron, también con la colaboración de IDEFICS, un estudio que reclutó a 6616 niños entre 2 y 9 años en los que valoraron niveles de proteína C reactiva, glucosa e insulina, completándose en 4110 de ellos un seguimiento de 2 años. Los análisis transversales a la inclusión de los sujetos en el estudio revelaron que mayores concentraciones plasmáticas de proteína C reactiva se asociaron a valores más altos de IMC, perímetro de cintura y niveles de colesterol HDL. Además, mediante análisis estadístico multivariante se determinó que los niveles superiores a 0,180 mg/dl de proteína C reactiva iban asociados al incremento de obesidad y sobrepeso infantil durante el seguimiento en el sexo masculino (OR 2; IC 95%: 1,1 – 3,5) y femenino (OR 2,6; IC 95%: 1,4 – 4,7).

Sparano S et al.⁽⁸⁾, en colaboración con el programa IDEFICS como los anteriores, estudiaron la relación entre macrosomía fetal acompañada o no de diabetes gestacional con un aumento de IMC, perímetro abdominal y grasa estimada por pliegue cutáneo en una población infantil de 6±1,8 años de edad. Los resultados revelaron que la macrosomía fetal, independientemente de diversos factores de confusión analizados, fue un factor de riesgo para el desarrollo de obesidad infantil en el caso de madres no diabéticas tanto en niños (OR 1,7; IC 95% 1,3-2,2) como en niñas (OR 1,6; IC 95% 1,3-2), así como en el caso de madres diabéticas exclusivamente en niñas (OR 2,6; IC 95% 1,1-6,4) y no alcanzando la significación en el sexo masculino.

Cuenca-García M et al.⁽⁹⁾ as well as other markers of total and central body fat, in adolescents. METHODS: This study comprised 1458 adolescents (ages 12.5-17.5) and elaboraron un estudio transversal para determinar si un alto consumo de chocolate se asociaba a un menor índice de masa corporal. Se realizó un registro alimentario a 1458 adolescentes a los que se les calculó IMC, circunferencia de cintura y adiposidad mediante pliegues cutáneos (ecuación de Masacre) y análisis de impedancia bioeléctrica. Un mayor consumo de chocolate se asoció con menores niveles de grasa total y central según lo estimado por IMC (β : -0,004, P: 0,003), menor grasa corporal estimada a partir de pliegues cutáneos (β : -0,008, P: 0,011), menor porcentaje de grasa según impedancia bioeléctrica (β : -0,011, p: 0,012) y menor circunferencia de cintura (β : -0,008; p: 0,009), independientemente del sexo, la edad, la madurez sexual, la energía total, grasa saturada, consumo de frutas y hortalizas y actividad física.

Miqueleiz E et al.⁽¹⁰⁾ desarrollaron un estudio que pretendía conocer las tendencias en la prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los niños y adolescentes españoles de acuerdo con el nivel socioeconómico del hogar familiar y

lugar de residencia en el período 1987-2007, basado todo ello en la Encuesta Nacional de Salud. Se observó que la prevalencia de sobrepeso fue menor en niños 5 – 9 años que provenían de familias con alto nivel de educación (OR = 0,81; IC 95% 0,68-0,98). En el grupo de edad de 10 – 15 años de familias que tienen un bajo nivel educativo se observó una tendencia ascendente estadísticamente significativa ya que la prevalencia de sobrepeso fue del 13,1% en 1987 y 31,5% en 2007, siendo mayor el incremento en las provincias con menos recursos económicos.

Bassols J et al.⁽¹¹⁾ estudiaron si las inmunoglobulinas circulantes (IgG, IgA e IgM) se relacionaban con la presencia de sobrepeso y otros marcadores de riesgo metabólico en niños pre-púberes. Los niños con sobrepeso presentaron mayores niveles séricos de IgG e IgA ($p \leq 0,01$) aunque no de IgM, lo que se asoció con un fenotipo metabólico menos favorable: mayor resistencia a la insulina ($\beta = 0,308$, $p = 0,017$) y altos valores de triglicéridos ($\beta = 0,343$, $p = 0,006$). Estos resultados sugieren una relación entre la inmunidad adaptativa y la resistencia a la insulina en la obesidad infantil.

Bel-Serrat S et al.⁽¹²⁾ llevaron a cabo un estudio multicéntrico transversal dirigido a adolescentes de 10 ciudades europeas, entre ellas Zaragoza (España), con el objetivo de valorar la relación entre el consumo de productos lácteos y el desarrollo de factores de riesgo cardiovascular. Con una muestra de 511 adolescentes de ambos sexos, se valoraron diversos factores antropométricos y metabólicos. Los resultados mostraron que un alto consumo de lácteos estaba asociado menor contorno de cintura en niños ($\beta = -0,176$, $p = 0,02$;) y niñas ($\beta = -0,221$, $p = 0,003$) y menor suma de pliegues cutáneos en niños ($\beta = -0,154$, $p = 0,023$) y niñas ($\beta = -0,142$, $p = 0,046$).

Costa-Fonto J y Gil J⁽¹³⁾ when different forms of intergenerational transmission are controlled for. We also estimate and decompose income related inequalities in child obesity. We take advantage of a uniquely constructed dataset from Spain that contains records from 13,358 individuals for a time period (years 2003-2006) and estudiaron las influencias paternas en la obesidad infantil. Para ello analizaron la Encuesta Nacional de Salud Española valorando los años del 2003 al 2006. Se realizaron diversas medidas de correlación entre la obesidad infantil y varios factores paternos, existiendo correlación estadísticamente significativa entre la obesidad infantil con el nivel educativo de los padres, la obesidad de estos ($\beta = 0,741$, $p = 0,05$) y la actividad laboral materna ($\beta = 0,09$; $p = 0,006$).

Rey-López JP et al.⁽¹⁴⁾ the frequency of meals while watching TV and the presence of TV set in the bedroom with total and abdominal obesity and to assess whether physical activity (PA) valoraron la relación entre el tiempo invertido en ver la televisión y la obesidad infantil, ajustado por horas de ejercicio físico. Se observó que tener una televisión en el dormitorio implicaba mayor riesgo de obesidad (OR 1,33, IC 95% 1,01-1,74), así como ver la televisión más de 4 horas al día (OR: 1,30, IC 95% 1,02-1,67) y comer diariamente con la televisión (OR: 1,18; IC 95% 1,07-1,30) independientemente de las horas de ejercicio realizada.

TABLA 1. ESTUDIOS INTERVENCIONISTAS O EXPERIMENTALES. IMC: ÍNDICE DE MASA CORPORAL

	Grupo Intervención	Grupo control	Objetivo del estudio	Reducción absoluta del riesgo	Nivel de significación estadística
Lison FL et al.⁴	Programa de dieta y ejercicio en casa	No actuación	Reducción del % total de grasa	4,40%	p <0,0001
Lison FL et al.⁴	Programa de dieta y ejercicio en hospital	No actuación	Reducción del % total de grasa	4,00%	p <0,0001
Bermudez de la vega JAB et al.⁵	Programa de adelgazamiento familiar	No actuación	Tasa de obesidad	5,13%	p > 0,05
Weber M et al.⁶	Fórmula de lactancia alta en proteínas	Fórmula de lactancia baja en proteínas	Reducción de IMC	5,60%	p = 0,024
Tarro L et al.⁷	12 sesiones formativas en la escuela	No actuación	Tasa de obesidad	4,39%	P = 0,01

TABLA 2. ESTUDIOS OBSERVACIONALES EN LOS QUE SE DESCRIBEN FACTORES DE RIESGO DE OBESIDAD INFANTIL. PCR: PROTEÍNA C REACTIVA; DM: DIABETES MELLITUS; TV: TELEVISIÓN

Autor/es	Factor de riesgo	Variable dependiente	Medida de impacto (OR / RR)	Coefficiente de correlación (beta)	Nivel de significación estadística
Bammann K et al.⁸	Cesárea	Tasa de obesidad	1,38		p < 0,05
Bammann K et al.⁸	Obesidad de la madre	Tasa de obesidad	1,16		p < 0,05
Bammann K et al.⁸	Obesidad del padre	Tasa de obesidad	1,11		p < 0,05
Olafsdottir, S et al.⁹	Cada hora de televisión	Tasa de obesidad	1,23		p < 0,05
Olafsdottir, S et al.⁹	Cada hora de televisión	Aumento de bebidas azucaradas	1,19		p < 0,05
Nappo A et al.¹⁰	Nivel de PCR >0.180 mg / dL vs <0,02 mg/dL.	Tasa de obesidad	2		p = 0,022
Nappo A et al.¹⁰	Nivel de PCR >0.180 mg / dL vs <0,02 mg/dL.	Tasa de obesidad	2,6		p = 0,002
Sparano S et al.¹¹	Macrosomía fetal en niños de madres no diabéticas	Tasa de obesidad	1,7		p < 0,0001
Sparano S et al.¹¹	Macrosomía fetal en niñas de madres no diabéticas	Tasa de obesidad	1,6		p < 0,0001
Sparano S et al.¹¹	Macrosomía fetal en niños de madres con DM	Tasa de obesidad	1,8		p = 0,21
Sparano S et al.¹¹	Macrosomía fetal en niñas de madres con DM	Tasa de obesidad	2,6		p = 0,04

Bassols J et al.¹⁴	Niveles de IgG e IgA	Resistencia a la insulina		0,308	p = 0,017
Bassols J et al.¹⁴	Niveles de IgG e IgA	Valores de triglicéridos		0,343	p = 0,006
Costa-Font J y Gil J¹⁶	Bajo nivel educativo materno	Tasa de obesidad		0,03	p = 0,004
Costa-Font J y Gil J¹⁶	Bajo nivel educativo paterno	Tasa de obesidad		0,046	p = 0,006
Costa-Font J y Gil J¹⁶	Alto nivel educativo paterno	Tasa de obesidad		0,053	p = 0,003
Costa-Font J y Gil J¹⁶	Obesidad de los padres	Tasa de obesidad		0,741	p = 0,05
Costa-Font J y Gil J¹⁶	Actividad laboral de la madre	Tasa de obesidad		0,09	p = 0,006
Rey-López JP et al.¹⁷	TV en el dormitorio	Tasa de obesidad	1,33		p < 0,05
Rey-López JP et al.¹⁷	>4h de TV	Tasa de obesidad	1,3		p < 0,05
Rey-López JP et al.¹⁷	Comer con la TV	Tasa de obesidad	1,18		p < 0,05

TABLA 3. ESTUDIOS OBSERVACIONALES EN LOS QUE SE DESCRIBEN FACTORES PROTECTORES DE OBESIDAD INFANTIL

Autor/es	Factor protector	Variable dependiente	Medida de impacto (OR / RR)	Coefficiente de correlación (beta)	Nivel de significación estadística
Bammann K et al.⁸	Lactancia	Tasa de obesidad	0,77		p < 0,05
Cuenca-García M et al.¹²	Gramos de chocolate al día	Tasa de obesidad		-0,004	p = 0,003
Cuenca-García M et al.¹²	Gramos de chocolate al día	Circunferencia de cintura		-0,008	p = 0,009
Miqueleiz, E et al.¹³	Alto nivel educativo parental	Tasa de obesidad	0,81		p < 0,05
Bel-Serrat S et al.¹⁵	Gramos de lácteos al día	Circunferencia de cintura en niños		-0,176	p = 0,02
Bel-Serrat S et al.¹⁵	Gramos de lácteos al día	Circunferencia de cintura en niñas		-0,221	p = 0,003
Bel-Serrat S et al.¹⁵	Gramos de lácteos al día	Pliegue cutáneo en niños		-0,154	p = 0,023
Bel-Serrat S et al.¹⁵	Gramos de lácteos al día	Pliegue cutáneo en niñas		-0,142	p = 0,046
Costa-Font J y Gil J¹⁶	Alto nivel educativo materno	Tasa de obesidad		-0,121	p = 0,009

DISCUSIÓN

Los estudios de carácter intervencionista encontrados han sido escasos, pero la mayor parte aportan resultados positivos respecto a intervenciones educativas, dietéticas, de planificación de actividades centradas en el niño o incluyendo en éstas a sus familias. Los resultados parecen ser favorables tanto si se desarrollan en el ambiente hospitalario como si la intervención se desenvuelve en el propio hogar familiar.

Los estudios no intervencionistas planearon varios factores preventivos de obesidad infantil con datos estadísticamente significativos, entre los que encontramos la lactancia materna prolongada, el consumo de chocolate y de lácteos de forma habitual en la dieta y el nivel educativo materno.

Por otro lado, estos estudios señalan factores de riesgo que resultaron estadísticamente significativos y que en parte son atribuibles a factores paternos fácilmente modi-

ficables como la obesidad parental o factores difícilmente modificables, pues precisarían cambios importantes de política social, ya que supondría influir en el bajo nivel educativo parental o la actividad laboral materna. También se señalan factores de riesgo fácilmente modificables en el niño, como el tiempo invertido en ver de la televisión, mantener ésta encendida durante las ingestas o disponer de una televisión en el dormitorio. Por último, se detectaron factores de riesgo de obesidad infantil no modificables como el hecho de haber sufrido macrosomía fetal, haber nacido por cesárea o por factores bioquímicos como el incremento de proteína C reactiva, Ig G y Ig A en sangre.

La obesidad infantil es un problema importante en nuestra sociedad de manera que constantemente se están promoviendo nuevos proyectos de investigación, pues determinar qué acciones prevendrían o influirían en la reducción de la obesidad infantil es un elemento clave para el siglo XXI.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lison JF, Real-Monte JM, Torro I, Arguisuelas MD, Alvarez-Pitti J, Martínez-Gramage J, Aguilar F LE. Exercise Intervention in Childhood Obesity: A Randomized Controlled Trial Comparing Hospital-Versus Home-Based Groups. *Acad Pediatr*. 2012; 12(4):319–25.
2. Bermudez de la Vega JA, Vázquez MA, Bernal S, Gentil FJ, Gonzalez-Hachero J, Montoya MJ, et al. Anthropometric, bone age, and bone mineral density changes after a family-based treatment for obese children. *Calcif Tissue Int*. 2007; 81(4):279–84.
3. Weber M, Grote V, Closa-Monasterolo R, Escribano J, Langhendries J-P, Dain E, et al. Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: follow-up of a randomized trial. *Am J Clin Nutr*. 2014; 99(5):1041–51.
4. Tarro L, Llauradó E, Albaladejo R, Moríña D, Arija V, Solà R, et al. A primary-school-based study to reduce the prevalence of childhood obesity--the EdAI (Educació en Alimentació) study: a randomized controlled trial. *Trials*. 2014; 15:58.
5. Bammann K, Peplies J, De Henauw S, Hunsberger M, Molnar D, Moreno L a, et al. Early life course risk factors for childhood obesity: the IDEFICS case-control study. *PLoS One*. 2014; 9(2)
6. Olafsdottir S, Berg C, Eiben G, Lanfer a, Reisch L, Ahrens W, et al. Young children's screen activities, sweet drink consumption and anthropometry: results from a prospective European study. *Eur J Clin Nutr*. 2014; 68(2):223–8.
7. Nappo A, Iacoviello L, Fraterman A, Gonzalez-Gil EM, Hadjigeorgiou C, Marild S, et al. High-sensitivity C-reactive protein is a predictive factor of adiposity in children: results of the identification and prevention of dietary- and lifestyle-induced health effects in children and infants (IDEFICS) study. *J Am Heart Assoc*. 2013; 2(3)
8. Sparano S, Ahrens W, De Henauw S, Marild S, Molnar D, Moreno L a., et al. Being Macrosomic at Birth is an Independent Predictor of Overweight in Children: Results from the IDEFICS Study. *Matern Child Health J*. 2012; 17(8):1373–81.
9. Cuenca-García M, Ruiz JR, Ortega FB, Castillo MJ. Association between chocolate consumption and fatness in European adolescents. *Nutrition*. 2014; 30(2):236–9.
10. Miqueleiz E, Lostao L, Ortega P, Santos JM, Astasio P, Regidor E. Trends in the prevalence of childhood overweight and obesity according to socioeconomic status: Spain, 1987 – 2007. *Eur J Clin Nutr*. 2013;68(2):209–14
11. Bassols J, Prats-Puig a, Gispert-Saüch M, Crehuet-Almirall M, Carreras-Badosa G, Díaz-Roldán F, et al. Increased serum IgG and IgA in overweight children relate to a less favourable metabolic phenotype. *Pediatr Obes*. 2014;9(3):232–8.
12. Bel-Serrat S, Mouratidou T, Jiménez-Pavón D, Huybrechts I, Cuenca-García M, Mistura L, et al. Is dairy consumption associated with low cardiovascular disease risk in European adolescents? Results from the HELENA Study. *Pediatr Obes*. 2014;9(5):401–10.
13. Costa-Font J, Gil J. Intergenerational and socioeconomic gradients of child obesity. *Soc Sci Med*; 2013; 93:29–37.
14. Rey-López JP, Ruiz JR, Vicente-Rodríguez G, Garcia-Marco L, Manios Y, Sjöström M, et al. Physical activity does not attenuate the obesity risk of TV viewing in youth. *Pediatr Obes*. 2012;7(3):240–50.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

PREVENTION AND TREATMENT OF PULMONARY EMBOLISM

- JOSÉ LUIS SERRANO CARMONA. DUE HU REINA SOFÍA DE CÓRDOBA.
- MARÍA DOLORES PARRA MORENO. DUE HU VIRGEN DEL ROCÍO DE SEVILLA.
- INMACULADA HERRERA TORRES. DUE HU LA PAZ DE MADRID.

RESUMEN: Introducción: el tromboembolismo pulmonar tiene lugar cuando parte de un trombo se desprende y enclava en las arterias pulmonares. Es una patología que lleva asociada una alta mortalidad si no es tratada a tiempo.

Material y método: se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica acerca de esta patología.

Resultados: se han destacado las principales manifestaciones clínicas de esta enfermedad, su tratamiento, así como las medidas de prevención y un plan de cuidados de enfermería.

Conclusiones: el conocimiento de cada una de las manifestaciones clínicas, así como la instauración de un tratamiento rápido es imprescindible para lograr una mayor supervivencia de los pacientes.

PALABRAS CLAVE: tromboembolismo pulmonar, prevención, tratamiento y cuidados.

ABSTRACT: Introduction: pulmonary thromboembolism occurs when a part of a thrombus breaks away and interlocks in the pulmonary arteries. It is a condition that is associated with a high mortality if it is not treated in time.

Methodology: a review about this pathology.

Results: we have highlighted the main clinical manifestations of this disease, its treatment and prevention measures and a nursing care plan.

Conclusions: the knowledge of each of the clinical manifestations and the establishment of a rapid treatment is essential to achieve a greater patient survival.

KEYWORDS: pulmonary thromboembolism, prevention, treatment and cares.

INTRODUCCIÓN

El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una enfermedad que se produce cuando parte de un trombo se desprende desde alguna parte del territorio venoso y se enclava en las arterias pulmonares. Normalmente se trata de coágulos sanguíneos, aunque el material embolizado también puede ser aire, grasa ósea, líquido amniótico o sustancias exógenas.

Se estima que la incidencia de TEP en España es de unos 60.000 casos anuales y se cree que la mortalidad secundaria a esta patología no tratada es del orden del 25%, produciéndose la mayoría de los fallecimientos en las primeras horas, lo que denota la importancia de llevar a cabo unas medidas preventivas y un rápido diagnóstico y tratamiento. Aún con tratamiento anticoagulante adecuado, la mortalidad está en torno al 3%. Además, los pacientes con TEP a menudo tienen otras enfermedades graves que condicionan su pronóstico negativamente.

El tratamiento del TEP tiene efectos secundarios importantes. En conjunto, un tratamiento anticoagulante típico con 7-10 días de heparina y 6 meses de anticoagulantes orales se asocia a un riesgo de 3-10% de hemorragias graves no mortales y un 1-2 % de hemorragias mortales. Por ello, es importante evitar la administración innecesaria de tratamiento anticoagulante a pacientes que en realidad no tienen TEP o trombosis venosa profunda (TVP) que lo indiquen.

El diagnóstico de la enfermedad tromboembólica es complicado en numerosas ocasiones, ya que las manifestaciones son variadas y a menudo se confunden con las de otros procesos, tales como la insuficiencia cardíaca o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Por otro lado, los casos asintomáticos no son excepcionales. La tríada clásica de disnea súbita, dolor torácico y hemoptisis se da pocas veces.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica acerca del tromboembolismo pulmonar en bases de datos como Cuiden y Cochrane Plus, así como diversas revistas biomédicas y plataformas electrónicas.

Los idiomas empleados para la búsqueda han sido el castellano e inglés, descartándose aquellos artículos cuyo año de publicación fuese anterior al 2000.

Las palabras clave empleadas han sido: tromboembolismo pulmonar, prevención, tratamiento y cuidados.

RESULTADOS

A continuación se enumeran los principales factores que predisponen la aparición del TEP, la sintomatología que suele hacer sospechar de esta patología y la prevención de la misma, así como el tratamiento necesario. Se ha desarrollado un plan de cuidados de enfermería estándar.

Factores predisponentes

- Edad avanzada.
- Enfermedad tromboembólica previa.
- Cáncer activo.
- Enfermedades neurológicas con parálisis de extremidades.
- Situaciones que requieren un reposo prolongado superior a 4 días.
- Embarazo, parto y puerperio.
- Infarto agudo de miocardio.
- Hipercoagulabilidad primaria.
- Politraumatismos.
- Terapia hormonal sustitutiva y empleo de anticonceptivos orales.

Sintomatología

En muchas ocasiones no aparece una sintomatología clara, pero generalmente se suele dar:

- Disnea.
- Taquipnea.
- Ansiedad y aprensión.
- Dolor torácico de características pleurítico.
- Mareos, desvanecimientos, convulsiones.
- Tos con esputo hemático y fiebre.
- Tromboflebitis.
- Arritmia.

Prevención

- Evitar la obesidad.
- Realizar ejercicio físico.
- Abstenerse de fumar.
- No tomar anticonceptivos orales sin prescripción médica.
- Tratamiento anticoagulante en situaciones de riesgo (cirugía, traumatismos, partos, inmovilización prolongada, etc.).

Exploraciones

1. Radiografía de tórax
 - Pérdida de volumen pulmonar, atelectasias laminares basales.
 - Infiltrados alveolares en zonas de edema o hemorragia alveolar.
 - Oligohemia pulmonar (signo de Westermark).
 - Aumento de calibre de las arterias pulmonares centrales.
 - Derrame pleural que puede ser bilateral.
2. Electrocardiograma
 - Taquicardia sinusal.

- Arritmias supraventriculares (flutter, fibrilación auricular).
- Alteraciones inespecíficas de la repolarización.
- Desviación del eje eléctrico hacia la derecha.
- Patrón Q3T3S1 (de McGuinn-White).
- Descenso del segmento ST en DII, DIII y aVF.
- Hipertrofia de ventrículo derecho.

3. Analítica

- Hemograma y bioquímica: suelen ser normales o con alteraciones inespecíficas, por lo que no tienen valor diagnóstico.
- Dímero-D: producto de degradación de la fibrina.
- Gasometría arterial: hipoxemia e hipocapnia. Una gasometría normal no descarta en absoluto la enfermedad.
- Líquido pleural: si el derrame es significativo se realizará toracocentesis, que mostrará un exudado serohemático o hemorrágico.

4. Ecocardiografía

- Es la primera prueba a realizar en el TEP hemodinámicamente inestable.

5. TAC helicoidal

- Presenta un gran valor diagnóstico debido a su rapidez y sensibilidad.

6. Arteriografía

- Se realiza como última prueba cuando existen dudas diagnósticas.

Tratamiento

- Reposo absoluto: con el objetivo de evitar el desprendimiento de un nuevo trombo, se recomienda inactividad durante 7-10 días, período que necesita el organismo para llevar a cabo la resolución fisiológica mediante el propio sistema fibrinolítico.
- Analgesia: se recomienda medicación que no interfiera con la anticoagulación oral.
- Oxígeno: se empleará para corregir la hipoxemia. En determinadas ocasiones será necesario el uso de ventilación mecánica.
- Anticoagulación: se puede usar heparina no fraccionada, heparina de bajo peso molecular o anticoagulantes orales. Este tipo de medicación detiene la progresión del trombo y previene las recurrencias.
- Trombolisis: los fibrinolíticos destruyen inmediatamente el trombo, disminuyendo de esta manera la presión arterial pulmonar y mejorando el gasto cardiaco.

Diagnóstico:

00024.- Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar r/c reducción mecánica del flujo venoso arterial.

Resultados e indicadores:

- 0408.-Perfusión tisular pulmonar:
 - 14. Función respiratoria.
 - 18. PaO2.
 - 19. PaCO2.

Intervenciones:

- 4104.-Cuidados del embolismo pulmonar.
- 3320.-Oxigenoterapia.
- 4200.-Terapia intravenosa.

Actividades:

- Obtener información sobre factores de riesgo o predisponentes de tromboembolismo pulmonar (TEP).
- Evaluar el dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración, factores de intensificación o alivio).
- Observar el esquema respiratorio por si aparecen.
- síntomas de dificultad (disnea, taquipnea, falta de aire, palidez, cianosis, etc).
- Administrar anticoagulantes o tratamiento fibrinolítico.
- Vigilar signos de alarma.
- Obtener niveles de gases en sangre arterial, si procede.
- Instruir al/a la paciente y/o familia respecto de los procedimientos.
- Mantener la permeabilidad de la vía aérea.
- Administrar el O2 prescrito.
- Cuidados del catéter de la arteria pulmonar, si procede.
- Administrar la medicación intravenosa.
- Vigilar la frecuencia de flujo IV y zona de punción.
- Realizar cuidados de la vía de acuerdo a los protocolos del centro.

Diagnóstico:

00092.-Intolerancia a la actividad r/c desequilibrio entre aporte y demandas de oxígeno.

Resultados e indicadores:

- 0002. Conservación de la energía:
- 01. Equilibrio entre actividad y descanso.
- 03. Reconoce limitaciones de energía.
- 05. Adapta el estilo de vida al nivel de energía.
- 0005. Tolerancia a la actividad:
- 02. FC en respuesta a la actividad.
- 03. FR en respuesta a la actividad.
- 18. Facilidad para realizar las AVD.

Intervenciones:

- 0180. Manejo de la energía
- 3320. Oxigenoterapia
- 1800. Ayuda al autocuidado
- 4046. Cuidados cardiacos: rehabilitación
- 4490. Ayuda para dejar de fumar

Actividades:

- Asegurar el reposo absoluto en fase aguda.
- Vigilar la respuesta a la actividad.
- Controlar la respuesta del/de la paciente (FC, FR) a los autocuidados.
- Administración de O2 según protocolo.

- Instruir al/a la paciente para la cumplimentación del régimen terapéutico.
- Comprobar la capacidad del/de la paciente para ejercer autocuidados independientes.
- Proporcionar sistemas de ayuda hasta que el/la paciente sea capaz de asumir el autocuidado.
- Instruir al/a la paciente y familia sobre la modificación de factores de riesgo cardiacos.
- Facilitar la inclusión en el Programa de Prevención Secundaria correspondiente.
- Reforzar la instrucción sobre el régimen de actividad física.
- Instruir al/a la paciente y familia sobre el acceso a los servicios de urgencias disponibles en la comunidad.
- Registrar el estado actual y el historial de la actividad de fumar
- Aconsejar al/a la fumador/a de forma clara y consistente para dejar de fumar (intervención mínima).
- Remitir a programas de grupos o terapia individual de deshabituación tabáquica.

Diagnóstico:

00132.-Dolor agudo torácico r/c agentes lesivos.

Resultados e indicadores:

- 1605. Control del dolor:
- 06. Utiliza los signos de alerta para pedir ayuda.
- 09. Reconoce los síntomas del dolor.
- 11. Refiere dolor controlado.

Intervenciones:

- 4044. Cuidados cardiacos agudos.
- 4200. Terapia intravenosa (IV).
- 5602. Enseñanza: proceso de la enfermedad.

Actividades:

- Administrar medicamentos de alivio del dolor si pautados.
- Administración de la medicación IV según prescripción y observar resultados.
- Realizar cuidados del sitio de punción de acuerdo con el protocolo del centro.
- Instruir al/a la paciente sobre los signos y síntomas acerca de los que debe informar.

Diagnóstico:

00146. Ansiedad r/c cambio repentino en el entorno y el estado de salud.

Resultados e indicadores:

- 1402. Autocontrol de la ansiedad:
- 04. Busca información para reducir la ansiedad.
- 06. Utiliza estrategias de superación efectivas.
- 17. Controla la respuesta de ansiedad.

Intervenciones:

- 5820. Disminución de la ansiedad.
- 5380. Potenciación de la seguridad.

Actividades:

- Explicar los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se ha de experimentar durante los mismos.
- Animar a la expresión de sentimientos, percepciones y miedos.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza y seguridad.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.
- Garantizar al/a la paciente que su familia está siendo informada.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad.
- Mostrar calma.

Diagnóstico:

- 00126. Conocimientos deficientes: enfermedad, autocuidados, tratamiento, etc... r/c falta de exposición por diagnóstico reciente y mala interpretación de la información recibida.

Resultados e indicadores:

- 1803. Conocimiento: proceso de la enfermedad:
 - 02. Descripción del proceso de la enfermedad.
 - 04. Descripción de los factores de riesgo.
 - 11. Descripción de las precauciones para prevenir las complicaciones.
- 1813. Conocimiento: régimen terapéutico:
 - 02. Descripción de la responsabilidad de los propios cuidados para el tratamiento actual y situaciones de emergencia.
 - 05. Descripción de la dieta prescrita.
 - 06. Descripción de la medicación prescrita.
 - 07. Descripción de la actividad prescrita.

Intervenciones:

- 5602. Enseñanza: proceso de la enfermedad.
- 5612. Enseñanza: actividad/ ejercicio.
- 5614. Enseñanza: dieta prescrita.
- 5616. Enseñanza: medicamentos prescritos.
- 5248. Asesoramiento sexual.

Actividades:

- Describir el proceso de la enfermedad, signos, síntomas y complicaciones crónicas.
- Identificar la etiología.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o

controlar el proceso de enfermedad.

- Instruir al/a la paciente sobre las medidas para prevenir los efectos secundarios y posibles recurrencias de trombosis venosa profunda y/o tromboembolismo pulmonar.
- Incorporar al/a la paciente en las actividades de fase III del Programa de PS y RC de su área sanitaria, si procede.
- Evaluar el nivel de ejercicio y conocimiento de las limitaciones de actividad/ejercicio.
- Ayudar a incorporar un plan de ejercicio en la rutina diaria /estilo de vida.
- Advertir acerca de los peligros de sobreestimar sus posibilidades.
- Explicar el propósito de la dieta.
- Instruir sobre los grupos de alimentos recomendables incluyendo los relacionados con las terapias anticoagulantes.
- Informar del propósito y acción de cada medicamento.
- Instruir al/a la paciente para la toma, manejo y controles necesarios durante la prescripción de anticoagulación oral.
- Instruir al/a la paciente acerca de la dosis, vía y duración del efecto de cada medicamento.
- Instruir sobre los posibles efectos secundarios adversos y enseñar a aliviar/ prevenir alguno de ellos si es el caso.
- Informar sobre los posibles cambios de aspecto y/o dosis al tratarse de fármacos genéricos.
- Discutir las causas de la posible disfunción sexual, efectos de la medicación, ansiedad, temor.
- Favorecer la reanudación de la actividad sexual.

Diagnóstico:

00070. Deterioro de la adaptación r/c actitudes negativas hacia la conducta de salud y falta de motivación para cambiar conductas.

Resultados e indicadores:

- 1300. Aceptación del estado de salud
 - 08. Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.
 - 11. Toma de decisiones relacionadas con la salud.

Intervenciones:

- 5230. Aumentar el afrontamiento.

Actividades:

- Ayudar al/a la paciente a identificar estrategias positivas.
- Alentar las manifestaciones de sentimientos, percepciones y miedos.

- Fomentar situaciones que aumenten la autonomía personal.
- Evaluar la capacidad del/de la paciente para tomar decisiones.
- Animar la implicación familiar.
- Identificar actitudes como negación, autoincapacitación, etc.

CONCLUSIONES

El diagnóstico del TEP suele aparecer en base a la sospecha clínica, aunque no en todas las ocasiones se dan los síntomas clásicos de esta patología. El conocimiento de cada una de las manifestaciones clínicas, así como la instauración de un tratamiento rápido es imprescindible para lograr una mayor supervivencia de los pacientes.

Por otra parte, la educación sanitaria que se oferta a los pacientes acerca de la prevención de esta patología es fundamental. El entendimiento por parte del personal sanitario de los signos de alarma y tratamiento es imprescindible para llevar a cabo una correcta praxis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brown MD et al. Turbidimetric D-dimer test in the diagnosis of pulmonary embolism: a meta-analysis. *ClinChem* 2003;49:1846-53.
2. Buller HR et al. Subcutaneous unfractionated heparin versus intravenous unfractionated heparin in the initial treatment of pulmonary embolism. *N Engl J Med* 2003; 349:1695-702.
3. Jiménez D, Yusen RD, Otero R, Uresandi F, Nauffal D, Laserna E, et al. Prognostic models for selecting patients with acute pulmonary embolism for initial outpatient therapy. *Chest*. 2007;132:24-30.
4. Torbicki A. Enfermedad tromboembólica pulmonar. Manejo clínico de la enfermedad aguda y crónica. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63(7):832-49.
5. Jerjes-Sánchez CA, Villagómez A, Palomar-Lever A. Tratamiento médico de la tromboembolia pulmonar. *GacMedMex*2007;143 :41-43.
6. Aizman A, Mercado M, Andresen Max. Tromboembolismo pulmonar: estratificación de riesgo y dilemas terapéuticos. *Rev. Méd. Chile [Internet]*. 2012 Nov [citado 2016 Mar 07]; 140(11):1482-1489.
7. Herman, TH. NANDA internacional. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y clasificación. Barcelona: Elsevier. 2012-2014.
8. Moorhead Sue, Johnson Marion, MaasMeridean L., Swanson Elisabeth. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Barcelona: Elsevier. 2014.
9. Bulechek Gloria M., Butcher Howard K., Docheterman Joanne M., Wagner Cheryl M. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Barcelona: Elsevier. 2014.

USO DE PICC (CATÉTER CENTRAL DE ACCESO VENOSO PERIFÉRICO) EN PACIENTES PALIATIVOS

USE OF PICC (PERIPHERALLY INSERTED CENTRAL CATHETER) IN PALLIATIVE PATIENTS

- DAVID CARMONA HEREDIA. ENFERMERO. U.G.C. MEDICINA INTERNA Y CONTINUIDAD, HOSPITAL EL TOMILLAR; A.G.S SUR DE SEVILLA.
- CONCEPCIÓN MORENO GONZÁLEZ. ENFERMERA. U.G.C. MEDICINA INTERNA Y CONTINUIDAD, HOSPITAL EL TOMILLAR; A.G.S SUR DE SEVILLA.
- ANTONIO SÁNCHEZ DÍAZ. ENFERMERO. U.G.C. MEDICINA INTERNA Y CONTINUIDAD, HOSPITAL EL TOMILLAR; A.G.S SUR DE SEVILLA.

NOTA: EL PRESENTE ARTÍCULO FUE PRESENTADO Y EXPUESTO COMO COMUNICACIÓN-PÓSTER EN LA XII JORNADAS DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE CUIDADOS PALIATIVOS, DURANTE LOS DÍAS 1 Y 2 DE DICIEMBRE DE 2017.

RESUMEN: La creciente población anciana, debido a la mayor esperanza de vida da lugar a que cada vez exista un mayor número de personas con enfermedades crónicas, que con el tiempo darán lugar a la necesidad de tener acceso a unos cuidados paliativos ya que no será posible su curación. En este contexto el avance tecnológico pone al servicio del personal sanitario técnicas y procedimientos que favorecen que estos y otros pacientes puedan beneficiarse, proporcionándoles una mayor calidad de vida y confort, evitándole de este modo sufrimientos innecesarios. Es éste el caso de la aparición de los catéteres denominados PICC, que en los últimos años han supuesto un mayor beneficio para pacientes con tratamientos activos, en enfermedades como el cáncer pero que en la actualidad su uso es extensible para pacientes crónicos susceptibles de cuidados paliativos, favoreciendo una menor estancia hospitalaria, así como un mejor coste-beneficio.

PALABRAS CLAVE: PICC, paciente paliativo

SUMMARY: Due to rising life expectancy, the growing elderly population suffer of chronic illnesses more frequently. Over time these afflictions will make them suitable for palliative care given that there is no cure for their illness. In this context, technological advances give health care practitioners procedures and techniques of which this and other kind of patients can benefit, through better comfort and quality of life while avoiding unnecessary sufferings. Thereunder, recent years emergence of PICC lines are a step towards the improvement of active treatments for illnesses like cancer, but now can be also used with chronic patients who need palliative care, improving cost-benefit ratio and a reduced length of hospital stay.

KEY WORDS: peripherally inserted central catheter (PICC), palliative patient

INTRODUCCIÓN

Los cuidados paliativos proporcionan el alivio del dolor y de otros síntomas penosos, afirma la vida y considera la agonía como un proceso normal, sin pretender alargar la vida a toda costa, ni tampoco acelerar la muerte. Tradicionalmente, los cuidados paliativos han sido dirigidos con más frecuencia a las personas que padecen cáncer, en parte porque el curso de la enfermedad es más predecible y por tanto, se pueden reconocer y planear las necesidades de los pacientes y de sus familias. La consecuencia de esto ha sido la percepción de que los cuidados paliativos son relevantes solo en las últimas semanas de vida y pueden ser proporcionados sólo por servicios especializados.

En la realidad, los pacientes y familiares experimentan muchos problemas durante el largo periodo de enfermedad necesitando ayuda durante todo ese tiempo y no sólo en una fase previa definida antes de la muerte.

El informe europeo de la Organización Mundial de Salud sobre cuidados paliativos afirma enfáticamente que “existen evidencias considerables de que la gente envejecida sufre innecesariamente debido a una carencia de evaluación y de tratamiento generalizado de sus problemas y a la falta de acceso a los programas de cuidados paliativos”^{1,2}.

Hemos de entender el concepto de cuidados paliativos como parte integrante de unos cuidados continuos de calidad, que pueden y deben ir de la mano de tratamientos activos y que buscan la calidad de vida y la calidad de muerte como su mayor objetivo por delante de la supervivencia. Dichos cuidados deberían ser ofrecidos a medida que se van desarrollando las necesidades y antes de que se conviertan en difíciles de controlar.

Teniendo en cuenta esto, y sabiendo que la población a la que van dirigidos estos cuidados paliativos, que no es exclusiva de enfermos que padecen cáncer si no que debido a la mayor esperanza de vida de la sociedad cada vez son más personas con enfermedades crónicas que en algún momento de su vida van a ser susceptibles de estos cuidados, existen tratamientos que van a prolongarse en el tiempo, atendiendo a los síntomas que van apareciendo y que hay que paliar.

Es por eso por lo que las apariciones de nuevas técnicas en cuanto a terapias intravenosas pueden ser beneficiosas para estos pacientes y evitarles así un sufrimiento prolongado y la necesidad de utilizar procedimientos agresivos en cortos periodos de tiempo como sería la canalización de vías venosas en pacientes que tienen dificultad para su acceso y fragilidad capilar en la mayoría de los casos.

Para estos pacientes en los que buscamos el máximo confort es de gran importancia preservar el capital venoso, disminuyendo el número de punciones, proporcionando así un acceso de mayor seguridad, evitándoles molestias innecesarias.

En los últimos años se ha llevado a cabo un avance en dispositivos para terapias intravenosas de larga permanencia. El PICC es un catéter venoso central de acceso periférico, no tunelizado, de inserción percutánea. Puede ser canalizado tanto por médico/as como por enfermero/as, ecoguiado o no. Hoy en día existen varios tipos de catéteres, y su elección depende de diferentes factores, como los propios del paciente, las propiedades del producto de infusión y la duración del tratamiento.

Los accesos venosos centrales tradicionales han sido los CVC no tunelizados para corta duración o tunelizados para larga duración (Hickman®, Broviac®). Así mismo, existen dispositivos tipo reservorio venoso subcutáneo (RVS) implantados debajo del pectoral de muy larga duración. Clásicamente, los catéteres usados por excelencia han sido los catéteres venosos centrales (CVC), siendo éstos los más utilizados en los pacientes hospitalizados y los lugares de inserción más comunes las venas subclavia, yugular y femoral³.

OBJETIVOS

Principal:

Argumentar y razonar el uso de dispositivos PICC en pacientes paliativos.

Secundario:

Principales indicaciones para la canalización de PICC en estos pacientes.

METODOLOGÍA

Realizamos estudio observacional descriptivo transversal, mediante una base de datos tipo access® donde se registraron los pacientes en los que se canalizaron estos catéteres y otros diversos ítems que describiremos en los resultados. El estudio fue realizado en la U.G.C. de Medicina Interna y Continuidad dentro del hospital El Tomillar, perteneciente al A.G.S. Sur de Sevilla a lo largo de 9 meses, desde febrero de 2016 a octubre de 2017, donde la muestra n=49.



RESULTADOS

Según los resultados obtenidos en nuestra base de datos la media de duración de los catéteres fue de +/- 30 días. El uso principal fue para administración de fármacos flebotóxicos, principalmente antibióticos y sueroterapias con cloruro potásico (44,89%); administración de fármacos vasoactivos como las aminas o nitroglicerina (34,7%), nutrición parenteral total con una osmolaridad superior a 600 mOsm/l (16,32%), transfusiones sanguíneas (10,2%) y quimioterapia (6,12%).

Según el tipo de paciente: no eran candidatos a vía exclusivamente subcutánea el 93,8%; un 97,95% no tenía posibilidad de otra vía venosa factible y un 81,63% tenía dificultad para el acceso venoso periférico, por ejemplo problemas vasculares o fragilidad venosa. (Gráficas 1, 2 y 3).

CONCLUSIONES

La selección de la vía venosa depende principalmente del objetivo terapéutico, duración y tipo de fármaco, diagnóstico y pronóstico del paciente. Este tipo de dispositivos mejoran las cifras de coste/efectividad pues disminuyen los días de estancia hospitalaria facilitando el tratamiento domiciliario y en hospital de día, ya que evitamos la aparición de flebitis que motivarían un aumento de días de ingreso hospitalario, con el consecuente coste y sufrimiento al paciente y familia.

Su uso favorece el confort del paciente mejorando así su calidad de vida. Igualmente se preserva el capital venoso del paciente que en la mayoría de los casos presentan fragilidad capilar, bien por su edad o por el uso de fármacos flebotóxicos, utilizados en estancias hospitalarias prolongadas debido a su enfermedad. Por otro lado, su uso evita sufrimiento al paciente evitando múltiples venopunciones.

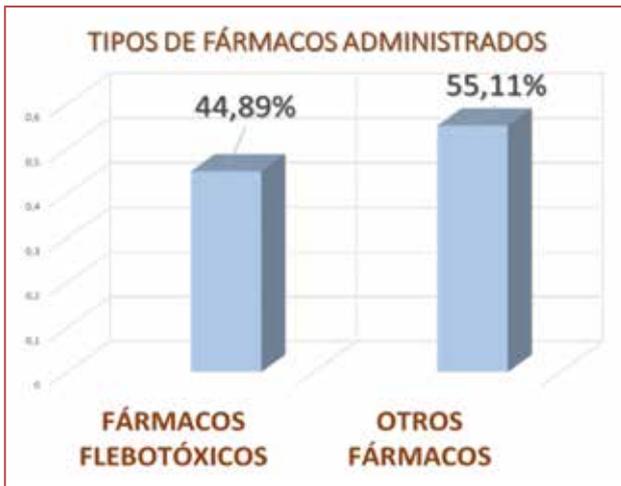
Permiten tratamientos en domicilio. No interfiere en las actividades normales del paciente mejorando su calidad de vida, disminuyendo su ansiedad.

Resultan de fácil implementación ya que no es preciso su inserción en un quirófano, asegurando la administración del tratamiento y extracciones de muestras de analíticas, desapareciendo el riesgo de extravasación de fluidos necrotizantes.

AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento a los doctores S. Vergara López, J. Cuesta Gaviño y los responsables de cuidados de enfermería, por su colaboración e implicación con el estudio.

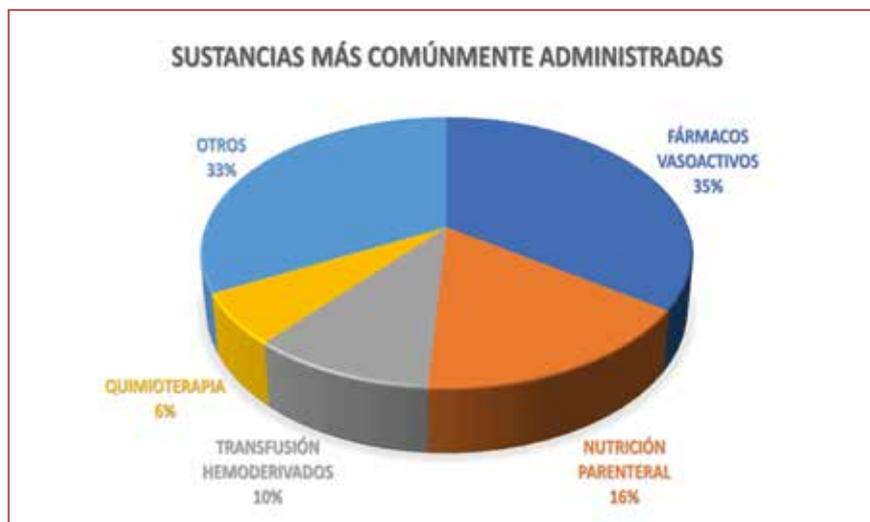




Gráfica 1



Gráfica 2



Gráfica 3

BIBLIOGRAFÍA

1. Davies E. Higginson JJ. Cuidados paliativos: necesidades y derechos de las personas mayores y de sus familias. Mejores cuidados paliativos para personas mayores. 2004. www.msssi.gob.es/organizacion/sns/.../MejoresCuidadosPaliativos
2. A. Metola Gómez, E. García Romo, S. Bellido de Vega, Y. Carretero Lanchas, B. Azcoitia Álvarez, L. Guerrero. Análisis de la evolución de pacientes en probable situación de últimos días en un servicio de Urgencias. MEDIPAL. 2013;20:10-8
3. E. Pallejà Gutiérrez, M. López Carranza y P. Luis Jiménez Vilches. Catéteres venosos de inserción periférica (PICC): un avance en las terapias intravenosas de larga permanencia. Nutrición Clínica en Medicina. Vol. XI - Número 2 – 2017 pp. 114-127
4. “Guía De Práctica Clínica Sobre Terapia Intravenosa Con Dispositivos No Permanentes En Adultos”. N.p., 2014. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_541_Terapia_intravenosa_AETSA_compl.pdf

ATENCIÓN PSIQUIÁTRICA POR ENFERMERÍA EN LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS. ENFERMERÍA POR LA CALIDAD Y LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

PSYCHIATRIC CARE FOR NURSING IN THE HOSPITAL EMERGENCIES. NURSING FOR THE QUALITY AND SAFETY OF THE PATIENT

■ JOSÉ EUGENIO GUERRA GONZÁLEZ. DR. ENFERMERO. H. NTRA. SRA. DE VALME (SEVILLA)

■ CARMEN M^a MARTÍNEZ SÁNCHEZ. ENFERMERA. H. EL TOMILLAR (SEVILLA)

■ CENTRO REALIZACIÓN TRABAJO. H. NTRA. SRA. DE VALME (SEVILLA)

ESTA INVESTIGACIÓN HA SIDO PRESENTADA EN SESIÓN CLÍNICA MATINAL EN LA UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE CUIDADOS CRÍTICOS Y URGENCIAS DEL H. NTRA. SRA. DE VALME (SEVILLA). A PERSONAL DE ENFERMERÍA, LOS DÍAS 17/11/2017 Y 21/11/2018. HA SIDO EXPUESTA EN FORMATO COMUNICACIÓN POSTER EN EL IV CONGRESO DE ASENHOA Y III REUNIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMERAS DE HOSPITALES. CÁDIZ, 9 AL 11 DE MAYO DE 2018. NO SE HA PUBLICADO RESUMEN DEL MISMO AL NO HABER HABIDO LIBRO OFICIAL DEL CONGRESO.

RESUMEN: Atención psiquiátrica por Enfermería en las Urgencias hospitalarias. Enfermería por la calidad y la seguridad del paciente.

Esta investigación valora la calidad asistencial de Enfermería ofertada al usuario psiquiátrico y cuidador, así como la pertinencia de diseñar un Circuito y Protocolo de Atención Psiquiátrica, hasta ahora inexistentes. El estudio, descriptivo, con variables Atención de Enfermería, Pertinencia y Repercusión del Circuito y Protocolo de Atención Psiquiátrica, utiliza un cuestionario, instrumento ex profeso. Se efectúa a personal enfermero de Urgencias del H. de Valme, durante marzo-junio (2017), analizando resultados desde la estadística descriptiva siendo representando en gráficas. Los resultados más significativos, un 59.5% considera su actuación profesional satisfactoria y su seguridad poca en el 71.4%. Así mismo, un 92.8% considera necesario un Circuito de Atención Psiquiátrica y un 88.1% pertinente su especialización psiquiátrica. También que se reducirían tiempos de espera (88.1%), mejoría del motivo de consulta (92.8%) y estancia más satisfactoria (83.3%). Resulta obvia la necesidad del Circuito de Atención Psiquiátrica -Módulo informático y Protocolo-, en estas Urgencias hospitalarias.

PALABRAS CLAVE: Enfermería, Psiquiatría, Urgencias hospitalarias, Calidad

SUMMARY: Psychiatric care for Nursing in the Hospital Emergencies. Nursing for the quality and safety of the patient.

This research assesses the nursing care quality offered to the psychiatric user and caregiver, as well as the relevance of designing a Psychiatric Care Circuit and Protocol, until now nonexistent. The descriptive study, with variables Nursing Care, Relevance and Repercussion of the Circuit and Protocol of Psychiatric Care, uses a questionnaire, an ex profeso instrument. It is carried out to emergency nurses of H. de Valme, during March-June (2017), analyzing results from descriptive statistics being represented in graphs. The most significant results, 59.5% consider their professional performance satisfactory and their safety little in 71.4%. Likewise, 92.8% considered a Psychiatric Care Circuit necessary and a corresponding 88.1% their psychiatric specialization. Also that waiting times (88.1%), improvement of the reason for consultation (92.8%) and more satisfactory stay (83.3%) would be reduced. The need for the Psychiatric Care Circuit - Computer Module and Protocol - is obvious in these hospital emergencies.

KEYWORDS: Nursing, Psychiatry, Hospital Emergencies, Quality

INTRODUCCIÓN

El *Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2016-2020*¹ se basa en la recuperación de personas con enfermedad mental. Así mismo, el compromiso del Servicio Andaluz de Salud (SAS) con la seguridad del paciente se plasma en la *Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014*.²

En las Urgencias del Hospital Ntra. Sra. de Valme (Sevilla), existen unos circuitos asistenciales para prestar calidad al usuario atendiendo al motivo de consulta por el que opta acudir a la Unidad de Urgencias. Estos circuitos asistenciales son los denominados de *Atención Básica*, *Atención Polivalente*, *Atención Crítica*, *Atención Traumatólogica*, *Atención Oftalmológica*, *Atención Otorrinonaringológica*, *Atención Pediátrica* y *Atención Obstetrico-Ginecológica*. La instauración del de *Atención Pediátrica* y *Atención*

Obstetrico-Ginecológica, los más recientes, supuso evidentes mejoras en la atención a esta tipología de usuarios y gran satisfacción en el personal de la Unidad.

En la Memoria del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla, del Hospital Ntra. Sra. de Valme, UGC de Urgencias (2015),³ se identifica un total de 131.774 urgencias, es decir una media de 360 urgencias/día y una presión en la Unidad del 66.2%. Así mismo, por motivos de ingreso, la *autolesión* (7^o) y la *intoxicación* (11^o) figuran entre los más frecuentes. Por otro lado, la *enfermedad mental* supone un 2.2% y un 3.1% de ingresos en Psiquiatría no contemplándose en esta Memoria la actividad del *Circuito de Atención Psiquiátrica* al no existir como tal. ¿Es por tanto esta demanda psiquiátrica equiparable a la que presentan otros Circuitos? ¿Qué porcentaje supone este si la demanda Otorrinolaringología (ORL), alcanza un 17.49%, la de Críticos (CRIT.), un 3.40%,

la de Oftalmología (OFT), un 5.16% y la de Pediatría (PED), un 11.63%. Se desconoce, al carecer de un Circuito exclusivo para tal perfil de usuario, el psiquiátrico. Para concluir tal panorama estadístico decir que la *esquizofrenia* (1º, Severidad 2) y los *trastornos bipolares* (2º, Severidad 2) son los *Grupos Relacionados con el Diagnóstico* (GRD's) más frecuentes de hospitalización en la UGC de Salud Mental.⁴

La atención sanitaria en las Urgencias hospitalarias se inicia en el Área de *Triage* con una valoración integral del usuario, la inclusión en un Circuito de atención y la asignación de una prioridad tras aplicación del *Sistema Español de Triage* (SET).⁵

La asistencia del usuario de salud mental y su cuidador/a en Urgencias requiere cuidados enfermeros especiales,^{6,7} entendiéndose sujeción mecánica, sedación, aislamiento etc., de habilidades sociales innatas y/o adquiridas -asertividad, inteligencia emocional etc.-, además de trayectoria dilatada y experiencia especializada del profesional sin obviar ese ápice de *suerte* de toda profesión y profesional que interactúa con otros individuos.

Estos usuarios generan actitudes entre los propios profesionales y demás usuarios sea cual fuere la dependencia del Área de Urgencias del hospital en la que se encuentren ubicados que otro tipo de usuarios no generan, esto es una realidad y deberíamos reflexionar seriamente al respecto. Por otro lado, además, generan gran eco en los medios de comunicación cuando son protagonistas durante su estancia hospitalaria de algún incidente,^{8,9} bien por aspectos propios del individuo, su actitud, comportamiento etc., bien por aspectos ajenos a él, de quienes en ese preciso momento de su estancia hospitalaria comparten estancia hospitalaria, entendiéndose prejuicios, estigma social etc. Son por tales motivos, por lo que no es infrecuente que se generen conflictos de índole discusión, autoagresión -física y/o psíquica- o agresión -verbal y/o física etc.- en familiares, otros usuarios y profesionales,^{10,11} sea cual sea su categoría -enfermeros/as, técnicos/as en cuidados auxiliares de enfermería, médicos/as, celadores/as, administrativos/as, vigilantes/as de seguridad, personal de limpieza y mantenimiento etc.

Bien es cierto, que la Administración sanitaria consciente de tal situación instaura instrumentos en tal sentido como el *Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía*,¹² que contempla un protocolo de actuación, un plan formativo para el profesional y un registro de agresiones, (RIAC), además de conmemorar cada 16 de Marzo, desde 2008 el *Día Nacional contra las Agresiones en el Ámbito Sanitario*, amparando así en distintas vertientes al profesional ante tales hechos, pero no por ello la incidencia del fenómeno se reduce.¹³

Es por tanto que, ante la inexistencia de un protocolo de atención de enfermería al usuario psiquiátrico y su cuidador/a, la tendencia al alza en número, frecuencia, intensidad y gravedad de incidentes con estos y la instauración de los Circuitos de Atención Pediátrica (2013)

y Obstétrico-Ginecológico (2015), esta investigación esté plenamente justificada en la Unidad de Urgencias del H. Ntra. Sra. de Valme. Así pues, la hipótesis planteada por los autores para esta investigación versa sobre la existencia de áreas de mejora en la atención de enfermería a los usuarios psiquiátricos y sus cuidadores en Urgencias hospitalarias. La inexistencia de un Circuito de Atención Psiquiátrica y de un Protocolo de Atención de Enfermería al usuario/a psiquiátrico/a y cuidador/a en estas Urgencias hospitalarias es la problemática a resolver con esta investigación.

OBJETIVO

Los autores se proponen con esta investigación valorar la calidad asistencial ofertada por Enfermería al usuario/a psiquiátrico/a y su cuidador/a e igualmente la pertinencia y repercusión de diseñar un Protocolo y un Circuito de Atención Psiquiátrica en esta Urgencias hospitalaria.

MATERIAL-MÉTODO

Esta investigación se realiza en la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias (UGCCCyU), del H. Ntra. Sra. de Valme (Sevilla), en el periodo marzo-junio, de 2017 y entre el personal enfermero adscrito a dicha Unidad. Esta población de estudio ostentaba un rango de edad de 31-43 años (59.5%), género mujer (64-3%), con una relación contractual vigente con el Servicio Andaluz de Salud (SAS) de propietario/a (35.7%) e interino/a (35.7%), un tiempo de ejercicio profesional de enfermero/a de 11 a 20 años (54.7%), y ejerciendo en la Unidad de Urgencias menos de 5 años (40.5%) y de 6 a 10 años (35.7%). Es un estudio descriptivo, por el que los autores hemos optado al considerar idóneo para saber la opinión de los profesionales más implicados al respecto, con objeto de estudio, la atención enfermera al usuario/a psiquiátrico/a y cuidador/a y variables tales como *Atención de Enfermería*, *Pertinencia* y *Repercusión* del Protocolo y del Circuito de Atención Psiquiátrica. El instrumento utilizado en la recogida de datos es un cuestionario elaborado expresamente para esta investigación formado por 22 cuestiones. Se han utilizado fuentes de estudio de índole bibliográficas, entendiéndose Memorias, Planes Integrales etc., y técnicas de estudio tales como la observación directa del objeto de estudio y la documental. El análisis de los resultados se realiza mediante la estadística descriptiva, muy elocuente, fundamentalmente expresado en frecuencias absolutas y porcentajes mientras que la representación de los resultados se ha realizado mediante gráficas en tablas.

RESULTADOS

Los resultados más significativos son, en el ámbito de la actuación enfermera propiamente dicha, que el 97.6% de los enfermeros entrevistados no poseen la especialidad de Salud Mental, el 71.4% no ha asistido a curso de salud mental alguno y un 66.6% de quienes lo han realizado es hace más de cuatro años. Por otro lado, un 59.5% considera que su actuación profesional ante el usuario/a psiquiátrico/a y su cuidador/a es satisfactoria, que su seguridad ante estos usuarios/as es en un 71.4% poco segura y que la seguridad de estos en las Urgencias es poco segura en el 59.5% y 66.6% respectivamente. Así mismo,

en cuánto a la pertinencia y repercusión de la existencia de un Circuito y Protocolo psiquiátrico, un 92.8% considera necesario su existencia, un 88.1% considera pertinente la especialización psiquiátrica de la Enfermería de Urgencias y que con estos instrumentos se reducirían los tiempos de espera en la atención a estos usuarios/as psiquiátricos/as (88.1%), mejoraría el motivo de consulta por el que acuden a Urgencias hospitalarias (92.8%), su estancia sería más satisfactoria (83.3%) y la de su cuidador (88.1%). Y, por último, que el 81% de los enfermeros entrevistados han tenido alguna experiencia negativa en la asistencia a estos usuarios/as y sus cuidadores/as, concretamente verbal (52.4%), verbal y física (28.5%) y física (2.5%).

Así mismo, la cuestión en abierto planteada a los entrevistados confirma de manera explícita aspectos tales como que la proximidad de las Unidades de Urgencias y Psiquiatría en el Hospital hacen más factible si cabe los planteamientos expuestos por los autores, así como que la confianza del personal porque en la futura u necesaria remodelación de las Urgencias se contemplen tales propuestas. Por otro lado, el reconocimiento del personal de la necesidad de una atención especializada para con estos usuarios que acuden a Urgencias por motivos de consulta relacionados con su patología psiquiátrica y las situaciones comprometidas sino de conflicto que se generan en las numerosas y variadas actuaciones con estos, autolesiones y lesiones a terceros, al alza en los últimos tiempos. Estos argumentos contribuyen más si cabe a la reflexión de que no se debe esperar a que suceda algún hecho irreversible para instaurar soluciones de inmediato en tal sentido reconociendo una igualdad en derechos en cuánto a áreas de mejora en las actuaciones con este tipo de usuarios como sucedió en su momento con los usuarios pediátricos y obstétrico-ginecológicos, es decir la instauración y puesta en marcha de circuitos asistenciales específicos para tales usuarios en nuestras Urgencias y que aumentaron notablemente la calidad de la asistencia ofertada en la Unidad.

DISCUSIÓN

La implantación y funcionamiento de un Protocolo y Circuito Psiquiátrico en las urgencias hospitalarias del SSPA sino es nuevo sí es bastante dispar en la práctica. En el caso de la ciudad hispalense,¹⁴ en las Urgencias del H. General no existe ninguno de los instrumentos anteriormente citados en cambio en el Hospital Macarena aun no existiendo tampoco estos, cuando en el triaje se identifica a un usuario que acude por motivos psiquiátricos se le deriva directamente a las Urgencias Psiquiátricas que existen en la Unidad de Salud Mental cuestionándose entonces los autores cuales son los verdaderos motivos para estas diferenciaciones en el proceder para la atención a los usuarios psiquiátricos en centros pertenecientes a un mismo sistema sanitario público, el andaluz.

Resulta obvia la necesidad de disponer de un Circuito de Atención Psiquiátrica en Urgencias. Para ello, debemos iniciar la formación continuada de nuestro personal en tal ámbito, establecer un protocolo de actuación ante estos pacientes y por último trasladar a quien corresponda la aplicación práctica en el sistema informático de tal Circuito

asistencial. Los autores consideran que esta investigación aporta a la seguridad del usuario psiquiátrico identificar la opinión de la Enfermería de Urgencias sobre la atención ofertada a estos y sus cuidadores, corrobora la pertinencia de instaurar un Circuito de Atención y un Protocolo de Atención de Enfermería exclusivo a tal efecto e identifica la posible influencia de todas estas iniciativas y medidas con el objetivo final de la excelencia en el cuidado integral a estos usuarios del Sistema Sanitario Público Andaluz. Así mismo, los autores proponen líneas de investigación, a posteriori, tales como consensuar desde la Unidad de Urgencias y junto con la Unidad de Psiquiatría un protocolo de Atención de Enfermería al usuario psiquiátrico y cuidador principal. Pero también, intervenir en el diseño para posterior instalación en la aplicación informática (DIRAYA), concretamente en el Módulo de Urgencias, del nuevo circuito, el Circuito de Atención Psiquiátrica en Urgencias. Y para finalizar, se propone formar al personal de la Unidad tanto en el protocolo a tal efecto como en el manejo de la aplicación informática instaurada, previo pilotaje de ambos.

CONCLUSIONES

Las más significativas obtenidas de esta investigación son que el personal enfermero de Urgencias del H. Ntra. Sra. de Valme (Sevilla), es un personal experimentado y altamente cualificado, pero también es cierto que no disponen curricularmente de la especialidad de Salud Mental (EIR en Salud Mental) ni de formación postgrado en tal disciplina. Así mismo, que estos profesionales realizan continuas propuestas de mejora en su Unidad por y para ofertar calidad en la atención al usuario que acude a Urgencias y en esta ocasión al usuario psiquiátrico y su cuidador. Estas se circunscriben a trasladar a los gestores de la Unidad la situación real ante este fenómeno y reflexionar respecto a la pertinencia de consensuar un protocolo de atención de enfermería y diseñar un circuito de atención psiquiátrico en las Urgencias hospitalarias. Por otro lado, la más que parcialmente demostrada insuficiencia e ineficacia de los instrumentos y medidas adoptadas por la Administración sanitaria en materia de prevención y atención ante las agresiones a los profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía -plan, protocolo, plan formativo, registro de agresiones, día conmemorativo etc.-, por esta tipología de usuarios sanitarios. Ante tales reflexiones, no debe dilatarse más en el tiempo, ante el riesgo de acontecer un incidente de consecuencias irreversibles, la puesta en marcha de tales medidas. El usuario/a psiquiátrico y su cuidador/a merecen atención de calidad, disminución de tiempos de espera y evolución favorable en su visita a nuestras urgencias hospitalarias al igual que los usuarios/as pediátricos y ginecológicos que sí disponen de un circuito asistencial propio en las Urgencias.

Y para finalizar, constatar que es obvio y pertinente la necesidad de un protocolo de actuación y un circuito psiquiátrico en pos de la seguridad de estos/as usuarios/as y otros/as, sus cuidadores/as, profesionales y demás usuarios/as de la Unidad de Urgencias.

Nota 1. Al término de la investigación, concretamente en el mes de marzo de 2018, desde la UGCCyU del Hospital

Ntra. Sra. de Valme (Sevilla), se ha propuesto para su inclusión en el *Acuerdo de Gestión Clínica (AGC)* de la Unidad en 2018 el *Objetivo Avanzado (reserva)* de *Mejoría de la asistencia al paciente de Salud Mental* y por otro lado, *la elaboración de un protocolo así como habilitar un circuito para atención urgente a estos pacientes para que su estancia disminuya en zonas comunes y su TEPCOF - Tiempo de espera de 1ª consulta facultativa-*, en conjunto con la UGC de Salud Mental, todo un logro en la actualidad aun siendo una *propuesta* y de *reserva*. Los autores esperamos más y positivos avances en tal sentido en un futuro próximo para garantizar calidad en la atención a estos usuarios psiquiátricos y sus cuidadores en la Urgencias hospitalarias del SSPA.

Nota 2. Esta investigación ha sido presentada por sus autores en formato poster en el *IV Congreso de la Asociación de Enfermeras de Hospitales de Andalucía (ASENHOA)* y *III Reunión Internacional de Enfermera de Hospitales*, celebrado en la ciudad de Cádiz, concretamente en la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Cádiz, del 9 al 11 de mayo de 2018.

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan su agradecimiento más sincero al personal de Enfermería de la Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias del H. Ntra. Sra. de Valme (Sevilla), por la aceptación y participación activa en esta investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carmona J, García-Cubillana P, Millán A, Huizing E, Fernández G, Rojo M, et al. III Plan Integral de Salud Mental en Andalucía 2016-2020. 2016. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
2. C, Del Río S, Dotor M, Santana V, Suarez G. Estrategia para la seguridad del paciente en el SSPA 2011-2014. 2011. Junta de Andalucía. Consejería de Salud.
3. Memoria del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Hospital Ntra. Sra. de Valme. UGC Urgencias. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2015.
4. Memoria del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla. Hospital Ntra. Sra. de Valme. UGC Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2016.
5. Taller teórico-práctico de formación de usuarios en triaje estructurado de urgencias basado en el web_ePAT v4: Model Andorrà de Triatge (MAT)/Sistema Español de Triaje (SET). Edición octubre-diciembre (2015).
6. Teijeiro. R. *Triaje* en la psiquiatría de urgencias. Psiquiatría.com. Revista Internacional on-line. 2005.9(2). Disponible en: <https://www.psiquiatría.com/revistas/index.php/psiquiatricom/article/view/494>
7. Mejías F., Vila C. Abordaje y cuidados del paciente agitado. Documento de Consenso. Ciber Revista (Internet). 2016. Año 1(1)1.
8. Mancisidor M. Un paciente psiquiátrico causa alarma en el Hospital al quemar mobiliario de los baños. LaNuevaEspaña.es. (Acceso 20 Sep. 2017). Disponible en: <http://www.lne.es/aviles/2013/04/13/paciente-psiquiatrico-causa-alarma-hospital-quemar-mobiliario-banos/1396636.html>
9. Escalera A. Un paciente agrede a un auxiliar de enfermería en las urgencias del Cínico. Sur.es. (Acceso 22 Sep. 2017). Disponible en: <http://www.diariosur.es/malaga-capital/201409/04/auxiliar-enfermeria-agredido-paciente-20140904141906.html>
10. Testimonio narrado por la enfermera PNS, de la Unidad de Urgencias del H. Ntra. Sra. de Valme, tras incidente en el año 2015.
11. Testimonio narrado de la enfermera VMA, de la Unidad de Urgencias del H. Ntra. Sra. de Valme, tras incidente en el año 2016.
12. Plan de Prevención y Atención de Agresiones para los Profesionales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2005. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/./contenidos/profesionales/guia/AtencionAgresiones/PlanAtencionAgresiones.pdf>.
13. Ruíz Fájula, D. CCOO denuncia que cada día dos trabajadores del SAS son agredidos en Andalucía. Elmundo.es. (Acceso 13 Mar. 2017). Disponible en: <http://www.elmundo.es/andalucia/2017/10/17/59e64956ca47410b568b45a1.html>
14. Entrevista a la Delegada de SATSE en el H. Ntra. Sra. de Valme, realizada en el mes de febrero de 2018.

MANEJO Y CUIDADOS DE LAS HEMORRAGIAS UTERINAS DISFUNCIONALES

MANAGEMENT AND CARE OF DYSFUNCTIONAL UTERINE BLEEDING

- FRANCISCO JOSÉ NAVARRO BERNAL. MATRONA. C. SALUD "PUERTA TIERRA - LA PAZ". CÁDIZ.
 - ALMUDENA BARROSO CASAMITJANA. MATRONA. HOSPITAL DE JEREZ. CÁDIZ.
 - ANA MARÍA PERALTA DOMÍNGUEZ. MATRONA. C. SALUD MEDINA. CÁDIZ.
- CENTRO DONDE SE HA REALIZADO EL TRABAJO: HOSPITAL DE JEREZ. CÁDIZ.

RESUMEN: Las hemorragias uterinas disfuncionales se entienden como la hemorragia que previene del útero, sin que exista embarazo o puerperio, y en ausencia de enfermedad orgánica comprobable.

La aparición de un sangrado vaginal crea en la mujer un estado de angustia y ansiedad que le llevan a buscar asistencia al servicio de Urgencias del Hospital. La primera toma de contacto en urgencias es con la matrona y es por ello, que esta debe estar preparada y formada para poder asistir y prestarle los mejores cuidados.

En este artículo se recoge las principales patologías que cursan con metrorragia, sus tipos, diagnóstico, tratamiento y lo más importante, las necesidades y los cuidados que requieren este tipo de pacientes con esta patología.

PALABRAS CLAVES: Metrorragia, Patología ginecológica, Cuidados, Matrona

ABSTRACT: Dysfunctional uterine bleeding is understood as preventing uterine bleeding, with no pregnancy or postpartum, and in the absence of demonstrable organic disease.

The occurrence of vaginal bleeding in women creates a state of anguish and anxiety that lead them to seek assistance from the Hospital Emergency Department. The first contact in the emergency department with the midwife and is why this should be prepared and trained to assist and provide you with the best care.

In this article the main pathologies with metrorrhagia is collected, types, diagnosis, treatment and most importantly, the needs and the care they require this type of patients with this condition.

KEYWORDS: Metrorrhagia, Gynecologic Pathology, Care, Midwife

INTRODUCCIÓN

Entendemos por hemorragia uterina disfuncional como la hemorragia que proviene del útero, sin que exista embarazo o puerperio y en ausencia de enfermedades orgánicas comprobable. Normalmente suele producirse cuando hay algún tipo de afección ovárica que cursa con falta de ovulación. Las alteraciones en los ciclos menstruales son frecuentes en los dos años que siguen a la menarquia y en los tres años anteriores a la menopausia. La metrorragia afecta aproximadamente al 15-20 % de las mujeres en algún momento de su vida.(1)

Clasificación

Las metrorragias se pueden clasificar en: (2)

-Menorragia es el aumento anormal del flujo menstrual o de la duración de la menstruación, pero con intervalos intermenstruales normales. Ésta se produce cuando la menstruación se extiende más allá del límite de los siete días o bien implica una pérdida de sangre mayor a 80 ml. **Menorrea** es sinónimo de menstruación, o ciclo menstrual normal en mujer en edad fértil.

-Proiomenorrea es el trastorno del ciclo menstrual caracterizado por un intervalo excesivamente corto, generalmente inferior a 21 días, entre una menstruación y la siguiente.

-Opsomenorrea es un trastorno del ciclo menstrual que tarda más de 50 días.

-Polihipermenorrea es la menstruación frecuente y profusa, por aumento de la cantidad de flujo menstrual y acortamiento del intervalo intermenstrual. Es sinónimo de menorragia y de hipermenorrea.

-Amenorrea es la ausencia de menstruación, de por lo menos 2 ciclos consecutivos.

Las hemorragias uterinas anormales y acíclicas no guardan relación con la regla, son irregulares y entre ellas se incluyen las metrorragias que hacen perder el carácter cíclico a las menstruaciones y las hemorragias intermenstruales.

Causas

Las causas pueden clasificarse (una vez descartado su origen digestivo o urinario) en: (3,4)

-Hemorragias uterinas disfuncionales. Aquellas que no se relacionan con lesión orgánica responsable de dicha hemorragia. Pueden ser anovulatorias presentes generalmente en la adolescencia y en la perimenopausia y producidas por estímulo prolongado de estrógenos sobre el endometrio en ausencia de progesterona. Y ovulatorias por insuficiencia del cuerpo lúteo que desencadena una producción reducida de estrógenos y progesterona en la 2ª mitad del ciclo.

-Factores iatrogénicos como el uso de anticonceptivos, dispositivos intrauterinos, tratamientos con anticoagulantes, terapia hormonal sustitutiva y psicótopos.

Diagnóstico

Las hemorragias pueden responder a diferentes causas y presentar espectros clínicos muy variables. Por ello las pautas de diagnóstico no pueden ser uniformes.

En primer lugar, y tras la anamnesis cuidadosa, se ha de realizar una exploración ginecológica convencional, que podrá descubrir la presencia de lesiones cervicales, tumoraciones uterinas u ováricas.

La ecografía transvaginal es imprescindible prácticamente en todos los casos. Descarta un embarazo y aporta datos de gran valor, como estado de los ovarios, grosor endometrial, presencia de irregularidades uterinas o tumoraciones intracavitarias.

Siempre es preciso la práctica de un hemograma completo, con estudio de la ferritina y pruebas de coagulación.

Las determinaciones hormonales junto a otras pruebas funcionales, pueden servir de ayuda en determinados casos en que interesa saber si existe ovulación.

El diagnóstico definitivo lo dará la biopsia de endometrio.⁵

Tratamiento^{5,6}

1.-Hemorragias disfuncionales. Se persigue controlar el sangrado, evitar las recidivas y preservar la fertilidad en su caso. Dependiendo si la hemorragia es aguda o crónica varía la opción terapéutica. En las hemorragias agudas, si la mujer no es hemodinámicamente estable, se restringe la volemia y se administra alta dosis de estrógenos por vía intravenosa, si fracasa se suele practicar el legrado. En mujeres hemodinámicamente estable también se tratan con estrógenos mediante anticonceptivos orales a bajas dosis.

En general en el tratamiento médico se empleará AINE, ACHO, hierro, progestágenos, transfusión, gestágenos de acción prolongada, DIU, antifibrinolíticos y danazol. Si fracasan las opciones terapéuticas disponibles, se puede realizar la histerectomía o una termoablación endometrial. (6)

JUSTIFICACIÓN

La hemorragia de origen uterino es un signo que suele aparecer con frecuencia durante la vida reproductiva y menopáusica de la mujer. La aparición de una hemorragia, sin signos aparentes, crea en la mujer un estado de miedo y ansiedad que le incitan a buscar ayuda.

Debido a ello, la matrona tiene que estar preparada y saber cuáles son los cuidados que requieren este tipo de pacientes. En este artículo se estandariza y unifica los cuidados primordiales que necesitan estas pacientes.

OBJETIVO

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

METODOLOGÍA

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

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

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

-Revistas científicas: Nure Investigación, Matronas Profesión y Matronas Hoy.

-Protocolos existentes en los hospitales de la Comunidad Andaluza.

RESULTADO

Los cuidados que requieren las mujeres que presentan hemorragia disfuncional son los siguientes: (7,8,9)

TABLAS I, II.

CONCLUSIONES

La hemorragia vaginal de origen desconocido que crea en la mujer una situación de alarma, debido a que se asocia a un problema de gravedad. Ante tal situación la mujer suele buscar asistencia y ayuda en el servicio de urgencias del Hospital.

El personal de enfermería en estos casos es primordial, ya que es el primero con el que toma contacto la paciente y establece su vínculo contándole su problema. Desde esta primera toma de contacto, la mujer se convierte en la principal receptora de cuidados de enfermería.

Con la elaboración de los planes de cuidados, nos quedan recogidas y estandarizadas las necesidades que presentan estas pacientes y las actividades que se deben de llevar a cabo con ellas, para que puedan recibir unos cuidados de calidad.

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

TABLAS

TABLA I: PLAN DE CUIDADOS		
DIAGNÓSTICO	INTERVENCIONES (NIC)	RESULTADO (NOC)
(00027) Déficit de volumen de líquido r/c hemorragia	(4180) Manejo de la hipervolemia -Observar los niveles de hemoglobina y hematocrito -Vigilar los signos vitales -Mantener una vía IV permeable -Mantener un flujo de líquidos. -Disponer de productos sanguíneos para transfusión si procede	(0409) Estado de coagulación -Sangrado (0600) Equilibrio electrolítico -Ritmo cardíaco -Fuerza muscular
(0126) Conocimientos deficientes sobre su proceso	(5230) Ayudar a la paciente a identificar la información -Evaluar la capacidad de la paciente para tomar decisiones (5270) Apoyo emocional (5629) Enseñanza proceso enfermedad -Proporcionar a la paciente información acerca de su enfermedad -Reforzar la información suministrada.	(1803) Conocimiento: proceso de la enfermedad (1814) Conocimiento: proceso terapéutico
(00146) Ansiedad r/c amenaza de cambio en el estado de salud	(5340) Presencia -Escuchar las preocupaciones de la paciente -Permanecer con la paciente para fomentar su seguridad (5820) Disminución de la ansiedad -Proporcionar información objetiva respecto al problema	(1402) Control de la ansiedad
(00148) Temor r/c hospitalización y procedimientos hospitalarios	5380) Potenciación de la seguridad -Explicar a la paciente para fomentar su seguridad. -Responder a las preguntas sobre su salud de manera sincera. -Permanecer junto a la paciente para fomentar su seguridad	(1404) Control del miedo
(00059) Disfusión sexual r/c alteración de la estructura o función corporal	(5248) Asesoramiento sexual -Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y en el respeto -Proporcionar intimidad y asegurar confidencialidad. -Hacer saber a la paciente que estamos preparados para responder a cualquier pregunta. sexualidad.	(0119) Funcionamiento sexual

TABLA II: PLAN DE CUIDADOS		
Problemas de colaboración	Intervenciones (NIC)	Resultado (NOC)
(00044) Deterioro de la integridad tisular	(4160) Control de la hemorragia -Identificar la causa de la hemorragia. -Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre. -Observar si hay signos y síntomas de hemorragia persistente. (4020) Disminución de la hemorragia. - Controlar los estudios de coagulación. -Instruir a la paciente y familia acerca de los signos de la hemorragia y acciones apropiadas si se produjeran más hemorragias -Mantener la vía IV permeable -Administrar productos sanguíneos	(1101) Integridad tisular: piel y membranas, mucosas. - Hidratación - Coloración
Administración de tratamiento: -Medicación oral -Parenteral	(2304) Administración de medicación oral. -Preparación y administración de medicamentos por la boca y seguimiento de la respuesta del paciente - Preparación y administración de medicamento por vía intravenosa.	
Colaboración con el médico	(7710) Colaboración con el médico -Establecer una relación de trabajo profesional con el personal médico - Ayudar al paciente a expresar sus inquietudes al médico. - Informar de los cambios en el estado del paciente si procede.	

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Fabre González E. Manual de Asistencia a la Patología Ginecológica. Madrid. WYETH-LEDERLE; 1997: p. 27-30.
- 2.-Usandizaga J, Dela Fuente P. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Madrid. McGraw-Hill. 1998: p. 83-90.
- 3.-Junta de Andalucía. Proceso Asistencial Integrado. Hemorragias Uterinas Anormales. Sevilla. Consejería de Salud. 2005.
- 4.-Montoya Beneitez P, Martin F, Prado Laguna L. Etiología de las metrorragias. Enfermería Científica. 1994. 57-60.
- 5.-Kilbourn CL, Richards CS. Hemorragias uterinas anormales. Consideraciones diagnósticas y opciones terapéuticas. Postgraduate Medicine. 2002. 7(3) :79.
- 6.- Fergusson R, Lethaby A, Shepperd S, Farquhar C. Resección y ablación del endometrio versus histerectomía para el sangrado menstrual abundante. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013 Issue 11. Art. No.: CD000329. DOI: 10.1002/14651858.CD000329
- 7.-Spark Ralph S, Craft-Rosenberg M, Heatherherdman, Lavin M A. DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS: DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN. Madrid: Elsevier. 2004.
- 8.-Moorhead S, Johnson M, Maas. CLASIFICACIÓN DE RESULTADOS DE ENFERMERÍA (NOC). Tercera Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005.
- 9.-Dochterman JM, Bulechek G. CLASIFICACIÓN DE LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC).Cuarta Edición. Madrid. Mosby-Elsevier. 2005.

MANEJO DE LA VÍA SUBCUTÁNEA PARA EL CONTROL DE LA SINTOMATOLOGÍA EN EL PACIENTE PALIATIVO

MANAGEMENT OF THE SUBCUTANEUS ROUTE FOR THE CONTROL OF SYMPTOMS IN THE PALLIATIVE PATIENT

■ MIRIAM CORRAL LOPEZ TERCERO, ENFERMERA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y MEDICINA INTERNA, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SEVILLA
 ■ MARÍA ISABEL MAESO JIMÉNEZ, ENFERMERA UNIDAD DE CUIDADOS PALIATIVOS Y MEDICINA INTERNA, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, SEVILLA.

RESUMEN: La vía subcutánea es una de las cuatro vías parenterales existentes para la administración de medicamentos. Debido a las utilidades del acceso subcutáneo se ha ampliado considerablemente su uso tanto en pacientes paliativos como en la atención primaria y domiciliaria. En el presente trabajo, además de poner en énfasis la utilidad y eficacia de la vía subcutánea en pacientes paliativos, estableceremos las ventajas e inconvenientes del uso de este tipo de vía, así como los fundamentos farmacológicos, fármacos utilizados, características, indicaciones, contraindicaciones y todas aquellas descripciones que ayudarán a mejorar el cuidado y control del dolor en el enfermo en situación terminal.

PALABRAS CLAVES: Vía subcutánea, Cuidados Paliativos, Farmacoterapia

ABSTRACT: The subcutaneous route is one of the four existing parenteral routes for administering medications. Because utilities subcutaneous access has significantly expanded its use both as a palliative patients in primary and home care

In this article, also put emphasis usefulness and efficacy of subcutaneously in patients palliative establish the advantages and disadvantages of using this type of road and pharmacological fundamentals, drugs used, characteristics, indications, contraindications, and all those descriptions that will help improve care and pain control in terminally ill situation.

KEY WORD: Subcutaneously, palliative care, pharmacotherapy.

INTRODUCCIÓN

El tejido subcutáneo es la capa de la piel que actúa como aislante térmico, reserva energética y tiene función protectora frente a traumatismos, presentando una biodisponibilidad del 90 % en cuanto a la eliminación del metabolismo de primer paso hepático.

La vía subcutánea favorece la administración de fármacos puesto que, se extiende por toda la superficie corporal sin presentar barreras de absorción, entrando la medicación directamente a través de los capilares al torrente sanguíneo.

En este caso, la vía subcutánea es la alternativa de elección al fallo de la oral en el enfermo paliativo. Debido a su eficacia y simplicidad está cada vez más extendida y utilizada por los Equipos de Cuidados Paliativos, servicios de Oncología, y Unidades de Hospitalización Domiciliaria y Atención Primaria.

Los Cuidados Paliativos están diseñados para proporcionar bienestar y soporte a los pacientes y a sus familias en las fases finales de una enfermedad terminal. Procuran cuidados médicos y psicológicos especializados junto a un soporte emocional y espiritual durante la fase terminal, de manera que el paciente esté consciente y libre de dolor, con los síntomas bajo control y en un entorno rodeado de la gente que le quiere.

Sin embargo, la vía de elección para tratar los síntomas en cuidados paliativos es la vía oral, pero ciertas circunstancias pueden imposibilitar su uso, siendo necesario recurrir

a otras vías alternativas, como sería la vía subcutánea; permitiendo manejar síntomas como el dolor, disnea o delirium. De este modo, dentro de las posibles causas de pérdida o intolerancia de la vía oral pueden ser: intolerancia gástrica, imposibilidad de deglución, náuseas y vómitos, intolerancia, debilidad extrema, estados confusionales, agonía, disminución de consciencia, etc. Son poco frecuentes en la práctica diaria, las situaciones que desaconsejan la utilización de la vía subcutánea para la administración de fármacos.

En estos casos, otras vías alternativas a la oral pueden ser la vía intravenosa, rectal, intramuscular, sublingual y transdérmica, aunque presentan también ciertos inconvenientes.

Indicaciones del uso de la vía subcutánea

- Náuseas, vómitos persistentes e incoercibles.
- Dolor
- Síndrome de obstrucción intestinal
- Disfagia severa u odinofagia.
- Hipertensión intracraneal
- Delirio.
- Convulsiones.
- Oclusión intestinal no quirúrgica.
- Agonía
- Sedación, coma, o cualquier alteración del nivel de consciencia.

- Incapacidad para el control por otras vías
- Megadosis orales o duda sobre la toma de medicación por vía oral
- Debilidad extrema
- Sedación paliativa
- Fístulas esófago-traqueales o entero-cutáneas, sobre todo las que se encuentran a nivel de intestino delgado ya que a esta altura se absorben la mayoría de los fármacos.

Respecto a las contraindicaciones que pueden aparecer en este vía son muy poco frecuentes y son: presencia de coagulopatias, estados de shock y anasarca.

VENTAJAS

- Autonomía para el enfermo
- Técnica poco agresiva
- No precisa hospitalización
- Fácil de utilizar: familia y cuidadores
- Evita pinchazos frecuentes
- Posibilidad de administrar diferentes fármacos.
- Favorece el cuidado del paciente en su domicilio
- Menos complicaciones que la iv.
- Tiene pocos efectos secundarios y complicaciones.
- Permite infusión continua

TÉCNICA DE INSERCIÓN DE LA VÍA SUBCUTÁNEA

El material necesario para la administración subcutánea de fármacos es:

- Palomilla calibre 23 G, en caso de ser de teflón se recomienda un diámetro de 24 g 0 25 g según caquexia
 - Guantes
 - Suero fisiológico.
 - Gasas
 - Apósito transparente.
 - Solución antiséptica
 - Jeringa para purgarla con el suero fisiológico y otra para introducir la medicación necesaria.
 - Medicación.
 - Si utilizamos infusión continua: infusor, funda de tela para el infusor y suero glucosado para completar el volumen del infusor.
 - Contenedor para material punzante
- (Ver fig. 1 y fig 2.)

Pasos a seguir en la inserción de la palomita subcutánea:

1. Informar al paciente de la técnica a realizar
2. Proporcionar la intimidad del paciente.
3. Lavado de manos y colocación de guantes desechables.
4. Seleccionar la zona para la administración de la medicación:
 - o Las zonas de elección para la inyección son: el área subclavicular, área infraclavicular, deltoides y zona pectoral (evitar zonas próximas a tejido mamario) o



Figura 1

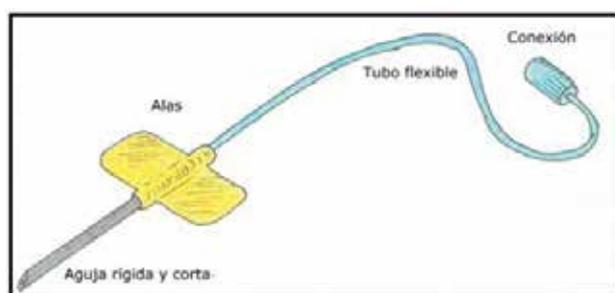


Figura 2

abdomen (cuadrante superior) y muslos. También se puede utilizar las extremidades, preferentemente a nivel proximal. Son otras zonas que se contemplan la cresta iliaca y la zona superior y lateral de la nalga. Evitar también zonas ulceradas, inflamadas o edematosas.(ver fig.3)

- Elección adecuada de las zonas de punción:
 - Zona con más tejido subcutáneo, según el grado de caquexia
 - Comodidad del cuidador para administrar la medicación
 - Comodidad del paciente según el grado de postración
 - Cantidad de ropa que lleve el paciente según temperatura ambiental y corporal
 - Parece ser que la zona de los miembros inferiores es la más sensible
- 5. Preparar la palomita y dejarla lista para su inserción, es necesario purgarla con 0.3-0.5 ml de suero fisiológico.
- 6. Desinfectar la zona con gasas impregnadas en povidona yodada, luego gasas empapadas en alcohol de 70°, evitando pasarlas dos veces por el mismo sitio.
- 7. Coger un pellizco de la zona donde se va a insertar la palomita e introducirla en un ángulo de 45° (90° en la administración de heparina de bajo peso molecular) colocar el bisel hacia arriba e introducir con un movimiento rápido y directamente al músculo.

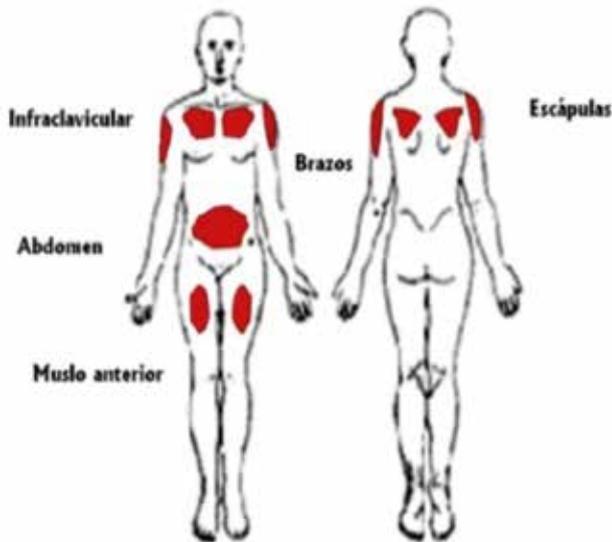


Figura 3

8. Aspirar antes de introducir la medicación por si hemos tocado un vaso, en caso afirmativo extraer la aguja e introducirla nuevamente en otra zona.
9. Colocar el apósito transparente, dejando libre el extremo de la conexión. Es muy útil anotar la fecha para saber cuándo corresponde la próxima revisión.
10. Administrar la medicación.
11. Retirar la aguja y desechar el material en el contenedor apropiado.
12. Una vez inyectado el fármaco, introducir 1 ml de suero fisiológico para arrastrar cualquier resto de medicación que pudiese haber quedado en el cable de la palomita.
13. Registrar en hoja de comentarios de enfermería, los efectos indeseables que se pudieran producir
14. Hay que observar diaria mente el sitio de inserción para comprobar la presencia de signos que nos indiquen algún cambio del estado de la piel.
 - Las complicaciones locales que se presentan con baja frecuencia: eritema, endurecimiento, reflujo, infección local, sangrado o pérdida de líquido en zona de punción.

Formar de administración de la medicación en la vía subcutánea para el manejo de dolor:

Infusión continua: Para llevarla a cabo existen dos tipos de dispositivos: las bombas

Electrónicas externas, que no se suelen utilizar en atención primaria y los infusores elastoméricos, hay infusores que se usan para un tiempo de 24 h o incluso que se pueden mantener durante 5 o 7 días, por ello el efecto es mantenido a lo largo del tiempo, además la podemos complementar administrando si fuese necesario, dosis extras de un 10% de la dosis total a infundir en 24 h. Los niveles plasmáticos que se obtienen son más estables por lo tanto. Tiene la ventaja de poder combinarse con la intermitente.

Infusión intermitente o bolos: Es la forma más sencilla y asequible para los equipos de

Atención primaria. El efecto que presenta es en picos que va aumentando progresivamente hasta alcanzar la dosis máxima a partir de la cual su eficacia comienza a disminuir. La inyección de la medicación se puede realizar de forma pautada o de forma puntual. Recalcar que el volumen máximo a infundir son 2ml si es inyección sin palomita en caso necesario colocarla.

FÁRMACOS MÁS EMPLEADOS PARA EL MANEJO DE LA SINTOMATOLOGÍA Y DOLOR PRESENTA EN ESTOS PACIENTES

Los más usados para administrar por esta vía son los fármacos hidrosolubles no se pueden usar las liposolubles porque poseen un alto grado de irritación. Ver anexo.

CONCLUSIONES

La vía subcutánea no solo resulta de interés ante la imposibilidad de la vía oral, sino en casos de dificultad de acceso venoso incluyendo los fallos por desplazamiento de catéter debido a problemas de obesidad, esclerosis en las venas, fragilidad o colapso.

Gracias al uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos, podemos mantener a este tipo de pacientes en un umbral medianamente estable.

Consideramos, que uno de los objetivos que debería acompañar a todo tipo de abordaje del enfermo en situación terminal, sería mantenerlo en un “mínimo terapéutico” ya que, se pretende causar un mínimo impacto en el paciente y donde la prioridad, recae en el alivio sintomatológico, dando la oportunidad, el uso de este tipo de vía, poder administrar fármacos de manera continua y discontinua.

Parece que la vía subcutánea presenta ventajas en relación a su manipulación, mantenimiento, efectos adversos, facilidad de manejo y sencillez de la técnica que puede hacer prescindir de un personal cualificado específico.

Además de esto, se suma la ventaja económica y la mejora de la calidad de vida del paciente.

Por todo ello, resulta un campo de estudio de interés en la actualidad, teniendo en cuenta la situación cada vez más frecuente de enfermedades crónicas con aumento de la esperanza de vida de los pacientes y mayor necesidad de cuidados paliativos.

Por otro lado puntualizar que la experiencia clínica en la utilización de la vía subcutánea de determinados medicamentos, como los antibióticos, es escasa, y existen pocos estudios fiables de estabilidad y compatibilidad que avalen el uso de mezclas binarias o de más fármacos. Aun así, tras la exhaustiva revisión realizada se contempla la utilidad de dicha vía para paliar síntomas y control del dolor.

ANEXO

FÁRMACOS	USO	DOSIS
MORFINA	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor cuando se han agotado los dos primeros escalones de la escalera analgésica de la OMS. - Disnea - Sedación 	<p>Relación morfina oral/parenteral que es de 2/1. Si se administra en bolo esta dosis se hará cada 4 horas.</p> <p>Si ha recibido opioides: 0,5 mg/kg/día cada 4 horas</p>
METROCLOPRAMIDA	<ul style="list-style-type: none"> - Nauseas y vómitos 	10-20 mg/6-8 h o r a s
HALOPERIDOL	<ul style="list-style-type: none"> - Vómitos inducidos por la morfina y por alteraciones metabólicas. - Sedante. - Delirios 	La dosis utilizada es de 0,5-2 mg/8 h, con un máximo de 15 mg/día
MIDAZOLAM	<ul style="list-style-type: none"> - Fase agónica para el tratamiento de la disnea terminal - Sedante - Convulsiones 	<p>De 10 -15 mg / 24 horas en 6 dosis (cada 4 horas).</p> <p>Para sedación: bolo inicial de 15 mg y luego dosis individualizada</p>
DEXAMETASONA	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora el estado general y el ánimo e incrementa el apetito. - Vómitos - Fármaco coadyuvante del dolor por metástasis óseas y por compresión nerviosa. - Hipertensión intracraneal, de la compresión medular y del síndrome de la vena cava superior. - Disnea - También se puede utilizar en el tratamiento de la sudoración intensa y de la fiebre - Compresión medular - Obstrucción intestinal 	2-4 mg/día
LEVOPROMACINA	<ul style="list-style-type: none"> - Delirio - Agitación 	75-150 mg/día cada 8 horas.

BIBLIOGRAFÍA

- Aina Soler Mieras, Sebastià Santaeugenia González y Eva Montané Esteve. Antibióticos por vía subcutánea en pacientes que precisan cuidados paliativos. *Med Clin (Barc)*, 2007.
- Azuara ML, Sánchez Y, Barcia E, Negro S, Reyes R. Mezclas de fármacos por vía subcutánea. Comunicación oral. Congreso de la SECPAL. Medicina Paliativa 2000.
- Boletín informativo. Hospital Psiquiátrico de Álava. Comisión de farmacia y terapéutica. N5. Administración de medicamentos por vía subcutánea, 2004.
- B. Hernandez Pérez, C. López López, M.A. García Rodríguez. Utilidad en el control de síntomas del paciente terminal. *medifam*. 2002; 12.
- Carolina Botella Dorta, Administración parenteral de medicamentos: la vía subcutánea. Atención primaria en la red, 2004.
- Corrales E, Porta J. Uso de la vía subcutánea. En: Porta J, Gómez-Batista, Tuca A, editores. Control de síntomas en pacientes con cánceres avanzados y terminal. 1ª ed. Madrid: Arán ediciones; 2004: 271-7.
- De Miguel Sánchez C, Riestra Fernández A, Molina E. Vía subcutánea: indicaciones y manejo. *Jano*, 2009; 1724: 23-25.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería. Técnicas clínicas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana, 2002.
- Lamelo F, San Martín J, Vila M, Aldamiz B, Rodríguez A. La administración subcutánea de medicamentos en cuidados paliativos. *Med Integ* 1996; 27:383-386.
- Leno González, D., Leno González, J., Lozano Guerrero, M.J. y Fernández Romero, A. Fundamentos de la administración subcutánea continua y en bolus en cuidados paliativos. *Revista electrónica semestral de enfermería. Enfermería global* N° 5. 2004 .
- Lizán Tudela L, Benítez del Rosario MA, Cabedo García VR, Astudillo W. Protocolo de cuidados paliativos. *FMC* 1997; 4 Suppl 3: 21-3.
- Lorenzo Pascual López, Ana Sanmartín Almenar. Utilización de fármacos por vía subcutánea en cuidados paliativos. Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria, 2009.
- María del Pilar Ruíz Márquez. Guía clínica. Uso y recomendaciones de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Observatorio Regional de Cuidados Paliativos de Extremadura, 2010.
- Mila Arrieta Ayestarán, Laura Balagué Gea, Ana Bñuelos Gordon y otros. Guía de práctica clínica de cuidados paliativos, 2008.
- NHS Greater Glasgow, Acute Services Division, Palliative Care Practice Development Team. Guidelines for the use of subcutaneous medications in palliative care. March 2007.
- Porta-Sales J, Gómez-Batista X, Tuca A, editores. Manual de control de síntomas en pacientes con cáncer avanzado y terminal. Madrid: Editorial Arán; 2004.
- R. Gallardo Avilés, F. Gamboa Antiñolo, Uso de la vía subcutánea en cuidados paliativos. Monografías SECPAL; N° 4, 2013.
- Silva M, Lamelo F. Utilización de la vía subcutánea en cuidados paliativos. La Coruña: Fistera.com. Atención Primaria en la Red, 2010.

DETECCION Y ACTUACIÓN EN CASO DE ESCABIOSIS

DETECTION AND ACTION IN CASE OF SCABIES

■ CRISTINA RODRÍGUEZ ÁLVAREZ. ENFERMERA.

RESUMEN: Se ofrece una revisión teórica actualizada sobre Escabiosis, incluyendo medidas de prevención, detección, control y actuación para su erradicación basado en caso clínico (brote) en una institución cerrada.

PALABRAS CLAVES: escabiosis, picor, contagio, ácaro, casos, brote.

SUMMARY: An update on Scabies, including prevention, detection, control and performance for its eradication based on clinical case (outbreak) in a closed institution theoretical revision is available.

KEYWORDS: scabies, itching, infection, mite, cases, bud.

INTRODUCCIÓN

La escabiosis, comúnmente conocida como sarna, es una infección dérmica causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei* variedad hominis, ectoparásito de 8 patas perteneciente a Phylum Arthropoda, clase Arachnida, subclase Acarina, orden Astigmata, familia Sarcoptidae[1]

Se conocen alrededor de 40.000 especies de ácaros en el mundo pero, según los expertos, el número debe ser aún mucho mayor. De todas ellas, varias decenas son de interés dermatológico y entre ellas destaca *Sarcoptes scabiei*, también llamado el arador de la sarna, que afecta tanto a humanos como a otros mamíferos; si bien, la infestación humana por ácaros procedentes de perros, caballos u otros animales domésticos (la denominada sarna animal) produce, a diferencia de la transmitida de persona a persona, una erupción pruriginosa, autolimitada y que cura espontáneamente, ya que no puede completar en el hombre su ciclo vital[4]

Se encuentra ampliamente distribuida en el globo terráqueo, estimándose que existen 300 millones infestados. Se manifiesta en cualquier raza, grupo étnico y nivel socio-económico, aunque las mayores tasas de infestación se dan en los niños y jóvenes, y en los estratos socio-económicos más bajos, principalmente a través del contacto directo con individuos infestados y en menor grado por contacto con sus fomites o ropas [2]

Las lesiones se localizan frecuentemente en dorso de manos, pies, codos, rodillas, tobillos, genitales, cara, piel cabelluda y uñas, pudiendo ser generalizadas e incluso eritodérmicas. [3]

En el estrato córneo se observarán ácaros, huevecillos, materiales amorfos (que corresponden a heces) y ocasionalmente, costras. Justo por debajo del estrato córneo se detectará el espacio correspondiente al túnel. La epidermis revelará acantosis irregular y espongirosis focal. En dermis superficial y profunda, se encontrará un infiltrado inflamatorio de linfocitos, eosinófilos, histiocitos y a veces,

neutrófilos. En la variedad costrosa se hallarán numerosos ácaros, hiperqueratosis prominente y un infiltrado similar a la forma clásica. En la variedad nodular, el infiltrado inflamatorio será nodular y denso, con predominio perivascular en dermis profunda e incluso, tejido celular subcutáneo, evocativo de linfoma o pseudolinfoma. [1]

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Irritaciones en la piel (pápulas caracterizadas por su disposición lineal, surcos).

Sarpullidos en la piel que pueden desaparecer al cabo de unas horas tras su aparición en todo el cuerpo o en una zona concreta.

Picazón fuerte, en la zona infectada, predominando las noches debido a las puestas de huevos durante la misma, causante del picor. En estadios más avanzados el picor se mantiene durante todo el día.

Arañazos en la piel causados por el rascado.

Costras o escamas con aspecto de dermatitis eccematosa.

Los lugares más frecuentes de localización son los espacios interdigitales, cara anterior de muñeca y codos, axilas, ingles, región genital y/o anal y cuádriceps. En general, puede afectar a todo el cuerpo excepto la cara y cuero cabelludo.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se realiza principalmente con los datos anamnésticos y el examen físico haciendo hincapié en la historia familiar y/o los contactos con síntomas similares. Una presentación clínica compatible con sarna y/o una presentación sospechosa, en un paciente con el antecedente epidemiológico de sarna, amerita la indicación de tratamiento específico [2]

Una analítica sólo nos aportará una elevación de los eosinófilos, el resto normal. La visualización al microscopio de ácaros, óvulos o excrementos en el raspado de la piel, nos da la confirmación del diagnóstico definitivo.

Dentro de los diagnósticos diferenciales se incluyen: ecze-

ma crónico, pitiriasis rubra pilaris, psoriasis, queratoderma palmoplantar, y enfermedad de Darier. [3]

Existen 3 variantes principales de escabiosis: la forma clásica, costrosa y nodular [1]

Sarna nodular. Cursa con nódulos pruriginosos rojo marronáceos que simulan un linfoma cutáneo tanto clínica como histológicamente. Se localizan con frecuencia en áreas cubiertas como genitales masculinos, ingles y axilas. Es probable que estas lesiones sean consecuencia de reacciones de hipersensibilidad al ácaro.

La **sarna costrosa o noruega** es una forma clínica de escabiosis, caracterizada por la hiperqueratosis y la formación de costras que pueden alcanzar varios milímetros de espesor, con aspecto clínico psoriasiforme, y que generalmente, se observa en individuos con cierto grado de compromiso inmunológico [3]. Es una variedad de escabiosis de presentación clínica grave y poco frecuente, causada por el ácaro *Sarcoptes scabiei hominis*, parásito estricto del ser humano. La contagiosidad aumenta considerablemente una vez que se desprenden las escamas.

Esta rara forma de presentación, altamente contagiosa, fue descrita por primera vez en 1848 en pacientes noruegos que padecían lepra lepromatosa. [5]

FORMAS DE CONTAGIO

Su transmisión se vincula directa y/o indirectamente.

La transmisión por contacto directo, de persona a persona, requiere un contacto prolongado con la persona infectada, mientras que, por contacto indirecto se propaga a través de objetos (ropas, cepillos...).

Tantos los huevos como los ácaros adultos pueden permanecer fuera del ser humano varios días facilitando la expansión rápidamente en condiciones de hacinamiento entre los convivientes por compartir ropa, toallas, sábanas, sofá, sexo. Ver Tabla 1.

El periodo de incubación comprende de entre 4 a 6 semanas tras la infestación. Si con anterioridad se ha padecido dicha enfermedad, los síntomas aparecen en tan solo unos días. El contacto con dicho ácaro no supone la inmunidad en el futuro, pudiendo volver a padecerla.

Momento del ciclo	S. scabiei
Huevos	10 días
Ninfas	10 días
Adultos	2-4 días

Tabla 1. Supervivencia fuera del huésped de *S. scabiei*

TRATAMIENTO

Existen varias lociones, siendo de primera elección la permetrina al 5%.

Se aplicará preferentemente tras la ducha por la tarde-noche, para permanecer con ella durante unas catorce horas. Se cambiarán las ropas de camas, toallas y pijamas. La crema se retirará a la mañana siguiente a su aplicación mediante una ducha, volviendo a utilizar una muda nueva de toalla, pijama y ropa de cama respecto al día anterior. La loción se unta del cuello hasta los pies.

Máxima dosis de aplicación son tres, con una separación de entre ellas de una semana.

En niños menores de 2 años, embarazadas y lactancia valorar otras lociones. Las personas asmáticas, la aplicación de permetrina se realizara bajo control del personal sanitario por riesgo de cierre de glotis como reacción adversa.

Alerta

Aparición de 3 o mas casos, en ámbito familiar y 2 en instituciones cerradas (hospitales, residencias, albergues, guarderías)

Actuación

Ante un caso confirmado, diferenciar y localizar, en primer lugar, los demás casos que cumplan con un caso probable más criterio de laboratorio; posteriormente, se buscaran los casos probables (casos sospechosos mas confirmación de lesiones por un médico), y casos sospechosos (compatible con la definición clínica de caso).

Esta actuación la llevará a cabo el personal sanitario del Centro (de dicho brote), para los pacientes, o/y la Mutua para los trabajadores. Si la Escabiosis se diese fuera de instituciones cerradas (guarderías, residencias, hospitales,...), bien entre estudiantes o familiar, la persona se dirigirá a su médico de zona para su diagnóstico y tratamiento.

Si nos encontramos ante un caso confirmado, la aplicación del tratamiento se realizará a todos los convivientes siguiendo el protocolo predispuesto para su erradicación.

En caso específico de brote, se contactará con el Servicio de Epidemiología de Zona, quién definirá el Período Epidémico, con la finalidad de delimitar y definir las personas consideradas como contactos, asesorará de las medidas a tomar y resolverá dudas informando, mediante charlas, a los afectados, compañeros y familiares.

Las personas infectadas permanecerán aisladas hasta pasadas 24 horas del inicio del tratamiento.

La finalización de la alerta se realiza a las seis semanas de la aparición del último caso sin aparición de nuevos casos probables.

Protocolo de actuación

1. Medida de aislamiento en personas infectadas hasta pasadas 24 horas a la iniciación del tratamiento.
2. Uso de guantes por todo el personal del centro de trabajo.
3. Se utilizará toallas y ropa limpia tras la ducha previa a la aplicación del tratamiento. Transcurridas las 14 horas tras la puesta de la loción, se retirada mediante

- una ducha disponiendo de toallas y ropa limpia, desechando la del día anterior. Mismo procedimiento con la muda de cama.
4. Ante la presencia de urticaria se le administrará algún antihistamínico como, cetirizina, loratadina, polaramine.
 5. Meter en bolsas de plástico durante tres días toda la ropa utilizada así como manta, sábanas, colcha.
 6. Lavar toda la ropa en agua caliente (50°) y planchar, posteriormente, con vapor.
 7. Llevar a la tintorería o dejar colgada en un lugar ventilado y seco durante una semana la ropa con imposibilidad de tratarla a 50°.
 8. Limpiar a fondo la casa, aspirando sofás, alfombras, colchones, etc. cambiando luego la bolsa por una nueva.
 9. El personal sanitario hará uso de bata, que tras la finalización de su jornada se dispondrán en bolsas de plástico cerradas para transcurridos unos días lavarla.
 10. Evitar el contacto corporal con otra persona hasta completada el tratamiento o finalización del brote.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plascencia Gómez A., Proy Trujillo H., Eljure López N., Atoche Diéguez C., Calderón Rocher C. Escabiosis: una revisión Scabies. *Dermatología CMQ* 2013; 11(3):217-223.
2. Aráoz F., Bordieu T., Carracedo L., Chen J., De Frenza F., Gariboto M., Luna Pinto M., et al. Cases series of patients with scabiosis treated with 6% precipitad sulfur. *Archivos de Medicina Familiar y General*. Vol. 8 N° 1-2011.
3. Domínguez L., Gorostiaga G., Rivelli V., Aldama A. Crusted scabies. Report of 22 cases. *DermatologíaCMQ*2011;9(1):7-9.
4. García Dorado J., Alfonso Fraile P. Sarna, pediculosis y picaduras de insectos. *Pediatr Integral* 2012; XVI(4): 301-320.
5. Nijamin T., Laffargue J. A., Mantero N. M., Jaime L.J., De Lillo L., Grees S.A. Norwegian scabies in a pediatric patient with Down syndrome, a case report. *Arch. argent. Pediatr*. Buenos Aires dic. 2013. Vol.111 n°. 6.

METODOLOGÍA EN EL TRATAMIENTO ENFERMERO DE LA BRONQUIOLITIS

METHODOLOGY IN THE NURSE TREATMENT OF THE BRONCHIOLITIS

■ SONIA GARCÍA ROLDÁN. ENFERMERA.
 ■ M^a ISABEL PÉREZ LÓPEZ. ENFERMERA.
 ■ ALEJANDRA RODRÍGUEZ LUGO. ENFERMERA.

RESUMEN: En nuestro artículo trataremos la bronquiolitis, que es una de las enfermedades más comunes en la práctica pediátrica. Abordaremos dicha patología, desde su definición, cuadro clínico, complicaciones, diagnóstico y tratamiento. De la misma forma, describiremos un plan de actuación en el que se detallan los diagnósticos enfermeros, así como los objetivos e intervenciones que se realizarán al abordar dicha patología.

La bronquiolitis es una enfermedad caracterizada por la inflamación de las vías respiratorias y acumulación de moco en las mismas. Se produce por multitud de agentes etiológicos, pero principalmente el responsable es el virus sincitial respiratorio; llegando a afectar a menores de dos años.

PALABRAS CLAVES: Bronquiolitis, cuidados de enfermería, educación sanitaria.

SUMMARY: In our article we will treat bronchiolitis, which is one of the most common diseases in pediatric practice. We will address this disease, since its definition, clinical profile, complications, diagnosis and treatment. In the same way, we will describe an action plan where it is detailed the diagnostic nurse, as well as the objectives and interventions that will be made in treatment of his disease. Bronchiolitis is a disease characterized by inflammation of the respiratory tract and mucus accumulation in them. It is produced by a multitude of etiologic agents, but the main responsible is the respiratory syncytial virus; reaching affect children under two years old.

KEY WORDS: Bronchiolitis, nursing, health education care.

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es una enfermedad caracterizada por una inflamación aguda de las vías aéreas inferiores cuya base de producción es una infección. Se manifiesta por una obstrucción de las vías aéreas pequeñas que puede ocasionar diversas lesiones entre las que se encuentra el edema peribronquial y la obstrucción de la luz debido a los tapones de moco, todo esto provoca una hiperinflación alveolar que si se agrava podría desembocar en hipersinsuflación.

El principal patógeno que produce la bronquiolitis es el Virus Sincitial Respiratorio (VRS), acompañado del virus parainfluenza (tipo 3). El VRS se trasmite a través de la saliva y por autoinoculación de material que esté infectado. Es muy común el contagio en hospitales, guarderías e intrafamiliar. El VRS tiene un periodo de incubación de entre 2 y 8 días. En las vías aéreas pequeñas ocasiona necrosis del epitelio, edema de la submucosa y formación de moco, que como hemos citado anteriormente son los causantes de la hiperinsuflación, atelectasia y sibilancias¹⁻².

Existen diversos factores de riesgo que aumentan la probabilidad de adquirir la bronquiolitis como son:

- Asistencia a guarderías
- Bajo peso al nacer
- Falta de alimentación materna
- Hábitos de fumar en los padres

- Sexo masculino
- Menores de 12 meses
- Inmunodeficiencia
- Medio urbano, nacimiento y estado socioeconómico bajo
- Patología respiratoria neonatal
- Enfermedades metabólicas, neurológicas
- Enfermedad cardíaca congénita y respiratoria crónica
- Prematurez
- Displasia broncopulmonar

OBJETIVOS

- Objetivo General
 - Determinar un plan de cuidados en la Bronquiolitis para mejorar la calidad de vida de las personas con dicha enfermedad.
- Objetivos Específicos
 - Conocer los signos y síntomas para establecer un diagnóstico precoz.
 - Enseñar las intervenciones más adecuadas y efectivas para minimizar los signos y síntomas de la Bronquiolitis.

- Evaluar la eficacia de las intervenciones en la Bronquiolitis.

Prevalencia, evolución y pronóstico

El 90% de los casos infectados por este virus se encuadran en los primeros dos años de vida. La infección por VRS no genera inmunidad, aspecto que hace que las reinfecciones sean más frecuentes a lo largo de la vida. Las infecciones por dicho virus tiene una tendencia estacional siendo más frecuente durante el invierno y primavera

La bronquiolitis afecta sobre todo a niños menores de un año, siendo la máxima incidencia entre los 3 y 6 meses. Provocando un elevado número de ingresos hospitalarios. Con respecto a la mortalidad se estima que es del 1-2% Existe predominio en varones.

En EE.UU, la tasa de hospitalización en niños con bronquiolitis oscila entre el 1% y el 3,5%, apreciándose considerablemente un aumento de estos porcentajes en las últimas décadas, este aumento de casos supone un elevado gasto anual¹⁻².

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la bronquiolitis es fundamentalmente clínico, basado tanto en la historia clínica como en los hallazgos obtenidos en la exploración física.

No es necesario efectuar de forma rutinaria pruebas complementarias para el diagnóstico de la enfermedad, ya que como hemos dicho es fundamentalmente clínico y sólo se realizará en determinadas circunstancias. Principalmente se analiza el cuadro clínico con el que el paciente acude a urgencias.

La realización de la radiografía de tórax de forma rutinaria no está indicada ya que se vincula con un uso indebido de antibióticos, además en la mayoría de los casos de pacientes que acuden a urgencias y se le realiza esta prueba no muestran alteraciones relevantes por lo que en la bronquiolitis clásica no se utiliza como método diagnóstico. Tampoco es útil para diferenciar la infección bacteriana de la vírica. No obstante, hay casos en los que puede considerarse su realización, como son: Cuando exista sospechas de complicaciones pulmonares, se produce un empeoramiento del estado del paciente, y cuando éste tiene una enfermedad de base.

Síntomas como fiebre alta o hipoxemia incrementan la posibilidad de hallar anomalías en la radiografía de tórax.

La obtención de muestras de sangre (hemograma, proteína C reactiva, procalcitonina) para su análisis en el laboratorio no es útil ni para el diagnóstico ni el tratamiento, y por tanto no es necesaria su realización. Sólo podría considerarse cuando el paciente presente deshidratación, se sospeche de coinfección o sobreinfección bacteriana o se quiere valorar otra enfermedad asociada.

El test virológico estaría indicado en aquellos pacientes que van a ingresar en el hospital con el fin de aislarlo y prevenir la transmisión de enfermedades nosocomiales. Los resultados de dicho test no modifican ni el diagnóstico ni tratamiento.

El test bacteriológicos y la gasometría (arterial o capilar) no está indicado de forma rutinaria, ésta última sólo se realizaría en pacientes con dificultad respiratoria grave que pueden tener un fallo respiratorio.

No obstante la decisión de realizar pruebas complementarias está relacionada con el estado clínico del paciente¹⁻³⁻⁴⁻⁵.

Cuadro clínico

La bronquiolitis comienza con un cuadro catarral de 2-3 días de evolución, acompañada de estornudos, prurito nasal, fiebre, rinorrea, tos y dificultad para la alimentación. El aumento de estos síntomas y la aparición de otros nos sugieren el empeoramiento del estado clínico del paciente.

Esta enfermedad cursa con la siguiente clínica: irritabilidad, sibilancias, taquipnea, taquicardia, síntomas de dificultad respiratoria, letargia, cianosis y apnea que puede presentarse en lactantes muy pequeños, niños prematuros e incluso en recién nacidos de bajo peso.

Es muy llamativa la aparición de retracciones subcostales e intercostales junto con el uso de músculos accesorios y aleteo nasal¹⁻³⁻⁴⁻⁶⁻⁷.

Valoración del paciente con Bronquiolitis

El personal sanitario debe abordar la asistencia de los pacientes que acuden a un servicio médico por sospecha de bronquiolitis, realizando una valoración completa del estado clínico del paciente. Debemos efectuar una adecuada historia clínica en la que recopilemos los síntomas que presenta el paciente, el tiempo de evolución del proceso de la enfermedad, antecedente personales (si es el primer episodio o existen otros) y familiares (presencia de asma, etc); junto con esto, se debe realizar una exploración física en la que se examine el estado general del paciente, hidratación, coloración (la presencia de palidez, frialdad distal y cianosis nos indican insuficiencia respiratoria, siendo la cianosis un signo de aparición más tardío), temperatura, calcular la frecuencia respiratoria, evaluar la mecánica respiratoria (la aparición de aleteo nasal, retracción torácica, etc, muestran signos de dificultad respiratoria), valorar la posibilidad de alimentación y conciliación del sueño. Antes de realizar la valoración física se recomienda desobstruir las vías aéreas superiores ya que si no se hace puede mostrar incremento de los signos de dificultad respiratoria.

Tras esta valoración, se considerarán criterio de gravedad para la evolución de la bronquiolitis, el rechazo a alimentos, deshidratación, la presencia de letargia, aleteo nasal, tiraje grave, cianosis.

Hay otros factores que nos indican que existe un riesgo elevado para la evolución grave de la enfermedad como son la edad del paciente inferior a doce semanas, bajo peso en el nacimiento (<2.500g), presencia de enfermedad pulmonar crónica, prematuridad, tiempo de evolución corto (menos de 72 horas), hábito tabáquico en el entorno, hacinamiento, pobreza, acudir a la guardería o tener más hermanos y falta de lactancia materna, ya que es un factor protector.

Si el paciente ha sido atendido en un centro de atención primaria, se recomienda que se le derive a un centro hospitala-

rio, si presenta factores de riesgo o criterios de gravedad de evolución de la enfermedad. Ya en el centro especializado considerarán el ingreso del paciente si presenta criterios de gravedad de evolución de la enfermedad, mientras que si presentan factores de riesgo para la evolución grave de la enfermedad se decidirá el ingreso según la evolución del paciente durante la observación.

Tras ver la evolución, si se halla imposibilidad de mantener la saturación de oxígeno a pesar de oxigenoterapia, si aparecen apneas recurrentes, o deterioro de la respiración con signos de agotamiento o distrés respiratorio, se indicará el ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos ³⁻⁴⁻⁵.

Clasificación de la severidad

Existen muchas escalas clínicas que alternan signos clínicos y constantes vitales para valorar la gravedad de la bronquiolitis y la necesidad de tratamiento (Tabla1) ¹:

PUNTOS	SIBILANTES	TIRAJE	ENTRADA DE AIRE	CIANOSIS	FR	FC
0	No	No	Buena, simétrica	No	<30rpm	<120lpm
1	Final espiración	Subcostal + intercostal inferior	Regular, simétrica	Si	31-45rpm	>120lpm
2	Toda la espiración	Previo supraclavicular + aleteo nasal	Muy disminuida		46-60rpm	
3	Inspiración y espiración	Previo intercostal superior+ supraesternal	Tórax silente(ausencia de sibilancias)		>60rpm	

Tabla 1: Escala de Woods-Downes-Ferres. Con el fin de clasificar la severidad de la bronquiolitis existen varias escalas clínicas que alternan signos clínicos y constantes vitales, así se valorará la gravedad de la bronquiolitis y la necesidad de tratamiento. Una de las escalas es Escala de Woods-Downes-Ferre, en la que la suma de los resultados obtenidos están entre 1 y3 puntos presentará bronquiolitis leve, entre 4 y 7 puntos bronquiolitis moderada y entre 8 y 14 puntos bronquiolitis severa.

Información e instrucciones a seguir por familiares y pacientes

1. Fisiopatología y evolución de la enfermedad: Es fundamental informar a los pacientes y familiares sobre todos los signos y síntomas que ocasiona la enfermedad, siempre evitando el lenguaje técnico.
2. Instruir sobre el mantenimiento de la vía aérea permeable:
 - Se debe colocar al paciente en posición de decúbito supino, elevando la cabecera de la cama a 30° y el cuello en ligera extensión
 - Realizar lavado nasales con suero fisiológico
 - Fraccionar las tomas para evitar una obstrucción de la vía aérea, si es necesario utilizar espesantes, si está indicado.
3. Si los familiares observan deterioro del estado clínico del paciente (aumento de la frecuencia respiratoria, uso

de músculos accesorios, apnea o cianosis, intolerancia alimentaria) pedir atención médica urgente.

4. Condiciones medioambientales adecuadas: Reposo, tranquilidad, temperatura ambiental adecuada (36.5°), humidificar el aire, eliminar el humo del tabaco.
5. Controles y seguimiento médico
6. En caso de hospitalización:
 - Aislamiento: limitar las visitas, riguroso lavado de manos, utilización mascarilla, guantes y gorro.
 - Administrar correctamente la medicación pauta
 - Oxigenoterapia y monitorización ¹.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la bronquiolitis se fundamenta en mantener al paciente adecuadamente oxigenado e hidratado.

El mantenimiento de un correcto estado de hidratación es muy importante puesto que es muy habitual que estos pacientes muestren déficit de líquido como consecuencia de la presencia de fiebre y taquipnea, por lo que es imprescindible la monitorización del estado hídrico. La administración de líquidos puede ser por vía oral o intravenosa según la gravedad del estado del paciente.

Se recomienda aspirar las secreciones cuando se observe signos que nos indiquen obstrucción de la vía aérea, especialmente antes de las tomas, de administrar tratamiento inhalado, y antes de valorar la gravedad del paciente.

La administración de oxígeno es otra decisión que se debe tomar en el abordaje a estos pacientes. Se administrará si hay presencia de signos de dificultad respiratoria y/o los valores de saturación son menores al 90-92%.

Con el fin de disminuir la obstrucción de la vía aérea, Un tratamiento muy efectivo es la administración de suero salino al 3% inhalado ya que muchos estudios nos indican que hay mejoría considerable en el estado de salud de dichos pacientes. Entre los efectos que producen son una mejoría en el aclaramiento muco-ciliar, disminución del edema de la mucosa y en la concentración de mediadores inflamatorios, y estimula la tos y la producción de esputo. Además de todos los beneficios, es importante matizar que en los estudios realizados ninguno de los pacientes presentaron efectos secundarios.

Tanto los corticosteroides como anticolinérgicos no se recomienda su administración ya que no hay evidencia de efectos beneficios.

Con respecto a la adrenalina inhalada, disminuye la inflamación de la mucosa de la vía aérea y produce broncodilatación. A corto plazo produce mejoría en el estado clínico del paciente, pero no hay evidencia significativa de que disminuya el tiempo de estancia en el hospital. A pesar de ello, se puede prescribir una dosis de prueba, y si hay mejoría se mantiene el tratamiento.

Los beta2 agonistas inhalados continúan utilizándose a pesar de que algunos estudios indican que los beneficios

sobre los pacientes son transitorios y escasos, siendo de relevancia clínica incierta. Debido a esto no se recomienda su uso de forma rutinaria, a pesar de ello se puede valorar su uso evaluando en una escala si causa una respuesta clínica favorable.

En caso de permanecer ingresado en conveniente monitorizar la frecuencia cardiaca, respiratoria y la saturación de oxígeno, dicho control se puede hacer de forma continua o intermitente según el estado clínico del paciente.

Durante la fase aguda, no está indicado el uso de fisioterapia respiratoria; las técnicas de vibración y percusión no causan mejoría de los parámetros clínicos.

Atendiendo al tratamiento antivírico, el tratamiento con ribavirina fue recomendado durante los años 80, pero en la actualidad no se recomienda su uso debido al escaso beneficio conseguido, el elevado coste, los peligros técnicos durante su administración y el efecto tóxico para el personal sanitario.

Con respecto al tratamiento con antibiótico, no se recomienda su utilización en la bronquiolitis aguda. Sólo cuando existe certeza de coinfección bacteriana o en los pacientes con bronquiolitis aguda que presentan signos clínicos de gravedad y/o otras alteraciones.

Como conclusión, el abordaje de este tipo de pacientes se debe centrar en mantener una adecuada oxigenación e hidratación. No recomendándose el uso de broncodilatadores¹⁻³⁻⁵⁻⁷.

Prevención

La prevención de la bronquiolitis engloba principalmente medidas higiénicas, aunque también se puede realizar la inmunoprofilaxis con palivizumab, esta vacunación es recomendable realizarla en los grupos de mayor riesgo, como son, los niños menores de 2 años afectados con enfermedad pulmonar crónica que hayan necesitado tratamiento en los anteriores 6 meses al inicio de la temporada epidémica, y afectados de cardiopatía congénita con alteración hemodinámica significativa, y los niños prematuros nacidos a las 28 semanas de gestación o menos, y que tengan 12 meses o menos al inicio de la temporada epidémica, y los prematuros nacidos entre las 29 y 32 semanas de gestación que tengan 6 meses o menos al inicio de la temporada epidémica.

Esta profilaxis es preferible comenzarla a mediados de octubre hasta completar cinco dosis aplicándola mensualmente (hasta mediados de febrero). La dosis será de 15 mg/kg por vía intramuscular. No interfiere ni en el calendario vacunal ni en la vacunación antigripal.

Con respecto a las medias higiénicas son esenciales para reducir la transferencia del virus; éstas consisten en evitar la exposición al humo del tabaco, lugares con alta congregación de personas y acercamiento con personas resfriadas, realizar higiene de manos de forma frecuente, y usar pañuelos desechables.

Como profesionales sanitarios, debemos realizar educación para la salud a todos aquellos padres sobre las medidas

higiénicas que debe tomar, sobre todo debemos hacer especial incidencia en las familias de niños con riesgo¹⁻²⁻³⁻⁵.

Plan de cuidados

(00031) Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c aumento de las secreciones y retención de las mismas m/p tos inefectiva.

Criterios de resultados (NOC)

(0410) Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias

(0403) Estado respiratorio: ventilación. Intervenciones de enfermería (NIC)

(3140) Manejo de las vías aéreas

Actividades: colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible; realizar fisioterapia torácica si está indicado y utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer burbujas, soplar un silbato, globos, etc.)

(3250) Mejorar la tos

Actividades: ordenar al paciente que siga tosiendo con varias inspiraciones máximas; animarlo a que realice varias respiraciones profundas y enseñarlo a que inspire profundamente varias veces, espire lentamente y a que tosa al final de la exhalación.

(00146) Ansiedad de los padres y del lactante r/c el entorno sanitario y cambios en el estado de salud m/p insomnio, inquietud, preocupación.

Criterios de resultados (NOC)

(1402) Autocontrol de la ansiedad

(1300) Aceptación: estado de salud

(1301) Adaptación del niño a la hospitalización

Intervenciones de enfermería (NIC) (5880) Técnica de relajación

Actividades: coger y calmar al bebé o niño; hablarle o cantarle suavemente y reducir o eliminar estímulos que crean miedo o ansiedad.

(5820) Disminución de la ansiedad

Actividades: proporcionar objetos que simbolizen seguridad; animar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos; instruirlo sobre las técnicas de relajación y escuchar con atención.

(5270) Apoyo emocional

Actividades: ayudar al paciente y familiares a reconocer sentimientos de ansiedad, ira o tristeza; animarlos a que los expresen y abrazar o tocar al paciente y familia para proporcionarle apoyo.

(00004) Riesgo de infección r/c procedimientos invasivos, malnutrición o la propia enfermedad

Criterios de resultados (NOC)

(1924) Control del riesgo: proceso infeccioso

(1842) Conocimiento: control de la infección

(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Intervenciones de enfermería (NIC) (3590) Vigilancia de la piel

Actividades: valorar el estado de la zona de incisión, si procede; vigilar el color y temperatura de la piel y observar si hay infecciones, sobre todo en zonas edematosas.

(4200) Terapia intravenosa

Actividades: realizar un técnica aséptica estricta, observar si hay sobrecarga de líquidos y reacciones físicas, vigilar signos vitales y observar si se presentan signos y síntomas asociados al a flebitis por la infusión e infecciones locales.

(00095) Insomnio r/c malestar físico (tos), ansiedad m/p observación de cambios en la emotividad y falta de energía.

Criterios de resultados (NOC) (0003) Descanso (0004) Sueño

(1402) Autocontrol de la ansiedad

(0403) estado respiratorio: ventilación

Intervenciones de enfermería (NIC) (1850) Mejorar el sueño

Actividades: ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama, ajustar el ambiente para favorecer el sueño, comprobar el esquema de sueño del paciente y observar las circunstancias físicas (vías aéreas obstruidas, dolor) y/o psicológicas (ansiedad) que interrumpen el sueño.

(5820) Disminución de la ansiedad

Actividades: animar a los padres a permanecer con el niño, proporcionar objetos que simbolicen seguridad y establecer actividades recreativas encaminadas a la reducción de tensiones⁸⁻⁹⁻¹⁰.

CONCLUSIÓN

Como resultado de la investigación planteada, es posible concluir que la bronquiolitis es una patología que se identifica por la inflamación y acumulación de moco en las vías aéreas inferiores que provoca una infección. La gran mayoría de casos de esta enfermedad aparecen en los 2 primeros años de vida provocando un elevado número de ingresos hospitalarios. Debido a la baja edad de los afectados por esta enfermedad es de especial interés conocer signos y síntomas para saber identificarla, así como saber el tratamiento y plan de cuidados que debemos adoptar. Además de esto, también es de especial importancia realizar educación sanitaria para así poder prevenir su aparición.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Baquero Rodríguez R, Granadillo Fuentes A. Guía práctica clínica: Bronquiolitis. Revista Salud Uninorte. 2009; 25 (1): 135-149.
- 2 Pérez Villena A, García Ruiza S, Sánchez Bayle M. Bronquiolitis y Neumonía. Rev Pediatría de Atención Primaria. 2010; 12 (48): 575-581.
- 3 Pérez Rodríguez MJ, Otheo de Tejada Barasoain E, Ros Pérez P. Bronquiolitis en Pediatría: Puesta al día. Inf Ter Sist Nac Salud. 2010; 34: 3'-11.
- 4 Sociedad Argentina de Pediatría Filial Salta. Protocolo de Bronquiolitis. SAP Filial Salta.
- 5 Ministerio de Sanidad y Política Social. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Guía de práctica clínica sobre Bronquiolitis Aguda. 2010.
- 6 Paola Quintana N, Seleme MA, Ramos Cosimi JH. Bronquiolitis. Revista de Postgrado de la vía Cátedra de Medicina. 2007. (167).
- 7 Mendoza Amatller A, Megía Salas H. Educación continua en pediatría, basada en la evidencia. Bronquiolitis. Rev Soc Bol Bep. 2000; 39 (2): 83- 86.
- 8 Heather Herdman T. Diagnóstico enfermero: Definición y clasificación. NANDA. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- 9 Moorhead S, Johnson M, L.Maas M, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería. NOC. 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
- 10 Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey Dochterman J. Clasificación de intervenciones de enfermería. NIC. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.

La Revista Hygia de Enfermería considerará para su publicación los trabajos que tengan interés por los conocimientos e informaciones específicos de ciencias de la salud y que contribuyan al desarrollo y mejor definición de la enfermería en cualquiera de sus actividades.

NORMAS

1. Los trabajos que se proponen para su publicación en Hygia de Enfermería: Deben ser originales, inéditos, no aceptados ni enviados simultáneamente para su consideración en otras revistas. En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o evento similar se deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, así como su forma de presentación (póster, comunicación oral o ponencia). También si se ha publicado en el resumen del libro oficial del congreso, estimando que en el caso que fuera el texto completo no se consideran inéditos.
2. Los autores deben indicar si han recibido financiación y si pudiera existir un conflicto de intereses.
3. Al menos, uno de los autores deberá ser profesional de enfermería. No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos.
4. Los autores deben obtener autorización previa para: Presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas. Publicar fotografías que permitan la identificación de personas. Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.
5. Los autores renuncian tácitamente a los derechos de publicación, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista Hygia de Enfermería. Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Consejo de Redacción y obligatorio citar su procedencia.
6. El Consejo de Redacción de la revista Hygia de Enfermería propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del correspondiente original. En estos casos, los autores deberán remitir el original con las modificaciones propuestas en un plazo no superior a seis meses; en caso contrario, el trabajo quedará descartado.
7. Al objeto de garantizar la titulación de los firmantes, para la publicación de cualquier artículo científico en la revista Hygia, los autores Graduados o Diplomados en Enfermería deberán acreditar su condición de colegiados en el Colegio de procedencia y aquellos con otra titulación mediante fotocopia del título correspondiente.
8. Cuando el artículo cumpla la normativa exigida para su publicación, el Consejo de Redacción comunicará a los autores la idoneidad del mismo. Desde el momento de la comunicación comenzará a contar el plazo de un año para la publicación del mismo. Transcurrido ese plazo sin la correspondiente publicación del artículo podrá quedar descartado por exceso o acumulo de publicaciones pendientes, comunicándose a su autor para que pueda retirar el original en el Colegio.
9. Cada autor y/o coautor solamente podrá publicar un artículo por cada año natural en la revista Hygia de Enfermería.
10. Los autores deben aceptar todas las normas de la revista Hygia de Enfermería. El Consejo de Redacción de la revista Hygia de Enfermería no asume responsabilidades derivadas de las afirmaciones realizadas en los trabajos, ni el falseamiento o incumplimiento de las presentes normas.

TIPOS DE ARTÍCULOS

Se pueden proponer los siguientes tipos de trabajos:

Artículos Originales: descripción completa de una investigación básica o clínica que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica.

Revisión: revisión de publicaciones anteriores relacionadas con un tema de interés, que pretende ofrecer una actualización de los conocimientos sobre el mismo.

Casos clínicos: breve descripción de uno o varios casos que presentan un problema determinado, mostrando aspectos nuevos o instructivos que contribuyan al aumento del conocimiento de la enfermería.

Artículos especiales: se publicarán los trabajos de formación continuada, protocolos, procedimientos, técnicas y cualquier otro documento que pueda ser de interés científico para la profesión.

PREPARACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas disponible en: <http://www.icmje.org>. y encontrándose traducida al castellano en: http://www.fisterra.com/recursos_web/mbe/vancouver.htm. Se recomienda a los autores que lo revisen con consultas y lecturas antes del envío o presentación de los manuscritos.

Los textos deben de estar mecanografiados con un tamaño de fuente de 12 puntos, a uno y medio espacio, por una sola cara, con márgenes de 2,5 cm., en papel blanco de tamaño DIN A-4 y una extensión máxima aproximada de unas 15 páginas (gráficos, figuras, fotos, etc. deberán ir a parte y sin contar como páginas). Las hojas se numerarán correlativamente en el ángulo inferior derecho. El trabajo se presentará tanto impreso en papel como en CD/Diskete. Las abreviaturas en la primera ocasión que se utilicen deben ir precedidas por el término sin abreviar, a menos que sea una unidad de medida estándar y, a ser posible, emplear abreviaturas utilizadas internacionalmente. Evitando su uso en el título y resumen.

PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

I. Se indicarán, en el orden que aquí se cita, los siguientes datos:

En primera página, fuera de paginación.

Título del artículo tanto en castellano como en inglés.

Nombre de pila completo y apellidos de cada uno de los autores, profesión y centro de trabajo en su caso.

Centro/s donde se ha realizado el trabajo.

Nombre, dirección de correo electrónico, y teléfono del autor responsable para la correspondencia.

Financiación total o parcial del estudio si existiese (conflicto de intereses).

Si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso.

II. Resumen y palabras clave.

En segunda hoja, fuera de paginación, deberán incluirse los resúmenes y las palabras clave en castellano e inglés.

Resumen.

Su extensión aproximada será de 150 palabras. Se caracterizará por: 1) poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo; 2) desarrollar los puntos esenciales del artículo en términos concretos; 3) estará ordenado observando el esquema general del artículo en miniatura, y 4) no podrá incluir material o datos no citados en el texto.

Debajo del resumen se especificarán de tres a seis palabras clave para referencia cruzada de los centros de datos.

III. Texto.

Será presentado en castellano, paginado y en la medida de lo posible se ordenará de acuerdo con los siguientes apartados y según el tipo de artículo:

Introducción.

Será breve y planteará el estado de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente el objetivo del artículo.

Material o Personas y Métodos/Caso Clínico/Observaciones.

Se señalarán los sujetos, métodos y procedimientos utilizados; materiales y equipos empleados y el tiempo del estudio. Cuando sea necesario se señalará el tratamiento estadístico seguido y las razones de su elección.

Resultados.

Describirá los datos recogidos y los hechos observados de una manera concisa, objetiva y sin interpretar. Guardando una secuencia lógica en el texto y destacando las observaciones más relevantes.

Discusión y Conclusiones.

Interpretará y explicará razonadamente el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones futuras. Si procede se hará comparación con otros estudios similares y finalmente se tratará de relacionar las conclusiones con los objetivos del trabajo.

IV. Agradecimientos.

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y personas, si las hubiera, que han contribuido de forma significativa en la realización del estudio. Los autores tienen la responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso.

V. Bibliografía.

Las referencias bibliográficas preferentemente se numerarán consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el texto. Las citas bibliográficas de artículos de revista, libros, protocolos, leyes u otro material publicado o en soporte electrónico deben realizarse siguiendo las normas de Vancouver, disponible en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, mencionadas anteriormente.

Ejemplos:

Artículos de revistas

Autor/es Personal/es:

Míguez A, Muñoz D, Sanchez J. Vendaje e inmovilizaciones con yeso. Hygia de Enfermería 2007; 65 (XIV): 11-19.

Con siete o más autores (citar los seis primeros y añadir et al.)

Autor Corporativo:

Evidence-based Medicine Working Group. Evidence-based Medicine. JAMA 1992; 286: 2420-2425.

Libro Completo:

Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, SA; 1996.

Capítulos de libros:

Gomez de la Cámara A. Medicina basada en la evidencia. Implicaciones en atención primaria. En: Manual de Medicina basada en la evidencia. Elementos para su desarrollo y aplicación en Atención Primaria de Salud. Madrid: Jarpoy. 1998. p. 15-27.

Artículo en Internet:

Smith SM, Allwright S, O'Dowd T. Efectividad de la atención compartida en el punto de enlace entre la atención primaria y especializada en el tratamiento de enfermedades crónicas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [Acceso 10 Sep 2007] Disponible en: <http://www.update-software.com>.

VI. Tablas.

Figuras y Tablas: Se numerarán de forma correlativa con números arábigos y según el orden de aparición en el texto. Deben servir de complemento al texto y no de repetición. Las tablas llevarán el título en la parte superior y con nota a pie, necesaria para su mejor comprensión. Se entienden por figuras: fotografías, gráficas, hojas de valoraciones, esquemas, etc. Las fotografías seleccionadas deberán ser de buena calidad para mejorar su reproducción; en el dorso llevarán una flecha indicando la parte superior.

Tanto las figuras como las tablas se presentarán en sobre aparte, en ningún caso incluidas en el texto para su mejor procesamiento gráfico. Incluyendo en este sobre un folio con las leyendas de los pie de fotografías y de otras figuras, si fuera necesario.



Una cosa es decir que trabajamos en PRO de los profesionales. Y otra es hacerlo:

Cuenta Expansión Plus PRO

1 / 6

Este número es indicativo del riesgo del producto, siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Banco de Sabadell, S.A. se encuentra adherido al Fondo Español de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito. La cantidad máxima garantizada actualmente por el mencionado fondo es de 100.000 euros por depositante.

Te abonamos el 10% de tu cuota de colegiado*

0

comisiones de administración y mantenimiento.

+ 1%

de devolución en los principales recibos domiciliados y sobre las compras con tarjeta de crédito en comercios de alimentación.⁽¹⁾

+

3% TAE

de remuneración en cuenta sobre los 10.000 primeros euros, en caso de tener saldos en ahorro-inversión superiores a 30.000 euros.⁽²⁾

Llámanos al 902 383 666, identifícate como miembro de tu colectivo, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

La Cuenta Expansión Plus PRO requiere la domiciliación de una nómina, pensión o ingreso regular mensual por un importe mínimo de 3.000 euros y haber domiciliado 2 recibos domésticos en los últimos 2 meses. Se excluyen los ingresos procedentes de cuentas abiertas en el grupo Banco Sabadell a nombre del mismo titular. Oferta válida, a partir del 26 de septiembre de 2016.

*Hasta un máximo de 100 euros anuales por cuenta, con la cuota domiciliada. El abono se realizará durante el mes de enero del año siguiente.

1. Recibos domiciliados que correspondan, como emisor, a organizaciones no gubernamentales (ONG) registradas en la Agencia Española de Cooperación y los recibos de colegios, guarderías y universidades cargados durante el mes. Deberá tratarse de centros docentes españoles (públicos, privados y concertados, quedando excluidos los gastos de academias particulares, colegios profesionales o gastos distintos a los de escolarización). Tampoco se incluirán los gastos en concepto de posgrados, másteres y doctorados. Operaciones de compra realizadas a crédito incluidas en la liquidación del mes, con las tarjetas modalidad Classic, Oro, Premium, Platinum y Shopping Oro cuyo contrato esté asociado a esta cuenta, en los establecimientos comerciales de alimentación incluidos y que podrá consultar en la página www.bancosabadell.com/cuentaexpansionplus. Mínimo 5 euros y hasta 50 euros al mes.

2. Para tener acceso a esta retribución, los titulares deben tener un saldo medio mensual en el banco superior a 30.000 euros en recursos, calculado como la suma de saldos del mes anterior de: cuentas a la vista, depósitos, renta fija a vencimiento, seguros de vida-ahorro, fondos de inversión, valores cotizables y no cotizables, planes de pensiones, planes de previsión de EPSV y BS Fondos Gran Selección. No se tendrá en cuenta para el cómputo del saldo medio el saldo existente en esta Cuenta Expansión Plus PRO ni en ninguna otra de las mismas características en la que los titulares sean intervinientes. Sí se tendrá en consideración el número de cotitulares, por lo que el saldo mínimo existente en la entidad como requisito será el tomado proporcionalmente para cada cotitular. No se remunerarán los saldos durante el primer mes de vida de la Cuenta Expansión Plus PRO. En caso de que no se alcance por parte de los titulares el saldo mínimo que da derecho a la retribución de la Cuenta Expansión Plus PRO, la liquidación se realizará al 0% por este concepto.

Rentabilidad: para el tramo de saldo diario que exceda los 10.000 euros: 0% TIN. Para el tramo de saldo diario desde 0 hasta un máximo de 10.000 euros: 2,919% TIN, 1,9910% TAE (calculada teniendo en cuenta los dos tipos de interés para el supuesto de permanencia del saldo medio diario durante un año completo). Ejemplo de liquidación en un año: saldo en cuenta de 15.000 euros diarios, saldo diario sobre el que se remunera: 10.000 euros; frecuencia 12 (mensual); intereses liquidados en el año: 291,90 euros.

sabadellprofessional.com

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.

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



154 años
avanzando con
la profesión