Revista Científica

HYGIA de ENFERMERIA

Nº 87, Año XXI- 2014

Colegio de Enfermería de Sevilla

ENFERMEDAD DE CHAGAS Y EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO

EFECTIVIDAD DE LA RAC ENFERMERA

ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO E IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LAS CONDUCTAS ACUMULADORAS EN LA CIUDAD DE SEVILLA

MEDIDAS PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN TURNOS DE 12 HORAS

VÍA INTRAÓSEA EN SOPORTE VITAL

VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS

INTERVENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA SANITARIA ANTE UNA CATÁSTROFE NATURAL COMO EL TIFÓN HAIYAN

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

DE LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL CON LA COMPAÑÍA MAPFRE

EL COLEGIO TE PROTEGE

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

3,5 MILLONES DE EUROS

3.500.000 €

por siniestro, y con un límite por anualidad de veinte millones de euros

NORMAS DE PROCEDIMIENTO A SEGUIR ANTE POSIBLES RECLAMACIONES:

PRIMERO: El colegiado deberá comunicar inmediatamente a su Colegio provincial la reclamación de que haya sido objeto, bien judicial (demanda, querella o denuncia) o extrajudicial. La comunicación fuera de plazo de dicha reclamación podrá suponer que la póliza no cubra el 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 (Tlf.: 913 34 55 20), donde un letrado le informará sobre los pasos a seguir y la cobertura del seguro. De no hacerlo así, el Consejo no asumirá ninguna responsabilidad, y el perjudicado será sola y exclusivamente el colegiado.

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

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

(*) Hospitales y centros de salud públicos, Hospitales y centros privados, Hospitales y centros concertados con el SAS, Residencias de mayores y Centros sociosanitarios públicos, concertados y privados, Compañías aseguradoras, Consultas privadas y Ejercicio libre de la profesión.
Si tienes otras pólizas contratadas, para evitar consecuencias no previstas, tráelas al Colegio para que te aclaremos sus coberturas y si te cubren la actividad privada, concertada y pública.

LA NUEVA PÓLIZA AMPLÍA LAS PRINCIPALES COBERTURAS:

Responsabilidad civil de los colegiados en el desarrollo propio de su actividad profesional o especialidad sanitaria, tal como se regula en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, incluyendo la actividad docente, terapias alternativas y "piercing" ■ Cobertura por inhabilitación profesional como consecuencia de sentencia judicial firme, con abono, por parte de la Aseguradora de una cantidad máxima de 1.350 €/mes, por un plazo máximo de 15 meses ■ Posibilidad de contrademanda o reclamación a contrario frente a denuncias infundadas, temerarias o con mala fe.

Mujer inmigrante y salud

Actualmente estamos asistiendo a un descenso del número de inmigrantes que han llegado o llegarán a nuestro país, pero esta situación no significa que ya no tenemos o vayamos a tener personas de otros países conviviendo con nosotros. Cotidianamente seguimos viendo un volumen de mujeres inmigrantes en nuestro puesto de trabajo en salud y sobre todo en aquellas áreas donde este fenómeno demográfico es intenso.

No hace mucho tiempo éramos un país donde también fuimos emigrantes pero desde los años 80 esta dinámica fue cambiando hasta la situación actual, hemos pasado a ser receptores de personas de otros países. Movimientos migratorios que corresponden fundamentalmente a problemas económicos, vivir mejor, poseer un nivel de vida más elevado, etc. es lo que suelen venir buscando, pero como consecuencia de la actual crisis económica que estamos padeciendo, están llegando menos extranjeros y algunos están volviendo a sus países de origen y además vuelven a tener que emigrar algunos españoles buscando en otros lugares lo que no encuentran en España, fundamentalmente trabajo y conseguir un nivel de vida aceptable.

Este volumen de mujeres que llegan a nuestro país, aproximadamente cerca de la mitad de la inmigración, tienen posiblemente una percepción de la salud y enfermedad diferente a las mujeres locales. Son fundamentalmente magrebíes, asiáticas, subsaharianas, del este de Europa y de América latina, por lo tanto no existe un estereotipo de extranjera común. Lo que sí es posible que tengan en común esa pertenencia a lo E. Ardener en 1975 llamaba grupos silenciados, a modo que los grupos dominantes generan y controlan los modos de expresión, que no significa que los grupos dominados permanezcan callados, sino que tienen que adaptarse a estos modos de expresión de los grupo hegemónicos. En la práctica significa que las pertenecientes a estos grupos no siempre han podido expresar sus necesidades, sus problemas y el modo de resolverlo, en definitiva no han podido tomar sus propias decisiones. A esta situación corresponden las mujeres inmigrantes que así se ven doblemente discriminadas, primero por ser inmigrantes y segundo por ser mujer.

Afortunadamente a través de los paradigmas de Género y Salud se trata de evitar las diferencias existentes hasta ahora (algunas continúan en la actualidad), en relación a la asistencia sanitaria prestadas a hombres y mujeres dentro de nuestro entorno. Esto hace referencia que hasta no hace mucho en materia de salud las mujeres tenían que ser asistidas sanitariamente a través de un modelo cuasi-exclusivamente masculino (estudios, diseños, pruebas, etc. con destino a un solo género). Existía una tendencia a realizar estudios de todo tipo, incluidos los de más alto nivel, exclusivamente con hombres como sujetos de estudio y se asumía con posterioridad que los resultados podían ser aplicables automáticamente a toda la población (incluidas las mujeres) como si éstas también hubieran sido estudiadas.

En este escenario las mujeres inmigrante forman parte de ese grupo de personas de especial vulnerabilidad derivada de su situación, proceden de sociedades diferentes a la nuestra, con muchas diferencias culturales, destacando especialmente en muchas ocasiones la dificultad comunicativa que provoca problemas para entenderlas y que nos entiendan plenamente. Con mucha frecuencia traen de su países de origen una situación sociofamiliar adversa y con escasa formación laboral que las obliga a trabajar en labores de poca exigencia formativa, baja valoración social, vulneración de derechos básicos, dificultad en el acceso a los servicios de salud, etc. (aunque hay que referir que dentro de la población autóctona también hay grupos en o riesgo de exclusión social que participan de estas características, sin ser inmigrantes).

Pero no podemos olvidar que en nuestro país tienen pleno derecho al nivel más alto posible de salud, sin distinción de género, que entraña tener acceso a servicios de salud de calidad y que implica el reconocimiento de las necesidades diferenciadas por razón de edad, sexo, etnia, idioma, religión u otras características específicas de grupos determinados.

Y es en este sentido donde los profesionales de la salud debemos de realizar un verdadero esfuerzo en la atención a estas mujeres inmigrantes, inmersas en un espacio extraño y que de lo contrario estaríamos siendo injustos y facilitando una desigualdad respecto a la población autóctona.

Este acercamiento supone fundamentalmente establecer una adecuada comunicación, no basada en la transmisión de normas e indicaciones, sino con un lenguaje cercano en lo posible y menos instrumental. Que implica conocer o comprender la actitud de la mujer sobre su estado de salud o enfermedad, la garantía sobre el cumplimiento y adhesión a los tratamientos y recomendaciones propuestos (contrastable en las próximas consultas) y asegurarse la asistencia a las siguientes revisiones periódicas. Que se podría resumir en ser tratadas como a nosotras nos gustaría que nos tratasen.

María Josefa Espinaco Garrido,
Matrona.

HYGIA
Nº 87
3er Cuatrimestre de 2014

EDITA
Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR
José María Rueda Segura

SUBDIRECTORA
María Pilar Cordero Ramos

DIRECCIÓN TÉCNICA
José Román Oliver

CONSEJO DE REDACCIÓN
Comisión Ejecutiva

TIRADA
9.000 ejemplares

ISSN
1.576 3056

DEPÓSITO LEGAL
SE-470-1987

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

REDACCIÓN
Avda. Ramón y Cajal, 20
Telf.: 954 93 38 00
Fax: 954 93 38 03
Página Web:
www.colegioenfermeriasevilla.es
Correo Electrónico: colegio@icoe.es

MAQUETACIÓN, FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN
Tecnographic, S.L.
Tel. 95 435 00 03
Fax 95 443 46 24

Autor: Joaquín Delgado Ruiz

Nº colegiado: 10.463

Cámara: Panasonic DMC-FZ30

Sumario

5 AFECTACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON ESCOLIOSIS. NECESIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
Pérez Sánchez, J.A.; Fernández Toro, R.M.; Alonso Erenas, M.E.; Alonso Sánchez, L.

14 ENFERMEDAD DE CHAGAS Y EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO
Gallardo-Trujillo, G.; Salguero-Cabalgate R.; Castro-Rodríguez E.

18 EFECTIVIDAD DE LA RAC ENFERMERA
Rodríguez Pozo, C.; Romero Rueda, E.

21 ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO E IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LAS CONDUCTAS ACUMULADORAS EN LA CIUDAD DE SEVILLA
Siquemani Morán, Mª A.

29 VENTILACIÓN EN ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA EN PEDIATRÍA. CUIDADOS DE ENFEMERÍA
Cubero Infantes, C.; González Vela, R.

34 MEDIDAS PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN TURNOS DE 12 HORAS
Romero González, J.C.; Valge Vargas, R.

39 VÍA INTRAÓSEA EN SOPORTE VITAL
Pérez Díaz, A.

47 PREVENCIÓN DE LA SOBRECARGA EN CUIDADORES DOMICILARIOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL
Pérez Jiménez, J.M.; Escudero Márquez, A.I.; Domínguez Martínez, J.L.

54 NOCIONES BÁSICAS SOBRE FIBROSIS QUÍSTICA PARA ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA
Gómez Rodríguez, A.; Montero Rodríguez, Mª de G.; Domínguez Rodríguez, E.

58 VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS
Hernández Mesa, V.; Suárez Franco, M.; Jiménez Martín, M.

61 INTERVENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA SANITARIA ANTE UNA CATÁSTROFE NATURAL COMO EL TIFÓN HAIYAN
Llimona Perea, C.; Ruiz Cortés, A.; Perea Cejudo, I.

69 CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE UN EXTENSO HEMATOMA A NIVEL DE ANTEBRAZO POST-PUNCIÓN DE ARTERIA RADIAL TRAS REALIZACIÓN DE GASOMETRÍA ARTERIAL
Sáinz Loza, A.; Moya Carrillo, L.; Pérez Lupiáñez, B.; García Luque, S.

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.

AFECTACIÓN DE LA AUTOESTIMA EN PACIENTES CON ESCOLIOSIS. NECESIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

SELF-ESTEEM AFFECTATION IN PATIENTS WITH SCOLIOSIS. THE NEED FOR NURSING CARES

- **José Antonio Pérez Sánchez**[1]
- **Rosa María Fernández Toro**[2]
- **María Encarnación Alonso Erenas**[2]
- **Leticia Alonso Sánchez**[3]

1. Enfermero de la Unidad de Gestión Clínica (U.G.C) de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.
2. Enfermera de la U.G.C. Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.
3. Licenciada en Psicología. Centro Psicopedagógico Espiral.

Resumen

Determinar si los pacientes entre 7-24 años diagnosticados de Escoliosis presentan problemas de Autoestima, y qué áreas están afectadas

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo, en todos los pacientes entre 7 y 24 años, intervenidos de Escoliosis en el Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, en la U.G.C de Cirugía Ortopédica y Traumatológica, desde Marzo de 2010 a Marzo de 2011.

Los datos indican que las mujeres son más susceptibles de presentar una AE Baja al menos en alguna de sus áreas, (independientemente del periodo de edad).

Nos encontramos con unos factores de riesgo de Baja Autoestima, que son: sexo femenino, entre 17-24 años, y población urbana.

Existe una relación entre Escoliosis y una Baja Autoestima. Cada área se afecta en distinto grado. Una baja autoestima influye negativamente en cómo se sienten, aprenden, se valoran, se comportan, se relacionan... Esto implica la existencia del Diagnóstico "Baja Autoestima Situacional". Se pretende determinar los cuidados que tendrían estos pacientes.

PALABRAS CLAVE:

- Escoliosis.
- Autoestima,
- Enfermería,
- Trastorno,
- Cuidados.

Abstract

To determine if patients between 7-24 years and with a diagnostic of scoliosis have self-esteem issues, know what areas are more affected, and how each area can be affected at different degrees.

Is a observational, descriptive and prospective study, in patients between 7 and 24 years, entered for an Scoliosis Procedure in the Hospital Virgen del Rocío of Seville, U.G.C. of Surgery Ortopedic and Traumatology, from March of 2010 to March of 2011.

The evidence suggests that women are more likely to present a Low Self-esteem in at least some of their areas, (regardless of the period of age). Exist some risk factors for low self-esteem, are: feminine sex, between 17-24 years, and low urban population.

The data suggests a relation between Scoliosis and Low Self-esteem. The differents areas can be affected at different degrees. A low self-esteem negatively influences how they feel, learn, are valued, behave, are related, etc. This correlation implies the existence of the diagnosis "Low Situational Self-esteem". It is intended to determine the cares that these patients would have.

KEY WORDS:

- Scoliosis,
- Self-esteem,
- Nursing,
- Disorder,
- Cares.

Trabajo realizado en la Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La Escoliosis es una deformación de la columna vertebral que muestra una flexión lateral, una rotación de las vertebras y una rectificación del perfil sagital. En otras palabras, la curva fisiológica de la cifosis torácica está rectificada, pareciendo que la persona estuviera inclinada hacia un lado.
Se define la Escoliosis como una curvatura de la columna de 10 grados o más que puede apreciarse mediante una radiografía.

Clasificación
Según la Scoliosis Research Society 2006 se puede hacer una clasificación general de la Escoliosis en base a:
1.- No Morfológica
2.- Morfológica:
a.- Idiopáticos:
- Infantil: (0 - 3 años)-Juvenil: (4 - 10 años)-Adolescente: (> 10 años)
b.- Neuromusculares
c.- Congénitas (Defecto de Formación)
d.- Neurofibromatosis
e.- Enfermerdades Mesenquimatosas
f.- Enfermedades Reumáticas
g.- Traumáticas
h.- Contracturas extraespinales
i.- Osteocondrodistrofias
j.- Infecciones del hueso
k.- Tumores

Epidemiología
La escoliosis suele manifestarse en la adolescencia, antes de los 14 años y tiene tendencia a progresar hasta el término del crecimiento. La mayoría de las escoliosis se detectan entre los 10 y 12 años, pero la deformación empieza entre los 5 y 8 años.
Entre el 80 y el 85% de los casos son escoliosis idiopática.
La enfermedad se manifiesta con mayor frecuencia en el sexo femenino, en una relación de 4:1 con respecto al sexo masculino.
Los patrones de curvatura observados más frecuentemente son:
-Torácica -Lumbar -Toracolumbar

Sintomatología
Los síntomas más comunes de la escoliosis son:
- Diferencia en la altura de los hombros, y/o en la altura o posición de las caderas.
- Posición de la cabeza descentrada con respecto al resto del cuerpo.
- Diferencia en la altura o posición de omoplato, y/o en la forma en que cuelgan los brazos a ambos lados del cuerpo, al estar de pie.
- Diferencia de altura de los lados de la espada al inclinarse hacia adelante.

Tratamiento
La indicación de intervención quirúrgica en casos de escoliosis se basa en una valoración individual de cada caso. El tratamiento depende de la causa de la escoliosis, el tamaño y la localización de la curva y del crecimiento que se espera del paciente. La elección de cuándo deben someterse a cirugía variará. Las curvaturas de 40 grados o más generalmente requieren de cirugía.
En relación a la Autoestima, podemos decir que: "Es la valoración que uno tiene de sí mismo, a partir de datos objetivos, subjetivos, experiencias vitales y expectativas". Puede ser positiva o negativa. Se forma a través de un proceso de asimilación y reflexión mediante el cual se interiorizan las opiniones de las personas socialmente significativas (padres, maestros, compañeros...) y los utiliza como criterios para su propia conducta. La autoestima (AE) es la conciencia de la propia valía, la asunción de lo que somos, y la sensación gratificante de querernos y aceptarnos. Es la diferencia entre el ser "ideal" y el "real".
La Autoestima (AE) es un juicio de valor acompañado de un sentimiento, que se compone de:
"Conocerse (autoimagen)→Aceptarse o rechazarse (autoaceptación)→Quererse o no (autovaloración) + evaluación de los otros".
Por lo que la definición de Autoestima es: *"La conciencia de la propia valía y asunción de la propia responsabilidad hacia nosotros mismos y hacia nuestras relaciones"*.
Hay que distinguir entre dos conceptos:
El autoconcepto o idea general que elaboramos sobre nosotros mismos en distintos aspectos de nuestra vida.
La autoestima o valoración que hacemos de esa idea, ya sea positiva o negativa. La autoestima es el resultado de la discrepancia entre la percepción de uno mismo (la visión objetiva) y el ideal de uno mismo (aquello que la persona valora, lo que le gustaría ser).

Componentes de la Autoestima
En el ámbito infantil o juvenil y más concretamente en edades entre 7-16 años, se puede dividir la Autoestima por áreas para poder estudiar más específicamente las mismas. Las distintas áreas son:
- ÁREA SOCIAL (sentimientos del niño o adolescente sobre las relaciones con sus amigos).
- ÁREA ACADÉMICA (qué piensa de su faceta como estudiante),
- ÁREA FAMILIAR (cómo se siente como parte integrante de su familia),
- IMAGEN FÍSICA (cómo ve su aspecto físico o sus capacidades físicas)

AUTOESTIMA GLOBAL: Es la sumatoria de las distintas áreas, y la valoración general de sí mismo.

"JUSTIFICACION DEL TRABAJO"

Hemos querido determinar si existe un trastorno de la autoestima en pacientes entre 7-24 años con Escoliosis, y de qué forma influye en cada una de sus áreas, observar que necesidades tendrían estos pacientes *y describir* qué tipo de cuidados podría plantearse la enfermería en ellos.
La existencia de un trastorno de la autoestima implica la presencia del Diagnóstico de Enfermería "Baja Autoestima Situacional (00120) secundario a la Escoliosis, lo que nos derivaría a el establecimiento de un plan de cuidados individualizado para cada paciente.

Se define la "Baja Autoestima Situacional"[2] como el *desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (Escoliosis).*

Las características definitorias son: evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar las situaciones, expresiones de inutilidad, conducta indecisa, verbalizaciones de negación de sí mismo e informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.

Los factores relacionados varían desde alteración de la imagen corporal, fracasos, deterioro funcional, falta de reconocimiento, rechazo y cambio en el rol social.

Una enfermedad como la escoliosis podría disminuir la autoestima porque afecta la identidad y en ocasiones la autoimagen, pudiendo reducir la sensación de control y seguridad, aumentando la dependencia y sentimientos de incapacidad.

De su autoestima dependerá el desarrollo en el aprendizaje, en las buenas relaciones, en las actividades, y en la construcción de la felicidad. Cuando un paciente adquiere una buena autoestima se sentirá competente, seguro, y valioso, entenderá que es importante aprender, y no se sentirá disminuido cuando necesite ayuda. Será responsable, se comunicará con fluidez, y se relacionará con los demás de una forma adecuada.

Al contrario, cuando se presenta un trastorno de la autoestima no confiará en sus propias posibilidades. Se sentirá inferior frente a otras personas, y por tanto se comportará de una forma más tímida, más crítica, con poca creatividad, lo que en muchos casos le podrá llevar a desarrollar conductas negativas, agresivas, y a alejarse de sus compañeros y familiares.

Se establece como variable independiente la Escoliosis, y como variable dependiente la Autoestima.

Así, los *objetivos* del presente estudio son obtener las respuestas a estas preguntas:

- ¿Presentan los pacientes entre 7-24 años con Escoliosis problemas de Autoestima?
- ¿Hay relación entre escoliosis y baja autoestima en los pacientes?
- ¿Qué dimensiones de la Autoestima se ven más afectadas por la Escoliosis?
- ¿Cómo se manifestaría una baja autoestima en pacientes entre 7-24 años con Escoliosis?
- ¿Se podría plantear la Enfermería otro tipo de cuidados integrales en pacientes con Escoliosis?

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras realizar una búsqueda exhaustiva en las bases de datos Cochrane, PubMed, Guiden-Plus, Bireme, etc., y no encontrar estudios a nivel de Enfermería que relacionen Escoliosis con Autoestima, se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo y transversal, en todos los pacientes entre 7 y 24 años, ingresados para Intervención Quirúrgica (IQ) de Escoliosis en el Área Hospitalaria Virgen del Rocío de Sevilla, Unidad de Gestión Clínica (U.G.C.) de Cirugía Ortopédica y Traumatológica (COT), desde Marzo de 2010 a Marzo de 2011.

A dichos pacientes se les pasaron unos cuestionarios para evaluar la existencia de alteración de la Autoestima y como ésta se vio afectada en cada una de sus áreas.

Para ello se les aplicaron las siguientes escalas:

-Escala de Autoconcepto de Piers-Harris (Tabla 1):

Consta de 80 frases sencillas con respuesta dicotómica (SI-NO). Valora 6 áreas: Conductual, Intelectual, Físico, No ansiedad, Popularidad y Felicidad-Satisfacción, y además la global (sumatorio de las 6 áreas). Evalúa a niños de 2º a 5º de primaria (7-12 años). El nivel global de autoestima se clasifica en función de la puntuación obtenida atendiendo a los siguientes percentiles:

-ALTA: 65-95 -MEDIA: 40-60 -BAJA: 5-35

Validación: Adaptación, validación y normalización de la escala de autoconcepto de Piers-Harris para niños entre las edades de ocho a once años. Gabriel Ramos Cortés, Catedrático Asociado Fundamentos de la Educación. Universidad de Puerto Rico. Doctorado 1993.

-Escala de Autoconcepto AFA Forma (Tabla 2):

Evalúa el autoconcepto a través de 36 ítems. Evalúa 4 dimensiones: social, académico, emocional y familiar. Se aplicó a pacientes entre 6º Primaria y 1º de Bachiller (11-16 años).

El nivel global de autoestima se clasifica en función de la puntuación obtenida atendiendo a los siguientes percentiles:

-ALTA: >50 -NORMAL: 40-50 -BAJA: 0-40

Validación: Autoconcepto Forma A (AFA, Musitu, García y Gutiérrez, 1994).

-Inventario de Autoestima de Coopersmith Forma Adultos (Tabla 3):

Esta prueba consiste en 25 afirmaciones con respuesta dicotómica. El resultado indica el nivel de autoestima. Se aplicó a pacientes entre 17-24 años.

El nivel global de autoestima se clasifica en función de la puntuación obtenida por percentiles en:

-SIGNIFICATIVAMENTE ALTA: 89-100
-MEDIA-ALTA: 66-88
-MEDIA: 61-65
-MEDIA-BAJA: 41-60
-SIGNIFICATIVAMENTE BAJA: 0-40

Validación: Descripción del Inventario de Autoestima de Coopersmith Forma "A" Adaptación para Chile sobre traducción de J.Prewitt-Díaz (Brinkmann et. Alt 1989).

Se solicitó la autorización por escrito y/o verbal a los padres (en caso de menores) o al propio paciente, mediante formulario de consentimiento. (Anexo 1)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes entre 7 y 24 años.
- Pacientes que ingresaron y fueron intervenidos de Escoliosis en la U.G.C. de COT del Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla.
- Pacientes con consentimiento autorizado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes menores de 7 años y mayores de 24.
- Pacientes sin consentimiento autorizado.
- Pacientes con déficit cognitivo.

- Patologías no Escolióticas sometidas a cirugía.
- Escoliosis no sometidas a cirugía.
- Pacientes previamente intervenidas, sometidos ahora a recambio de material.
- Barrera Idiomática.

A partir de los cuestionarios se analizaron las siguientes variables:
-Edad, sexo, dispersión geográfica, talla, peso, índice de masa corporal (IMC), tipos de escoliosis, estudios realizados, estancia media tras la fecha de intervención quirúrgica, nivel de autoestima según población, nivel autoestima global, por intervalos de edad-sexo, y por áreas en pacientes entre 11-16 años, según las distintas escalas.

RESULTADOS

√ No se han obtenido datos en pacientes entre 7-10 años debido a que no hubieron ingresos que cumplieran los criterios de inclusión para este intervalo de edad.

√ Las ¾ partes de la población estudiada es femenina. *(Figura 1. Población por sexo)*

- La media de edad en ambos sexos es prácticamente similar (alrededor de los 17 años), siendo ligeramente mayor en hombres. *(Figura 2. Edad Media por sexo)*

√ El 79% de la población estudiada fue de ámbito rural. *(Figura 3. Tipo de Población)*

√ El IMC en la población estudiada fue:

Entre 11-16 años: (Figura 4. IMC Segúna AE entre 11-16 años)
Cuando la AE es Baja el IMC que se detectó fue bajo.
Cuando la AE es Normal el IMC es normal.
Cuando la AE es Alta el IMC puede ser alto, normal o bajo.

Entre 17-24 años: (Figura 5. IMC Según AE entre 17-24 años)
Cuando la AE está por Debajo de lo normal el IMC era Bajo y Normal.
Cuando la AE es Normal el IMC es normal.
Cuando la AE está Alta el IMC oscila entre Alto, Normal y Bajo.

√ Existe una distribución irregular respecto a los tipos de escoliosis estudiadas. *(Figura 6. Tipos de Escoliosis)*

√ La mayoría han finalizado los estudios de la ESO.

√ Estancia Media:
La estancia media de los hombres en ambos grupos de edad es superior al de las mujeres. Las mujeres en ambos grupos suelen reducir su estancia media, mientras que los hombres la aumentan.
La estancia media tras el día de IQ hasta el alta fue:
Entre 11-16 años de 6,63 días; y entre 17-25 años de 8,92 días. *(Figura 7. Estancia Media Hospitalaria tras la Intervención Quirúrgica)*

√ Nivel de Autoestima según tipo de población:
Entre 11-16 años: (Figura 8. Nivel AE según población entre 11-16 años)
En la población rural el porcentaje de pacientes con AE Baja es 0.
En la población urbana el porcentaje de pacientes con AE Baja es del 33.33%. El resto es Alta.
A nivel general en esta población la AE se encuentra más elevada en la población rural que en la población urbana.

Entre 17-24 años: (Figura 9. Nivel AE según población entre 17-24 años)
El porcentaje de pacientes con AE Alta o Media-Alta es superior en la población urbana que en la rural.
El porcentaje de pacientes con AE por Debajo de la Media es similar en ambos tipos de población, siendo del 33.33%.

√ Nivel de Autoestima General y por áreas:
Entre 11-16 años: (Figura 10. Nivel AE Global entre 11-16 años)

- El 6.25% de los pacientes, tenía su AE Global Baja. (Concretamente fue una paciente).
- 13 de 16 pacientes tenían la AE por encima de la Media.

Al evaluar la AE en sus diversas Áreas nos encontramos: *(Figuras 11-12. Nivel AE por Áreas en hombres y mujeres entre 11-16 años)*

- A pesar de que la AE Global en la mayoría de los pacientes es normal o alta, también se ve como en el 62.5% de los casos, la AE se encuentra afectada en al menos un área. En la población estudiada solo las mujeres existe posibilidad de presentarse un nivel de AE Media o Baja. Por tanto existe un mayor trastorno en mujeres.
- El trastorno de la AE por Áreas en ambos sexos de mayor a menor es: Área Social, Académica y Familiar. El área Emocional no se encuentra afectada en ningún sexo, pero los percentiles sí oscilan más en las mujeres.

Entre 17-24 años: (Figura 13. Nivel AE por sexo entre 17-24 años)
En este intervalo de edad, aumenta el porcentaje de pacientes con la AE por Debajo de la Media, con mayor proporción en las mujeres. *(Figuras 14-15. Percentil Nivel AE por sexo entre 17-24 años)*.

DISCUSIÓN

Podemos resumir que las mujeres en ambos periodos de edad son más susceptibles de presentar una AE Baja al menos en alguna de sus áreas.
La estancia de los hombres en ambos grupos de edad es superior al de las mujeres, debido a la complejidad de la intervención y a sus complicaciones. Por tanto influye la complejidad de la Escoliosis.
Además hay una relación entre AE Baja e IMC Bajo (IMC Bajo – Autoestima Baja) y el pertenecer a población urbana. Asimismo la educación social es distinta en hombres que en mujeres, ya que el rol de la mujer en la sociedad es distinto al del hombre.
A nivel general entre 11-16 años la AE se encuentra más elevada en la población rural que en la población urbana. Esto es debido a que los pacientes en estas edades están más protegidos en el ámbito rural que en el urbano, y además debido a la influencia de la sociedad. Entre 17-24 años al estar formada ya la personalidad-afectividad, la Autoestima se ve afectada por una mayor influencia de la sociedad.

FIGURAS Y TABLAS

Figura 1. Población por sexo

Figura 2. Edad Media por sexo

Figura 3. Tipo de Población

Figura 4. IMC según AE entre 11-16 años

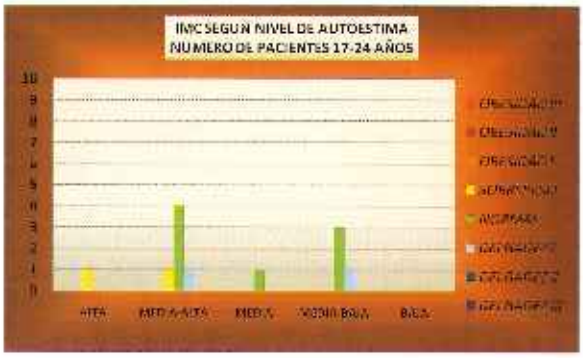


Figura 5. IMC Según AE entre 17-24 años

Figura 6. Tipos de Escoliosis

Figura 7. Estancia Media Hospitalaria tras la Intervención Quirúrgica

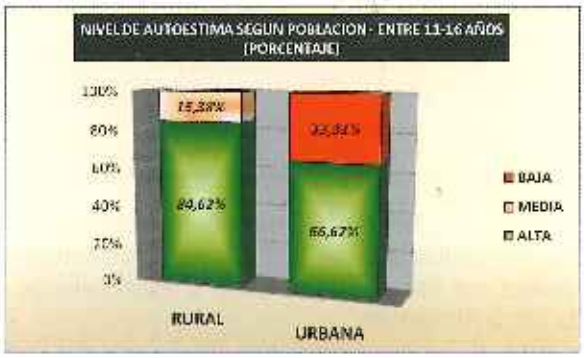


Figura 8. Nivel AE según población entre 11-16 años

Figura 9. Nivel AE según población entre 17-24 años

Figura 10. Nivel AE Global entre 11-16 años

Figuras 11-12. Nivel AE por Áreas en hombres y mujeres entre 11-16 años

Se ve a su vez como la AE Global se ve compensada por las Áreas Específicas, ya que puede existir una AE Global normal, pero Baja en alguna de sus diversas áreas.

Los factores de riesgo para presentar una Autoestima Baja podrían ser:

- Ser mujer, entre 17-24 años, pertenecer a una población urbana y tener un IMC Bajo.

En resumen, se puede desarrollar un plan de cuidados en base al Diagnóstico de Enfermería "Baja Autoestima Situacional o Riesgo de Baja Autoestima Situacional" cuyos factores relacionados serían: alteración de la imagen corporal, fracasos, deterioro funcional, falta de reconocimiento, rechazo y cambio en el rol social, manifestándose por evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar las situaciones, expresiones de inutilidad, conducta indecisa, verbalizaciones negativas de sí mismo e informes verbales de que la situación actual desafía su valía personal.

NOC:	NIC:
-AUTOESTIMA	-AUMENTAR AFRONTAMIENTO
-SUPERACIÓN PROBLEMAS	-POTENCIACIÓN AUTOESTIMA
-IMAGEN CORPORAL	-POTENCIACIÓN IMAGEN CORPORAL
-ACEPTA ESTADO SALUD	-APOYO TOMA DECISIONES
	-APOYO EMOCIONAL

CONCLUSIÓN

En nuestra actividad diaria y sin disponer de evidencia científica nos planteamos qué podría hacer la enfermería en pacientes con Escoliosis para saber si existe relación de ésta con la Autoestima.

Los datos de los que disponemos actualmente nos sugieren que existe una relación (en niños-adolescentes) entre padecer Escoliosis y tener una Baja Autoestima. Cada área de ésta se ve afectada en distinto grado, según el sujeto. Observamos que el tener baja autoestima influye negativamente en cómo se siente, cómo piensa, aprende, crea, se valora, se comporta, se relaciona, etc.

Desde el punto de vista de Enfermería, los cuidados en estos pacientes no solo se limita a cuidados médico-quirúrgicos, sino que además precisan de cuidados integrales; detección de necesidades, y orientación-derivación a recursos a los que podría recurrir (Terapias de grupo, Psicólogos, etc.). Además, en este aspecto, Enfermería tiene un amplio campo de actuación durante su estancia hospitalaria (entrevistas, apoyo emocional...).

Este estudio revela la relación entre escoliosis y baja autoestima. Los resultados servirían tanto a aquellos que padecen la problemática como a los profesionales sanitarios que la atienden, ofreciendo así una mayor calidad de cuidados enfermeros.

El enfermero tiene la posibilidad de asumir un nuevo rol profesional donde se convertirá en la persona que le ayude a identificar sus necesidades y mejorar su calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

- Al área administrativa de la Planta de la U.G.C. de Cirugía Ortopédica y Traumatológica del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.
- A aquellos compañeros que nos han facilitado nuestra labor.
- A familiares y pacientes, por su predisposición.

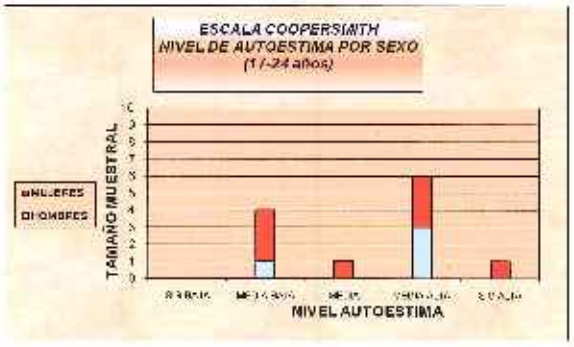


Figura 13. Nivel AE por sexo entre 17-24 años

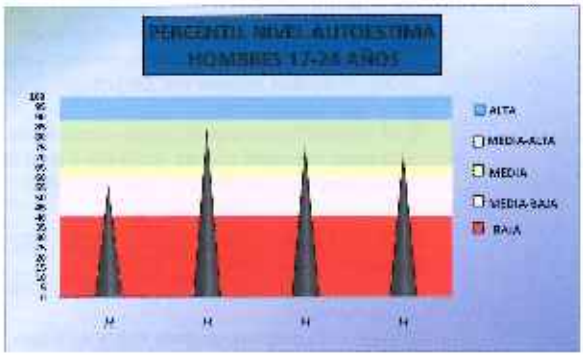
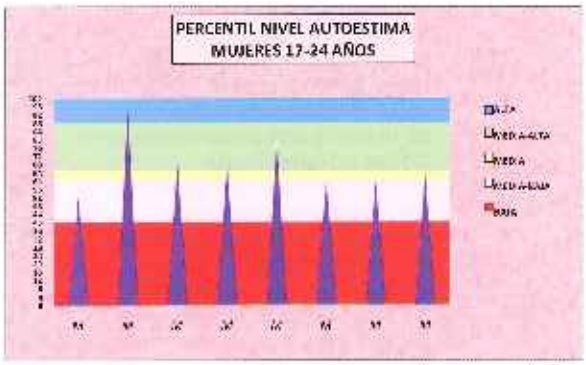


Figura 14. Percentil Nivel AE hombres 17-24 años

1	MIS COMPAÑEROS DE CLASE SE BURLAN DE MI		I	SI	NO
2	SOY UNA PERSONA FELIZ	FS		SI	NO
3	ME RESULTA DIFICIL ENCONTRAR AMIGOS		P	SI	NO
4	ESTOY TRISTE MUCHAS VECES		FS	SI	NO
5	SOY TIMIDA	I		SI	NO
6	SOY TIMIDA		A	SI	NO
7	ME PONGO NERVIOSA CUANDO PREGUNTO AL PROFESOR		A	SI	NO
8	MI CARA ME DISGUSTA		F	SI	NO
9	CUANDO SEA MAYOR VOY A SER UNA PERSONA IMPORTANTE	I		SI	NO
10	ME PREOCUPO MUCHO CUANDO TENGO UN EXAMEN		A	SI	NO
11	CAIGO MAL EN CLASE		P	SI	NO
12	ME PORTO MAL EN CLASE	I		SI	NO
13	CUANDO ALGO VA MAL SUELE SER POR CULPA MIA		C	SI	NO
14	CREO PROBLEMAS A MI FAMILIA		C	SI	NO
15	SOY FUERTE	F		SI	NO
16	TENGO BUENAS IDEAS	I		SI	NO
17	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE EN MI FAMILIA	I		SI	NO
18	GENERALMENTE QUIERO SALIRME CON LA MIA		C	SI	NO
19	TENGO HABILIDAD CON LAS MANOS	F		SI	NO
20	CUANDO LAS COSAS SON DIFICILES LAS DEJO SIN HACER		A	SI	NO
21	HAGO BIEN MI TRABAJO EN EL COLEGIO	I		SI	NO
22	HAGO MUCHAS COSAS MALAS		C	SI	NO
23	DIBUJO BIEN	I		SI	NO
24	SOY BUENO PARA LA MUSICA	I		SI	NO
25	ME PORTO MAL EN CASA		C	SI	NO
26	SOY LENTO HACIENDO MI TRABAJO EN EL COLEGIO		I	SI	NO
27	SOY UN MIEMBRO IMPORTANTE DE MI CLASE	I		SI	NO
28	SOY NERVIOSA		A	SI	NO
29	TENGO LOS OJOS BONITOS	F		SI	NO
30	DENTRO DE CLASE PUEDO DAR UNA BUENA IMPRESIÓN	I		SI	NO
31	EN CLASE SUELO ESTAR EN LAS NUBES		C	SI	NO
32	PASTICHO A MIS HERMANOS/AS		C	SI	NO
33	A MIS AMIGOS LES GUSTAN MIS IDEAS	I		SI	NO
34	ME METO EN LIOS A MENUDO		C	SI	NO
35	SOY OBEDIENTE EN CASA	C		SI	NO
36	TENGO SUERTE	FS		SI	NO
37	ME PREOCUPO MUCHO POR LAS COSAS		A	SI	NO
38	MIS PADRES ME EXIGEN DEMASIADO		FS	SI	NO
39	ME GUSTA SER COMO SOY	FS		SI	NO
40	ME SIENTO UN POCO RECHAZADO/A		P	SI	NO
41	TENGO EL PELO BONITO	F		SI	NO
42	A MENUDO SALGO VOLUNTARIO/A EN CLASE	I		SI	NO
43	ME GUSTARIA SER DISTINTO/A A COMO SOY		FS	SI	NO
44	DUERMO BIEN POR LA NOCHE	A		SI	NO
45	ODIO EL COLEGIO		C	SI	NO
46	ME ELIGEN DE LOS ULTIMOS PARA JUGAR		P	SI	NO
47	ESTOY ENFERMO/A FRECUENTEMENTE		F	SI	NO
48	A MENUDO SOY ANTIPATICO/A CON LOS DEMAS		C	SI	NO
49	MIS COMPAÑEROS PIENSAN QUE TENGO BUENAS IDEAS	I		SI	NO
50	SOY DESGRACIADO/A		FS	SI	NO
51	TENGO MUCHOS AMIGOS/AS	P		SI	NO
52	SOY ALEGRE	FS		SI	NO
53	SOY TORPE PARA LA MAYORIA DE LAS COSAS		I	SI	NO
54	SOY GUAPO/A	F		SI	NO
55	CUANDO TENGO QUE HACER ALGO LO HAGO CON GANAS	A		SI	NO



Figuras 15. Percentil Nivel AE mujeres 17-24 años

ME PELEO MUCHO	C		S	NO
CAIGO BIEN A LAS CHICAS	P		S	NO
LA GENTE SE APROVECHA DE MI		P	S	NO
MI FAMILIA ESTA DESILUSIONADA CONMIGO		FS	S	NO
TENGO UNA CARA AGRADABLE	F		S	NO
CUANDO TRATO DE HACER ALGO TODO PARECE SALIR MAL		A	S	NO
EN MI CASA SE APROVECHAN DE MI		P	S	NO
SOY UNO/A DE LOS MEJORES EN JUEGOS Y DEPORTE	F		S	NO
SOY PATOSO/A		F	S	NO
EN JUEGOS Y DEPORTES MIRO, PERO NO PARTICIPO		F	S	NO
SE ME OLVIDA LO QUE APRENDO		I	S	NO
ME LLEVO BIEN CON LA GENTE	C		S	NO
ME ENFADO FACILMENTE		A	S	NO
CAIGO BIEN A LOS CHICOS	P		S	NO
LEO BIEN	I		S	NO
ME GUSTA MAS TRABAJAR SOLO/A QUE EN GRUPO		P	S	NO
ME LLEVO BIEN CON MIS HERMANOS/AS	C		S	NO
TENGO UN BUEN TIPO	F		S	NO
SUELO TENER MIEDO		A	S	NO
SIEMPRE ESTOY ROMPIENDO COSAS		C	S	NO
SE PUEDE CONFIAR EN MI	C		S	NO
SOY UNA PERSONA RARA		P	S	NO
PIENSO EN HACER COSAS MALAS		C	S	NO
LLORO FACILMENTE		A	S	NO
SOY UNA BUENA PERSONA	C		S	NO

Tabla 1. Escala de Autoconcepto de Piers-Harris

	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1 Es difícil para mí mantener los amigos(as)	1	2	3
2 Me pongo nervioso(a) cuando me llama algún profesor(a)	1	2	3
3 Digo la verdad aunque me perjudique	1	2	3
4 Tengo buenas ideas	1	2	3
5 Mi familia me considera alguien importante	1	2	3
6 Cuando me porto mal en clase me siento disgustado	1	2	3
7 Me desanimo cuando algo me sale mal	1	2	3
8 Hago bien los trabajos escolares	1	2	3
9 Me avergüenzo de muchas cosas que hago	1	2	3
10 Puedo dibujar bien	1	2	3
11 Soy lento(a) en terminar los trabajos escolares	1	2	3
12 Soy nervioso	1	2	3
13 Me pongo nervioso cuando hablo en clase	1	2	3
14 Hago cosas a mano muy bien	1	2	3
15 Me preocupo mucho por todo	1	2	3
16 Me gusta mi forma de ser	1	2	3
17 Con frecuencia soy voluntario en la escuela	1	2	3
18 Duermo bien por la noche	1	2	3
19 Detesto la escuela	1	2	3
20 Mis profesores me consideran inteligente y trabajador	1	2	3
21 Tengo muchos amigos	1	2	3
22 Soy un chico(a) alegre	1	2	3
23 Soy torpe en muchas cosas	1	2	3
24 Me gustan las peleas y las riñas	1	2	3
25 La gente me tiene manía	1	2	3
26 Mi familia está decepcionada de mí	1	2	3
27 Soy criticado en casa	1	2	3
28 Olvido pronto lo que aprendo	1	2	3
29 Consigo fácilmente amigos	1	2	3
30 Pierdo mi paciencia fácilmente	1	2	3
31 Trabajo mucho en clase	1	2	3
32 Juego con mis compañeros	1	2	3
33 Tengo miedo de algunas cosas	1	2	3
34 Me enfado si los demás no hacen lo que digo	1	2	3
35 Soy vivaracho con mis amigos y familiares	1	2	3
36 Soy honrado con los demás y conmigo mismo	1	2	3

POR FAVOR NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADRO

	PD	PG
A		
S		
E		
F		
T		

Tabla 2. Escala Autoconcepto AFA.

APENDICE A PREGUNTAS

INVENTARIO DE AUTOESTIMA DE COOPERSMITH VERSION PARA ADULTOS

VERSION DOS

1	MAS DE UNA VEZ HE DESEADO SER OTRA PERSONA	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
2	ME CUESTA MUCHO TRABAJO HABLAR ANTE EL GRUPO	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
3	HAY MUCHAS COSAS EN MI MISMO QUE CAMBIARIA SI PUDIERA	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
4	TOMAR DECISIONES NO ES ALGO QUE ME CUESTE	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
5	CONMIGO SE DIVIERTE UNO MUCHO	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
6	EN CASA ME ENFADO A MENUDO	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
7	ME CUESTA MUCHO ACOSTUMBRARME A ALGO NUEVO	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
8	SOY UNA PERSONA POPULAR ENTRE LA GENTE DE MI EDAD	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
9	MI FAMILIA ESPERA DEMASIADO DE MI	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
10	EN CASA SE RESPETAN BASTANTE MIS SENTIMIENTOS	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
11	SUELO CEDER CON BASTANTE FACILIDAD	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
12	NO ES NADA FACIL SER YO	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
13	EN MI VIDA TODO ESTA MUY CONFUSO	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
14	LA GENTE SUELE SECUNDAR MIS IDEAS	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
15	NO TENGO MUY BUENA OPINION DE MI MISMO	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
16	HAY MUCHAS OCASIONES EN LA QUE ME GUSTARIA DEJAR MI CASA	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
17	A MENUDO ME SIENTO HARTO DEL TRABAJO QUE REALIZO	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
18	SOY MAS FEO QUE EL COMUN DE LOS MORTALES	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
19	SI TENGO ALGO QUE DECIR, NORMALMENTE LO DIGO	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
20	MI FAMILIA ME COMPRENDE	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
21	CASI TODO EL MUNDO QUE CONOZCO CAE MEJOR QUE YO A LOS DEMAS	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
22	ME SIENTO PRESIONADO POR MI FAMILIA	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
23	CUANDO HAGO ALGO, FRECUENTEMENTE ME DESANIMO	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
24	LAS COSAS NO SUELEN PREOCUPARME MUCHO	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE
25	NO SOY UNA PERSONA MUY DE FIAR	ME DESCRIBE	NO ME DESCRIBE

Tabla 3. Inventario de Autoestima de Coopersmith Forma Adultos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Don/Doña.....da. .....años de edad, con domicilio en .....
y con DNI .....

He sido informado/a de que el estudio que se me va a realizar, es para la realización de un trabajo científico, docente, proyecto de investigación y sin ánimo de lucro.

También he sido informado/a de la posibilidad de revocar dicho consentimiento, cuando lo desee y sin necesidad de explicaciones previas.

Por lo que doy mi consentimiento, de forma voluntaria, para que se realice dicho estudio.

En Sevilla a.....de.....de.....

REVOCACIÓN

Don/Doña.....de.....años de edad, con domicilio en .....
y con DNI. .....
REVOCO el consentimiento prestado en fecha..... y no deseo proseguir con dicho estudio, que en esta fecha doy por finalizado.

En Sevilla a.....de.....de.....

Anexo 1. Consentimiento Informado

BIBLIOGRAFÍA

1 Zurita Ortega, F. Screening y Prevalencia de las alteraciones raquídeas (Escoliosis e Hipercifosis) en una población escolar de 8 a 12 años de Granada y provincia. [Tesis Doctoral]. Universidad de Granada. 2007.
2 Nanda International. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. Elsevier. 2009-2011; 192.
3. Montalvo GM; León PM. Escoliosis idiopática del adolescente. Rev Mex Ortop Ped. 2010; 12 (1).
4 Sainz de Baranda P; Rodríguez PL; Santonja F; Andújar P. La columna vertebral del escolar. Wanceulen, 2005.
5 Parent S; Newton PO; Wenger DR. Adolescent idiopathic scoliosis: etiology, anatomy, natural history and bracing. Instr Course Lect. 2005; 54: 529-36.
6 Burwell RG. Etiology of idiopathic scoliosis: current concepts. Pediatr Rehabil. 2003; 6: 137-70.
7 Hedequist DJ. Surgical treatment of congenital scoliosis. Orthop Clin North m.2007 ;38(4):497-509, vi.
8 González Pineda JA ; Núñez Pérez C; González Pumariega S; García García MS. Autoconcepto, autoestima y aprendizaje escolar. Psicothema, 1997; 9 (2): 271-289.
9 Bottone Noelia S; Mattiacci, Gladys A ; Rodríguez SB. "Situación Psicoemocional de los adolescentes de la Escuela GDOR J. López de Choromoro". Trancas – Tucuman. 2007.
10 Llinares Insa LI; Molpeceres Pastor MA; Musitu Ochoa G. "La autoestima y las prioridades personales de valor. Un análisis de sus interrelaciones en la adolescencia". Anales de psicología. 2001; 17 (2):189-200.
11 Ramasco Gutiérrez M. "Relatos en torno a la desviación de la columna". Revista Nure Inv. 2005; 2:13.
12 Salisbury MH; LaMontagne LL; Hopworth JT; Cohen F. "Parents' Self-Identified Stressors and Coping Strategies During Adolescents' Spinal Surgery Experiences. Clin Nurs Res 2007; 16; 212.
13 Fernández Merino LF; Bernal López E."Programa de Autoestima para jóvenes en edad escolar". Rev. Paraninfo Digital. 2008 Año 2(3).
14 Albert Sobrino S; Albert Sobrino M; Friebel Paradela E. "Imagen corporal y diagnósticos de Enfermería en adolescentes". Metas Enferm 2005; 8(2):50-57.
15 Bellido Moreno ML; Ponce González JM; Velázquez Salas A; Montaño Bernal AM. "Diagnósticos Enfermeros y satisfacción corporal en adolescentes". Evidentia 2009; 6(28).
16 Acosta Ramírez LP; Casique Casique L. "Relación de la Autoestima con el estilo de vida del adolescente farmacodependiente". Enferm Comunitaria Gran. 2007; 3(2).

ENFERMEDAD DE CHAGAS Y EMBARAZO: A PROPÓSITO DE UN CASO

CHAGAS'DISEASE AND PREGNACY: A CASE REPORT

- **Gallardo-Trujillo Carmen**[1]
- **Salguero-Cabalgante Rocío**[1]
- **Castro-Rodríguez Encarnación**[2]

1. Matrona. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.
2. Matrona, Centro de Salud Montecorinto, Área de gestión sanitaria sur de Sevilla.

Resumen

La enfermedad de Chagas es una zoonosis endémica en Centro y Sudamérica transmitida por un parásito llamado Tripanosoma cruzi. En esta zona, la principal vía de transmisión es la vectorial. En países no endémicos, la enfermedad de Chagas puede transmitirse por vía sanguínea, vertical y transplacentaria.

Los flujos migratorios han originado cambios sustanciales en la epidemiología de la enfermedad de Chagas. En España, las mujeres embarazadas infectadas procedentes de países endémicos se encuentran mayoritariamente en fase crónica asintomática. El cribado en gestantes procedentes de dichas áreas es fundamental para facilitar la detección de la infección congénita y su tratamiento.

Se describe un caso clínico de una gestante que se atiende en nuestra unidad, estableciendo un plan de cuidados de enfermería con el objetivo de garantizar una adecuada atención a la gestante.

PALABRAS CLAVE:

- enfermedad de Chagas
- gestación
- diagnóstico precoz
- tratamiento
- plan cuidados
- diagnósticos enfermeros

Abstract

Chagas'disease is a zoonosis transmitted by a parasite called Trypanosoma cruzi, which is endemic in Central and South America. The main way of transmission in this area is through a vector way. In countries where it is not endemic, Trypanosoma cruzi may be acquired mainly through blood transfusions, organ transplants, and congenital transmission via infected mothers.

Migration flows have caused substantial changes in the epidemiology of Chagas'disease. In Spain, infected pregnant women from endemic countries are asymptomatic chronic phase. The screening of Chagas' disease is really important to detect this congenital infection and its treatment.

A case of a pregnant woman, who is attended in our unit, is described; a nursing care plan is established in order to ensure adequate care for pregnant women.

KEY WORDS:

- Chagas'disease, pregnancy
- screening
- treatment
- nursing care plan
- nursing diagnosis

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Chagas (EC) o Tripanosomosis americana es una zoonosis transmitida por un parásito llamado Tripanosoma cruzi (T. cruzi). En su área endémica, Sudamérica y Centroamérica, el principal mecanismo transmisor es la vía vectorial mediante chinches hematófagos. En las áreas no endémicas, la infección por T. cruzi se transmite por vía sanguínea, donación hemoderivados y trasplante de órganos, y mediante vía vertical, congénita o placentaria.[2]

A raíz de una gestante con EC que ingresa en nuestra Unidad, nos planteamos realizar una revisión bibliográfica acerca de la implicación que esta enfermedad tiene sobre la gestación, las repercusiones sobre el recién nacido, así como la posibilidad de realizar un despistaje sistemático a las embarazadas procedentes de áreas endémicas.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años que ingresa en nuestra Unidad el día 14/10/2012 a las 39 semanas de gestación, con diagnóstico de Trabajo de Parto. Secundigesta, el embarazo anterior sin complicaciones con resultado de recién nacido vivo a término mediante cesárea por desproporción cefalopélvica. No alergia a medicamentos conocida.

La gestante es de nacionalidad boliviana, donde ha residido hasta los 13 años de edad. Actualmente reside en España desde hace 7 años con su pareja y su hijo (sin estudio EC realizado).

Como antecedentes personales destaca EC diagnosticada hace 2 años, en fase crónica indeterminada, con sintomatología digestiva en seguimiento por Unidad de Gestión Clínica de Enfermedades Infecciosas y de Enfermedades Digestivas del Hospital Virgen del Rocío. El embarazo ha sido controlado en la unidad obstétrica de Alto Riesgo. Actualmente como tratamiento toma sulfato ferroso y complejo vitamínico vía oral.

A la exploración presenta constantes vitales: TA: 110/60 mmHg, FC: 80 lpm, talla: 155 cm, peso: 60 kg. No fumadora.

Exploración cervical: cérvix borrado, 4 cm dilatación, consistencia blanda, presentación I plano de Hodge.

El registro cardiotocográfico evidencia un patrón fetal reactivo con línea basal entre 145-160 Lpm y una dinámica uterina de 3 contracciones en 15 minutos.

La gestante se encuentra en fase activa de parto. Se administra analgesia epidural a petición de la mujer. A las 14:25 nace varón vivo de 3.159 gr mediante parto vaginal con ventosa, que presenta test de Apgar de 8/9. Recién nacido asintomático. Alumbramiento sin complicaciones.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

Diagnóstico de enfermería

00148 Temor r/c incertidumbre sobre la evolución del parto y el pronóstico del recién nacido m/p verbalización de la mujer de preocupación por el estado de salud de su hijo.

NOC: 1404 Autocontrol del miedo.
Indicadores:
- 140403 Busca información para reducir el miedo.
- 140406 Utiliza estrategias de superación efectivas.

NIC: 5380 Potenciación de la seguridad.
- Escuchar los miedos del paciente.
- Facilitar la permanencia de los padres con el niño.

NIC: 4920 Escucha activa
- Favorecer la expresión de preocupaciones, dudas y sentimientos.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.

NIC: 5270 Apoyo emocional
- Valorar el estado de preocupación y emocional en todo momento.
- Fomentar la compañía de su pareja el mayor tiempo posible.

00104 Riesgo de lactancia ineficaz r/c déficit conocimientos y problemas de salud materna.

NOC: 1800 Conocimiento: lactancia materna
Indicadores
- 180001 Descripción de los beneficios de la lactancia materna
- 180022 Descripción de la relación entre lactancia materna e inmunidad del lactante.

NIC: 5244 Asesoramiento en la lactancia
- Determinar el deseo y motivación acerca de la lactancia.
- Informar e instruir en el manejo de la lactancia a los padres para que puedan realizar una toma de decisión informada.
- Corregir conceptos equivocados, mala información e imprecisiones acerca de la alimentación al pecho.
- Proporcionar apoyo a las decisiones de la madre.

Problema de colaboración

Dolor agudo secundario a agentes biológicos (contracciones).

NOC: 1605 Control del dolor
Indicadores

- Utiliza medidas de alivio no analgésicas.
- Refiere dolor controlado.

NIC: 6482 Manejo ambiental: confort.
- Controlar las medidas ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente a las molestias (ruidos, iluminación,..).
- Aconsejar ducha de agua caliente en zona lumbar y abdominal, masaje, posiciones más cómodas.

NIC: 1400 Manejo del dolor
- Llevar a cabo medidas que faciliten el alivio del dolor, diferentes posturas, técnicas de respiración/relajación.
- Gestionar la administración de la analgesia epidural.

NIC: 2840 Administración de anestesia.
- Informar a la gestante sobre los efectos de la misma, atendiendo sus inquietudes.
- Administrar el anestésico.
- Vigilar los signos vitales (temperatura, presión sanguínea, respiración, pulso).
- Comprobar el nivel de bloqueo sensorial.
- Instruir a la gestante a que informe sobre los efectos secundarios, alteraciones en el alivio del dolor, entumecimiento de las extremidades.

DISCUSIÓN

La EC es una infección parasitaria crónica y sistémica, ocasionada por un protozoo flagelado denominado T. cruzi, cuyo vector es un insecto hematófago, el triatoma, denominado comúnmente insecto chinche o vinchuca. Los chinches triatominos eliminan en sus heces tripanosoma, penetrando estas formas biológicas en el hospedador mediante la picadura, generalmente por rascado. La principal vía de transmisión en área endémica es la transmitida por el triatoma. En nuestro medio, dado que no existe el vector y se realiza un cribado sistemático en todas las donaciones de sangre, órganos y tejidos, la principal vía de transmisión es la vertical.[5]

Estudios realizados en diferentes zonas de España documentan que la prevalencia de la infección en embarazadas procedentes de áreas endémicas oscila entre 1,5 y 11,4%.[4-5]

Tras la inoculación, tiene lugar la fase aguda de la enfermedad, generalmente asintomática, aunque algunos pacientes presentan fiebre, linfadenopatías, esplenomegalia y edema. El síntoma más reconocido de la infección aguda es el signo de Romaña o edema ocular unilateral. Suelen desaparecer aunque no se administre tratamiento. Una miocarditis difusa y una meningoencefalitis son las complicaciones más graves de la fase aguda.[6] Esta fase suele evolucionar a una fase crónica, denominada forma indeterminada, clínicamente silente, siendo únicamente posible reconocer la infección mediante técnicas serológicas y/o parasitológicas. La mayoría de los infectados se mantendrán de forma indefinida en esta fase indeterminada, no obstante, del 15 al 30% de los casos desarrolla una forma crónica sintomática, que se caracteriza por la presencia de afección cardíaca (miocardiopatía, insuficiencia cardiaca) y digestiva que comienza con dificultad para deglutir y sigue con megacolon y megaesófago.[6]

En España, las mujeres embarazadas infectadas procedentes de países endémicos se encuentran en la etapa crónica de la infección.[7]

El diagnóstico de la EC puede realizarse por test parasitológicos o serológicos.[8]

El tratamiento de la infección por T. Cruzi se basa en el empleo de Benznidazol y Nifurtimox, cuya efectividad es altamente variable en función de la fase en que se encuentre la enfermedad. Han demostrado reducir la severidad en la fase aguda, pero no tienen gran impacto sobre la progresión a la fase crónica. En la fase crónica el tratamiento debe ir encaminado al manejo de las complicaciones (miocardiopatía, megaesófago, megacolon). En el embarazo el tratamiento está contraindicado por efectos teratogénicos. Las tasas de curación en los recién nacidos infectados alcanzan prácticamente el 100% con tratamiento precoz (benznidazol oral) y con muy escasos efectos secundarios.[9-14]

Se estima que la transmisión madre-hijo se da entre el 2 al 10%.[10] En las zonas no endémicas en la que se han producido migraciones sin vector de transmisión, se estima que se sitúa entre el 5 al 6%. La transmisión materno-fetal de la enfermedad de Chagas ocurre por vía transplacentaria y depende de la parasitemia y del nivel de inmunidad materna. El parásito llega al feto por diseminación hematógena atravesando la placenta. Los mecanismos implicados en la transmisión no se conocen con exactitud, se sabe que T. cruzi invade y se multiplica en las células de Hofbauer de la placenta, desde donde libera tripomastigotes al embrión o al feto. A nivel placentario el parásito puede producir granulomas, cambios inflamatorios y necrosis de las vellosidades coriales. Si se produce una afectación grave de la misma puede producirse la muerte fetal intrauterina o desencadenarse el parto prematuramente. No obstante, la presencia de cambios histológicos a nivel placentario no siempre es sinónimo de afectación fetal.[13]

Las complicaciones del recién nacido infectado, se pueden encuadrar en las siguientes formas clínicas: recién nacido prematuro o con crecimiento intrauterino restringido, síndrome hapatoesplenomegálico, fiebre, edemas e ictericia, forma meningoencefálica y formas asintomáticas.[6]

En caso de recién nacidos asintomáticos es necesario efectuar pruebas de laboratorio para confirmar o descartar la infección (serología, PCR, pruebas parasitológicas).[7]

En el parto no está justificada la cesárea, que se hará por las indicaciones habituales obstétricas. Se prodigarán los cuidados obstétricos habituales a la condición fetal, evitando las practicas invasivas (toma de equilibrio ácido base de calota, colocación de monitor interno) y las instrumentaciones que podrian herir al feto y facilitar la transmisión intraparto. La OMS recomienda mantener la lactancia materna.

CONCLUSIONES

En España no existe el vector transmisor de la EC, no obstante, los constantes flujos migratorios de población Latinoamericana hacen posible la aparición de la enfermedad en nuestro medio. El objetivo epidemiológico en países no endémicos seria el control de la transmisión interhumana, tanto horizontal a través de la donación de sangre o hemoderivados, como vertical, la que más interesa desde el punto de vista obstétrico-ginecológico.

En el control de la transmisión materno fetal el principal reto sería identificar las gestantes con EC, lo que nos permitiría el diagnóstico precoz de la infección congénita y el tratamiento en fase temprana de la enfermedad.

El cribado de Chagas en embarazadas expuestas se ha demostrado rentable económicamente tanto en áreas endémicas como no endémicas, como es el caso de nuestro país. Sin embargo, pocas comunidades autonómicas incluyen en sus procesos de atención embarazo, parto y puerperio este cribado. Actualmente, las comunidades autonómicas de Valencia y Cataluña tienen incorporado este cribado en la atención a embarazadas de riesgo a sus hospitales.[4] La recomendación para el control de la transmisión vertical y el diagnóstico de la infección congénita está basada en el control serológico a la embarazada procedente de área endémica, y la búsqueda de anticuerpos y parásitos en los recién nacidos de madres infectadas.

Sin embargo, nos planteamos si sería necesaria institucionalizar la estrategia de diagnóstico mediante el despistaje sistemático de esta enfermedad a todas las mujeres embarazadas de riesgo en todos los hospitales españoles.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muro A, López Abán J. Temavasio de la Vega HG, Pérez Arellano JL. Infecciones por protozoos flagelados hemotisulares II: enfermedad de chagas. Tripanosomiasis africana. Medicine.2010;10: 3632-41.
2. J.M. Paricin Talayero, M. Sánchez Palomares, L. Escrivá Cholbi y J. Mut Buigues. Enfermedad de Chagas y transmisión vertical. Jano 11 de diciembre de 2009. N.º 1.755.
3. Gascón J, Pinazo MJ. Control de la transmisión vertical de Trypanosoma cruzi en España: principal reto de la patología importada. Enferm Infecc Microbiol Clin 2008;26(10):607-8.
4. Muñoz-Vilches MJ, Salas J, Cabezas T, Metz D, Vázquez J, Soriano MJ. Cribado de Chagas en mujeres gestantes latinoamericanas. Experiencia en el Poniente Almeriense. Enferm Infecc Micro biol Clin. 2012: DOI:10.1016/j.eimc. 2011.11.012.
5. Barona-Vilar C, Giménez-Martí MJ, Fraile T, González- Steinbauer C, Parada C, Gil-Brusola A, et al. Prevalence of Trypanosoma cruzi infection in pregnant Latin American women and congenital transmission rate in a non-endemic area: the experience of the Valencian Health Programme (Spain). Epidemiol Infect. 2012.
6. Gastañaga Holguera T et al. Enfermedad de Chagas y gestación. Prog. Obstet Ginecol.2008, 51(6): 365-9.
7. Blasco L, Nuñez V, Cruceyra M, Magdaleno F, García, S. Enfermedad de Chagas y embarazo. Rev Chil Obstet Ginecol 2011; 76(3).
8. Gascón J. Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Chagas importada. Med Clin.2005; 125 (6):230-5.
9. Coura JR, de Castro SL. A critical review on Chagas disease chemotherapy. Mem Inst Oswaldo Cruz. 2002; 97:3-24.
10. Moretti E, Basso B, Castro I, Carrizo Páez M, Chaul M, Barbieri G, Canal Feijoo D, Sartori MJ, Carrizo Páez R. Chagas disease: study of congenital transmission in cases of acute maternal infection. Revista da sociedade Brasileria de Medicina Tropical. 2005; 38: 53-55.
11. Muñoz J, Portús M, Corachan M, Fumadó V, Gascón J. Congenital Trypanosoma cruzi infection in a non-endemic area. Trans R Soc Trop Med Hyg 2007;101(11):1161-2.
12. Buekens P, Almendares O, Cafferata ML, Chippaux JP, Dumonteil E, Eberhard M Gamboa-Leon R, James M, Padilla N, Wesson D, Xiong X. Mother-to-child transmission of Chagas' disease in North America: why don't we do more? Matern Child Health J. 2008;12 (3):283-6.
13. Brutus L., Castillo L., Bernal C., Salas NA, Schneider D., Santalla JA, and Chippaux JP. Trypanosoma cruzi Parasitemia during Pregnancy and Delivery as a Risk Factor for Congenital Chagas Disease. Am. J. Trop. Med. Hyg., 83(5), 2010, pp. 1044–1047.

EFECTIVIDAD DE LA RAC ENFERMERA
EFFECTIVENESS OF NURSE RAC

- **Carmen Rodríguez Pozo, enfermera de urgencias[1]**
- **Esteban Romero Rueda, enfermero de urgencias[1]**

1. Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Resumen

En Urgencias del Hospital General Virgen del Rocío nos planteamos una pregunta para autoevaluarnos: ¿Hacemos los/as enfermeros/as bien un trabajo tan propio en urgencias como es la clasificación de pacientes?
En nuestro hospital hacemos la RAC (recepción, acogida y clasificación) a todos los pacientes, clasificándolos por nivel de urgencia en la atención, de mayor a menor urgencia en niveles 1, 2, 3 y 4.
Nos proponemos averiguar si la clasificación por niveles es adecuada a la gravedad y la urgencia que traen los pacientes.
Recogimos datos a través del programa informático Diraya durante los últimos meses del año 2012 y anotamos el número de pacientes de cada nivel que entró por urgencias, así como el número de pacientes de cada nivel que estaban ingresados en observación.
Un altísimo porcentaje de los que son clasificados como nivel 1 y 2 ingresan en observación mientras que la mayoría de niveles 3 y casi todos los niveles 4 son filtrados en la puerta siendo altas a domicilio o bien ingresos en planta que no requieren una observación urgente.
Ello demuestra el buen criterio enfermero a la hora de hacer la clasificación y valorar la urgencia y la gravedad de los pacientes.
Estos datos no son extrapolables ni comparables a otras unidades de urgencias ya que han sido estudiados para la ubicación y la distribución que existen en nuestro servicio.

PALABRAS CLAVE:

- Efectividad
- Autoevaluación
- Clasificación
- Buen criterio

Abstract

In urgencies of the General Hospital Virgen del Rocio we ask a question to selft evaluate: Are the nurses doing a good job in emergency like the patient classification?
In our hospital we do the rac (reception and classification) classifying all the patients for level of urgency, urgency high to low: level 1, 2, 3 and 4.
It is important to perform a self evaluation, to change the methodology if we are wrong, and to strengthen our work if we are doing well.
We intend to find out if the clasification is appropriate to the seriousness and urgency that bring patients.
We collected data through software Diraya during the last months of the year 2012 and we note the number of patients at each level who came through the emergency room and the number of patients at each level who were admitted for observation.
A high percentage of those classified as Level 1 and 2 are directed to the observation, while the majority of levels 3 and 4 are directed from the emergency department to home or hospital admission, and do not require urgent observation.
This demonstrates the good judgement when making classification and assess the urgency and severity of the patients.
These data can not be extrapolated to other units or emergency and that have been studied for the location and distribution existing in our service.

KEY WORDS:

- Effectiveness
- Self evaluation
- Patient classification
- Good judgment

Póster en el XXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería de Urgencias y Emergencias, celebrado en Barcelona los días 11 y 12 de abril de 2013.

INTRODUCCIÓN:

En urgencias, como en todos los servicios de enfermería utilizamos los protocolos de la unidad de forma automatizada y según los hábitos de años de trabajo, sin embargo las circunstancias cambian cuando van pasando los años y es necesario hacer una revisión para ver si trabajamos del modo más correcto posible. En nuestro caso nos hemos detenido a evaluar la clasificación enfermera de nuestro hospital y nos hemos planteado la siguiente pregunta: ¿Hacemos los/as enfermeros/as bien un trabajo tan propio en urgencias como es la clasificación de pacientes?

El constante aumento del número de consultas que se realizan en los servicios de urgencias hospitalarios, hace que sea imprescindible disponer de un sistema para clasificar pacientes que acuden a nuestros servicios en función de su posible gravedad para atender de forma prioritaria al que más lo necesita.

La RAC (Recepción, Acogida y Clasificación) es una correcta comprensión del problema de salud de los pacientes, desde la óptica asistencial, por niveles de gravedad, y su correspondiente clasificación y adecuación a la estructura del medio asistencial de urgencias en el que nos encontremos.

En urgencias del hospital general Virgen del Rocío utilizamos una clasificación de 4 niveles en los que el nivel 1 se asigna al paciente que hay que atender sin ninguna demora, el nivel 2 permite una demora de sólo 20 a 30 minutos, el nivel 3 a los pacientes que no cumplen criterios ni para el 1 ni para el 2 y el nivel 4 a pacientes cuya patología no se considera urgente.

Con esta investigación pretendemos comprobar si la clasificación se hace correctamente. Para ello estableceremos del total de pacientes que entra en urgencias qué porcentaje es clasificado en cada nivel y del total de los pacientes ingresados qué porcentaje fue clasificado en cada nivel. Suponiendo que los pacientes que ingresan en observación han debido de ser clasificados con un nivel importante de gravedad.

JUSTIFICACIÓN/IMPORTANCIA:

Es importante hacer una autoevaluación para cambiar la metodología si nos estamos equivocando y para reforzarnos si lo estamos haciendo bien.

OBJETIVOS:

Averiguar si la clasificación por niveles es adecuada a la gravedad y la urgencia que traen los pacientes. Para ello haremos una comparativa del porcentaje de pacientes de cada nivel que ingresan en observación con respecto al porcentaje de cada nivel que entran en la puerta de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Elegimos hacer nuestro estudio anotando el número de pacientes que acuden a urgencias y cuántos de cada ellos eran clasificados en cada nivel. Asimismo anotamos el número de pacientes ingresados en observación y cuántos de ellos había sido clasificado en cada nivel. Para ello recogimos datos a través del programa informático Diraya de un total de 1666 pacientes a lo largo de 2 meses y medio de final 2012, de días diferentes de la semana y de horas distintas del día, de manera aleatoria.

Todos los datos obtenidos los procesamos con el programa Excel. Como los números naturales eran bien diferentes en cada unidad, debido al número de camas de que dispone cada una de ellas y sobre todo con respecto a los que entran por puerta de urgencias, los números obtenidos los trasladamos a porcentajes, para establecer la comparativa de un modo eficaz.

RESULTADOS:

De los 987 pacientes que observamos en consultas en la puerta de urgencias: 38 fueron clasificados nivel 1 (4%), 157 nivel 2 (16%), 660 nivel 3 (67%) y135 nivel 4 (14%).

En observación y unidad de estancias cortas analizamos el nivel de clasificación de 679 pacientes de los cuales 175 fueron nivel 1 (25,77%), 206 nivel 2 (30,34%), 278 nivel 3 (40, 94%) y 21 nivel 4 (3,09%).

En este global de enfermos ingresados en observación los diferenciamos por unidades que en nuestro hospital son las siguientes:

Estancias cortas: Como su nombre indica es una hospitalización en la que la estancia es sólo de unas horas y en la que los pacientes permanecen sentados en butacas adecuadas para implantar unos tratamientos de corta duración.

En ésta estudiamos un total de 184 pacientes de los cuales 21(11%) eran de nivel 1, 52 (28%) nivel 2, 109 (60%) nivel 3 y sólo 2 (1%) nivel 4.

En esta unidad aunque la mayoría de los pacientes no están en una situación grave si que se ingresan algunos enfermos cardiólogicos con FA rápida o taquicardias supraventriculares que son revertidas rápidamente con medicación, lo cual explica el aumento, hablando siempre proporcionalmente, de enfermos con nivel 1 y nivel 2 con respecto a los porcentajes de consultas.

Críticos: Aquí ingresan los pacientes que requieren observación y tratamiento más intensos, así como aquellos cuyo estado es hemodinámicamente más inestable,

es la representación de los enfermos más graves de observación. Como no podía ser de otra forma es donde más se invierten los porcentajes por nivel con respecto a la puerta de manera que tenemos que de los 68 observados, 44 (64%) son de nivel 1, 16 (24%) de nivel 2, sólo 8 (12%) nivel 3 y ninguno de nivel 4.

Aquí es donde nuestro estudio coge fuerza y demuestra ampliamente la buena labor que hace enfermería a la hora de clasificar los enfermos, en los que recordamos que en la puerta de urgencias solamente el 4% eran clasificados como nivel 1 frente al 65% que representan los que ingresan en ésta unidad, siendo también más alto el porcentaje en el nivel 2 y mucho más bajo en nivel 3, 12% frente al 67% que son los que se ven en las consultas de la puerta de urgencias.

Cirugía: Esta es una unidad de observación en la que todos los pacientes son tratados por especialidades quirúrgicas de manera que engloba una gran variedad de niveles de clasificación y es aquí donde más se asemejan las proporciones a los niveles establecidos en la puerta, ya que pueden ingresar desde pacientes con abdomen agudo o hemorragias importantes que precisan cirugía que serían clasificados como nivel 1, hasta enfermos con hemorroides o fístulas anales que serían clasificados como nivel 4. Con ello obtenemos el siguiente reparto de enfermos: De los 125 estudiados, 12 (10%) fueron nivel 1, 27 (22%) nivel 2, 67 (54%) nivel 3 y 19 (15%) nivel 4.

Observación mujeres: Es junto con observación hombres la unidad estándar de observación (medicina general). Aquí como en su homóloga en hombres, en la cual la distribución por niveles es muy similar, lo cual significa que no hay distinción por sexos a la hora de establecer niveles, la distribución entre los 3 niveles primeros, ya que como ocurría en críticos tampoco existe aquí el nivel 4, es prácticamente similar existiendo del total de 163 mujeres estudiadas, 52 (32%) de nivel 1, 58 (35%) nivel 2 y 53 (33%) nivel 3. Lo cual lejos de lo que parece que es que los enfermos se reparten equitativamente por niveles vuelve a corroborar la importancia de la clasificación enfermera si se compara con la proporción pequeñísima (4%) de nivel 1 que se asigna a todos los pacientes que entran en nuestra urgencia y amplísima (67%) de nivel 3. Dando niveles de gravedad y/o prioridad 1 y 2, solamente a aquellos pacientes que estrictamente lo necesitan y los cuales en la mayoría de los casos acabaran en observación.

Observación hombres: Cómo hemos explicado en el apartado anterior es una unidad de observación de medicina general en la que el resultado es muy similar al de la unidad de mujeres por lo cual nos limitamos solamente a exponer las cifras, ya que las conclusiones son las mismas.

De los 139 hombres estudiados, 46 (33%) fueron nivel 1, 53 (38%) nivel 2, 41 (29%) nivel 3.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES:

La distribución de pacientes ingresados en observación por niveles es totalmente distinta a la que se ve en puerta de urgencias en la que domina el nivel 3 (67%), los niveles 2 y 4 giran entorno al 15% y representa sólo el 4% los niveles 1, con ello concluimos que un altísimo porcentaje de los que son clasificados como nivel 1 y 2 pasan a observación mientras que la mayoría de niveles 3 y casi todos los niveles 4 son filtrados en la puerta siendo altas a domicilio o bien ingresos en planta que no requieren una observación urgente.

Actualmente existen muchos estudios y artículos definiendo lo que es la RAC de los enfermos en urgencias. Si bien son limitados, o al menos nosotros no hemos tenido acceso, los trabajos que demuestran si esa clasificación de pacientes está hecha adecuadamente. En nuestra investigación hemos intentado evaluar la efectividad del criterio enfermero a la hora de hacer la clasificación y valorar la urgencia y la gravedad de los pacientes, demostrando que en nuestro hospital ésta evaluación ha resultado muy positiva. Sin embargo, éste estudio es difícilmente extrapolable a otros servicios de urgencias porque nosotros lo hemos centrado en la distribución de pacientes por gravedad y urgencia que se realiza concretamente en nuestro centro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Díaz Chicao. J.R. La enfermera de recepción, acogida y clasificación. Enfermería Global; Mayo 2005; Vol.4, núm. 1.
2. Diccionario de la Real Academia Española. 22ª Ed. http://lema.rae.es/drae/?val=efectividad.
3. Caña Molina, Salvador; Portcel Gálvez, Ana Mª;... Habilidades de comunicación en la consulta de RAC. Ciberrevista nº 32. Junio 2005.
4. López González, Ángel; Rovira Gil, Elías. Enfermería en urgencias. Una visión global. Editorial MAD. 2004.
5. Del busto de Prado, Francisco; Arcos González, Pedro; García Peliz, Manuel. Enfermería y urgencias. Editorial Arán. 2001.

ESTUDIO SOCIODEMOGRÁFICO E IDENTIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO EN LAS CONDUCTAS ACUMULADORAS EN LA CIUDAD DE SEVILLA

SOCIODEMOGRÁFIC STUDY AND IDENTIFICATION OF RISK FACTORS IN BEHAVIOR ACCUMULATOR SEVILLE

Mª Auxiliadora Sinquemani Morán
DUE. Experto Universitario en Gerontología Social. Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla.

Resumen

Para comprender mejor todo lo que rodea a las conductas acumuladoras y al Síndrome de Diógenes hemos intentado determinar y detectar los factores de riesgo que contribuyen a su desarrollo, mediante análisis de los expedientes de cada denuncia sanitaria recibidos en la Sección de Salud y Medio Ambiente del Ayuntamiento de Sevilla y entrevista, con las personas denunciadas, en sus domicilios así como con familiares, vecinos, Servicios Sociales Municipales, Salud Mental comunitaria y otras administraciones.
El perfil de las personas entrevistadas presentaba autoabandono, autonegligencia, trastorno o enfermedad mental, aislamiento social, falta de higiene, acumulación de basuras orgánicas con presencia de vectores, ropa, enseres, y presentaban incapacidad para desprenderse de ellos, ausencia de relaciones familiares y sociales, desconocimiento de los recursos sociales y sanitarios disponibles y edad por encima de los 65 años en la mayoría de los casos, aunque también hemos encontrado personas jóvenes.
Es necesaria la coordinación con todos los servicios implicados para poder actuar de manera preventiva y precoz y evitar que las personas lleguen a situaciones de total fracaso personal y social.
Este trabajo puede enmarcarse dentro del II Plan Integral de Salud Mental de Andalucía.

PALABRAS CLAVE:

- Síndrome de Diógenes
- Conductas acumuladoras
- Salubridad e intervenciones de enfermería

Abstract

The aim of this study (or paper-communication-publication-work) is to better understand the circumstances that are involved in hoarding behaviors and Dyogenes Syndrome. We have conducted an assay to identify and detect the risk factors which contribute to its development. To address this study we have made an assessment using the records of each health formal complaint received at the Health and Environment Section of Seville City Hall , and also interviewing those defendant individuals at their homes, as well as interviewing their relatives, neighbors, municipal social agencies, community Mental Health and other public agencies.
Individuals who present with hoarding behaviors are oftentimes described as having self-abandonment, self-neglect, mental disorder or Illness (cognitive impairments), social isolation, poor sanitation, compulsive hoarding of garbage with the presence of vectors, clothes and other items not useful or valuable. Besides, the interviewed individuals were unable to discard worn-out or worthless objects, they showed lack of social and family relations, and they ignore the available social and health resources. The majority of cases comprised people aged 65 years and over, although younger individuals have been described as well.
The findings suggest that Health and Social Care Agencies need to work together to prioritize prevention and early strategies, in order to prevent people reaching a state of complete personal and social failure.

KEY WORDS:

- Diogenes Syndrome
- Hoarding behaviors
- Sanitation and healthy lifestyle
- Nursing interventions

El presente estudio se ha realizado sin financiación y no existe conflicto de intereses.
El presente trabajo no se ha presentado en ninguna ponencia ni se ha presentado en ningún congreso ni como comunicación ni como póster.

INTRODUCCIÓN

Detectar de forma precoz en las inspecciones de viviendas los tipos de personalidad predisponentes a desarrollar una conducta acumuladora es el fin primordial de esta investigación, pero para ello queremos establecer la relación que existe entre la existencia de rasgos premórbidos y el desarrollo de las conductas disruptivas, a través de un cuestionario que nos permita detectar los factores de riesgo, la presencia de enfermedad, trastorno o alteración mental y la existencia de acontecimientos vitales estresantes previos al desarrollo de estas conductas. Dicha herramienta se ha diseñado durante el desarrollo de este estudio.

Los síndromes acumulativos pueden llegar a ser un grave problema de salud pública puesto que comprometen, no solo la vida y salud del individuo que lo padece sino también la salud y convivencia de la comunidad.

Para considerar el fenómeno acumulativo como trastorno es preciso que exista un número de espacios vitales desordenados que dificulten la actividad normal y que cause una tensión significativa del funcionamiento personal del paciente. El grado de desorden es el factor que distingue el deterioro sufrido por estos pacientes. (Lahera et al. Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora) (2).

Desde los primeros estudios realizados en 1960 por Beatson en el que se describen casos de personas que presentan "delirios de pobreza" se observó que a pesar de tener una economía saneada, se trataba de personas de todos los estratos sociales y su incidencia aumentaba con la edad.

En 1966 MacMillan y Shaw realizaron un estudio titulado "Hundimiento senil de los patrones personales y ambientales de higiene" sobre una muestra de 72 personas donde el 50% eran mentalmente sanas, ancianas y solas que vivían en la suciedad extrema, autoabandono, hostilidad, retraimiento social y rechazo a todo tipo de ayuda y el otro 50% presentaban enfermedad mental grave.

En España, en 1976 Calvo y col. llamaron a este problema "Síndrome hippie en los viejos"; caracterizado por una actitud contestataria, pasiva, agresiva y nihilista ante las injusticias sociales, discriminación, fracasos personales..., aunque la tendencia a acumular basura fue llamada "syllogomania" por Clark y Makinkar en 1975, entendiéndola como una especie de distorsión anormal a acumular cosas, agravándose en la vejez. (13). 1

Varios autores se han dedicado en estos años a describir diversos casos de conductas y trastornos acumulativos y del llamado "Síndrome de Diógenes" y poner de manifiesto la dificultad para su clasificación nosológica. No existen estudios sobre este tipo de conductas realizados por enfermería. No hay que confundir el llamado "Síndrome de Diógenes" que suele estar asociado a algún tipo de demencia y las personas que lo sufren suelen vivir en estado de autoabandono con las distintas formas de acumulación (2).La mayor aproximación realizada la ha llevado a cabo por el Dr. Gómez-Feria Prieto en 2011 identificando nueve formas clínicas de las conductas acumuladoras (3,14), las cuales son:

- Conducta acumuladora normal de coleccionista.
- Conducta acumuladora pasiva o falsa conducta acumuladora.
- Conducta acumuladora de síndrome de Diógenes.
- Conducta acumuladora de animales (síndrome de Noé o Diógenes con animales).
- Conducta acumuladora compulsiva.
- Conducta acumuladora como consecuencia de la compra incontrolada.
- Conducta acumuladora estereotipada, ritualista (coleccionismo forzoso).
- Conducta acumuladora del coleccionismo fetichista.
- Conducta acumuladora asociada a cleptomanía.

Los casos que se presentan en la ciudad de Sevilla son detectados a través de denuncias sanitarias de la comunidad, servicios sociales, policía local o bomberos a la Sección de Salud y Medio Ambiente del Ayuntamiento en función de sus competencias, las cuales están recogidas en el artículo 25.2.h de la Ley 7/85 de Abril, reguladora de las bases del Régimen Local, que establece como competencia municipal la protección de la salubridad pública. El artículo 155 y ss. de la Ley 7/02 de 17 de Diciembre, de Ordenación Urbanística de Andalucía contempla el deber de los propietarios de edificios y viviendas de mantenerlos en condiciones de seguridad, salubridad y ornato público, a fin de mantener en todo momento las condiciones requeridas para la habitabilidad o el uso efectivo. El artículo 42.3.c de la Ley General de Sanidad, determina que los Ayuntamientos, tendrán como responsabilidad mínima el control sanitario de edificios, lugares de vivienda y convivencia humana, en igual término se manifiesta el artículo 38.1.c de la Ley 2/98 de Salud de Andalucía, en el artículo 22 de la referida Ley, se señala que son órganos con competencia sanitaria, el Consejo de Salud y los Alcaldes, de acuerdo con la legislación de Régimen Local.

Existe un vacío de información, estudio, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los llamados Síndrome de Diógenes y/o síndromes y/o conductas acumuladoras. Es un trastorno que, si bien presenta una gran visibilidad en los medios de comunicación por su impacto mediático, ha comenzado a ser estudiado desde el rigor científico desde relativamente hace poco tiempo. No se dispone de mucha información y la bibliografía encontrada es en su mayoría de carácter social y médico.

Objetivo general:

- Identificar los factores de riesgo que conducen al desarrollo de las conductas acumuladoras en los saneamientos realizados por el Ayuntamiento de Sevilla durante los años 2009 al año 2011.

Objetivos específicos:

- Establecer la frecuencia de aparición de cada factor de

riesgo en las inspecciones realizadas y en los saneamientos realizados.
- Averiguar qué factor de riesgo tiene una relación más significativa con el desarrollo de conductas acumuladoras.
- Describir cuales son las personas más susceptibles de llegar a esta situación.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio Descriptivo Transversal observacional, de los expedientes de las inspecciones de viviendas realizadas tras recibir denuncia por insalubridad. Se han calculado las frecuencias de aparición de cada variable del estudio.

Personas que participan en este estudio:
Los datos han sido obtenidos de los ficheros existentes en la Sección de Salud y Medio Ambiente del Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla, previa obtención del permiso necesario. Estos ficheros están compuestos por expedientes numerados según numero de entrada como denuncia sanitaria, en cada denuncia figura el domicilio denunciado, el nombre del denunciado si es conocido, el nombre del denunciante y el motivo de la misma, los actos realizados por los técnicos, filiación del usuario (la mayoría de las veces incompleta), número de visitas realizadas por los técnicos, descripción de la situación de insalubridad de la vivienda, coordinación con otros servicios, autorización de la persona denunciada para inspección voluntaria o negativa a la misma, indicaciones de resolución del problema y/o derivación a otros servicios o propuesta de actuación conjunta.
Las historias y casos analizados corresponden a 233 inspecciones de viviendas realizadas por la Sección de Salud y Medio Ambiente del Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla.

Criterios de inclusión:
- El domicilio debe estar situado en Sevilla capital.
- La solicitud de inspección debe venir a través de una denuncia por insalubridad.
- Las denuncias y las visitas correspondientes deben haberse realizado entre los años 2009 y 2011.
- Los saneamientos deben haberse realizado en el mismo periodo de tiempo.
- Actuación de oficio y/o a instancias de otra administración.

Criterios de exclusión:
- Denuncia realizada por motivos ajenos a la salubridad de la vivienda y la salud de las personas.
- Problemas derivados de la estructura del edificio.
- Denuncias realizadas en años distintos a los escogidos para el estudio.
- Denuncias relacionadas con la actividad empresarial.
- Denuncias realizadas tras el fallecimiento del inquilino, en este caso el heredero debe asumir las tareas de limpieza y reparación de la vivienda.
- Saneamientos realizados fuera del periodo descrito.

El tamaño de la muestra corresponde al total de la muestra, ya que se han analizado las inspecciones y los saneamientos realizados entre los años 2009 y 2011.
En cuanto a los aspectos legales estos se rigen por la legislación vigente en materia del tratamiento de los datos de carácter personal.
De los 233 casos medimos las siguientes variables: edad, sexo, convivencia, estado civil, estudios, trabajo (procedencia de los ingresos económicos), estado de salud (si existe enfermedad física, mental, física y mental, adicciones, enfermedad psíquica y adicciones, si esta sano), si está la persona diagnosticada o no, quien efectúa la denuncia, mes del año en que se pone la denuncia (temporalidad), si tiene o ha tenido seguimiento por parte de los Servicios Sociales, distrito municipal al que pertenece, si el saneamiento se ha autorizado voluntariamente o ha sido por orden judicial, si tiene acumulación en su vivienda (basuras, ropas, enseres, papel...), si el inquilino ha autorizado la entrada y limpieza del domicilio o no y, en este caso, se ha tenido que solicitar una orden judicial. Siendo la variable dependiente la acumulación y las independientes las variables sociodemográficas, relacionadas con la denuncia y las relacionadas con la conducta acumuladora.

RESULTADOS

En cuanto a las inspecciones realizadas, el perfil de las personas participantes corresponde a un varón mayor de 65 años, que vive solo en el 75% de los casos, independientemente de su estado civil, aunque predominan los que están solteros, cuya fuente de ingresos económicos procede, en el 22% de los casos, de una pensión por incapacidad por enfermedad y desarrolla conductas acumuladoras en el 61 % de los casos.
En el 71 % de los casos no tiene ningún tipo de seguimiento aunque sean casos conocidos por los Servicios Sociales.
El 65% de las denuncias sanitarias interpuestas por insalubridad de la vivienda se concentra en los distritos Cerro-Amate y Este (Alcosa-Torreblanca), seguidos de Macarena y Sur con el 12,4% de las denuncias.
El 30% de las personas sujetas a inspección de su vivienda han sido estudiadas y tienen algún tipo de diagnóstico, y, estos, han sido denunciados mayoritariamente por sus vecinos (65%) y por familiares en el 10,7% de los casos.
En relación a los saneamientos realizados, el perfil es el de una mujer (52,4%), mayor de 65 años (76%), viuda (33,3%), que vive sola (52,4%), con enfermedad o trastorno mental (47,6%), sin estudios o con estudios primarios (80%), que tiene como fuente de ingresos una pensión no contributiva en el 42,9% de los casos, en seguimiento por Servicios Sociales (66,7%), estudiada y diagnosticada por los Servicios de Salud (61,9%) y denunciada por los vecinos el 71,4% de las veces. En el 57,1% de los casos el saneamiento de la vivienda de ha tenido que realizar por Orden Judicial.

Además de las variables estudiadas hay que mencionar la aparición de los siguientes datos:

- El etilismo crónico se halla presente en el 28,57% de los casos.
- El rechazo de ayuda externa, la negación del problema, el autoabandono y la autonegligencia extrema están presentes en el 80,95% de los casos.
- Sólo el 4,52% recibe el Servicio de Ayuda a Domicilio.
- Ha sido necesario solicitar la incapacitación legal en el 20% de los casos.
- Expresan "persecución por parte de los vecinos" (rasgos paranoides) el 20" de los sujetos, manifestado por expresión verbal de los residentes.
- Aislamiento social importante en el 57,14% de los casos.

DISCUSIÓN

Relación de los resultados con otros estudios existentes.

Hemos considerado como validos los estudios de Macmillan y Shaw (1966), Calvo y col. (1976) y De La Gándara (1992). Hay que destacar la diferente procedencia de los casos estudiados por estos autores con respecto a la procedencia de los casos de este estudio. Los primeros procedían de los ingresos hospitalarios en la Unidad de Agudos de Psiquiatría, los actuales se encuentran en sus casas y no están catalogados como enfermos en fase aguda.

En nuestras inspecciones, la mayoría de casos de acumulación corresponde a hombres (83%) frente a la mayoría de mujeres en los estudios realizados. Puede deberse a que en los estudios realizados anteriormente la edad estaba estratificada en tramos y no de forma tan amplia como en el nuestro, y también hay que tener en cuenta que la esperanza de vida es mayor en las mujeres que en los hombres y la edad media de las mujeres en dichos estudios era de 83 años frente a 68.7 años en los hombres. Sin embargo en los saneamientos realizados la mayoría corresponden a mujeres mayores de 65 años (53%), lo que coincidiría con los estudios realizados.

Tanto en nuestro estudio como en los anteriores la mayoría de los sujetos acumuladores presenta alteración mental y son viudos o solteros y viven solos, la incidencia de soltería entre los acumuladores es mayor que la esperable para la población general en el rango de edad que nos ocupa cifrada según algunos estudios en un 11-18% (De La Gándara 2004). Sufrir un síndrome acumulativo se suele asociar a la soledad, ocurre en el 75% de los casos estudiados. La soltería mantenida hasta edades elevadas es un factor asociable al riesgo de padecer un síndrome acumulativo.

En el 33% de los saneamientos hemos constatado que el sujeto que acumula vivía con otro familiar enfermo y/o mayor. Es fácil deducir que el cansancio del familiar que ostenta el papel de cuidador puede ser un factor de riesgo para el desarrollo de las conductas acumuladoras al disminuir la calidad del cuidado por cansancio o incapacidad del cuidador.

Tanto en nuestro estudio como en los anteriores las denuncias han sido realizadas por vecinos mayoritariamente, a los que le sigue la familia..

Es un denominador común en todos los estudios el rechazo de ayuda externa y la negación del problema, aspectos estos que dificultan sobremanera cualquier tipo de intervención. Pueden llevar años viviendo en condiciones de insalubridad, pero es sólo cuando supone un problema de salud pública, que se interviene. Este dato nos lleva a preguntarnos cuál es la percepción social que existe de los acumuladores y/o Síndromes de Diógenes y cuánto y en qué dirección habría que trabajar para sensibilizar a la población y romper estereotipos negativos sobre la enfermedad mental. Punto, éste último, que incide directamente sobre el aislamiento social de estos pacientes y que les lleva a la soledad buscada.

En cuanto a la estacionalidad, sólo el estudio de De La Gándara en Burgos (1992) recoge que el número de fallecimientos en soledad se da en los meses más fríos y en personas de más edad, punto este que no se puede comparar con Sevilla debido a que la climatología es totalmente distinta. Los fallecimientos en soledad y con algún tipo de acumulación en la vivienda han sido tres en el año 2011, dos hombres fallecidos, en el mes de enero uno y en el mes de marzo otro, y una mujer fallecida en el mes de agosto.

Al contrario que en nuestro estudio, en los anteriores no se hace una diferenciación por distritos municipales, debido, creemos, por la procedencia de los casos estudiados.

En nuestra ciudad la mayoría de denuncias sanitarias y saneamientos corresponde a los distrito Cerro-Amate y Este (Alcosa-Torreblanca) con un 15,2% de las mismas. Teniendo en cuenta las características socioeconómicas de estos distritos sería interesante poder comparar la frecuencia de denuncias sanitarias con otras ciudades. Estos distritos no destacan, precisamente, por ser los que mas mayores tienen, pero sí por los que más mortalidad registra.

En cuanto a la temporalidad de las denuncias éstas se producen en su mayoría en el mes de febrero, no pudiendo establecer la causa. Los saneamientos autorizados voluntariamente se realizan sobre todo en los meses de febrero y marzo, y los realizados por orden judicial en los meses de julio y agosto.

Es difícil estimar la prevalencia de este trastorno por su propia naturaleza, además no existen estudios rigurosos actualizados.

A diferencia de los estudios anteriores, en el que nos ocupa, hemos observado que

las viviendas no están carentes de servicios básicos frente al 80% de los casos en que la vivienda presentaba falta de los mismos (Calvo y col 1976); esta diferencia podría explicarse por el aumento del nivel de vida y de cobertura de las prestaciones sociales de los últimos 40 años.

Limitaciones del estudio:

a) Datos incompletos de las historias de denuncias.
b) Complejidad de la personalidad de las personas a las que se ha realizado una inspección.
c) Falta de colaboraciones establecidas con otras administraciones.

d) Falta de estudios sociodemográficos y epidemiológicos previos.
e) Ningún estudio y escasas publicaciones desde una perspectiva enfermera.
f) Incomprensión de la importancia de la investigación por parte de algunos compañeros.
g) Limitación horaria para el trabajo de campo.
h) Obligación de confidencialidad por parte de la investigadora con la Administración Municipal de Sevilla.
i) Descoordinación

Implicaciones prácticas de la investigación:

* Es el primer estudio sobre el tema que se hace a nivel de la ciudad de Sevilla y desde la Administración Pública realizado por profesionales de la enfermería.
* Se ha puesto de manifiesto la necesidad de protocolizar la recogida de datos para poder realizar estudios posteriores más exigentes.
* Se ha diseñado una herramienta de trabajo para la detección precoz de los casos que ya se está utilizando, La "Hoja de recogida de datos sociodemográficos" y "Descriptores de la situación actual". (Tabla 1).
* Se ha mejorado la coordinación con los servicios de Salud Mental Comunitarios y otros servicios implicados.
* Permite la realización de estudios posteriores mas en profundidad de los temas aparecidos en este estudio: Percepción social de los Síndromes de Diógenes y de las conductas acumuladoras, Estudio Sociodemográficos de estas conductas teniendo en cuenta todas las instituciones hospitalarias y sociales de la ciudad de Sevilla, Cálculo de la prevalencia e incidencia de casos en la Ciudad de Sevilla, Intervenciones enfermeras necesarias con las familias de sujetos acumuladores cuidando al cuidador, averiguar cuál es el sentido real de la acumulación en la historia vital de estos sujetos, etc.

Creemos que demostrar la relación existente entre rasgos premórbidos y el desarrollo de conductas acumuladoras nos permitirá poder abordar los problemas futuros pudiendo realizar un diagnostico precoz de los casos. Cuando llega la denuncia sanitaria y se realiza la inspección es importante realizar una entrevista que valore la existencia de alteración mental de esa persona para poderla dirigir al Servicio de Salud Mental correspondiente. Esperamos también que tras su diagnostico, tratamiento y seguimiento puedan recuperar una mejor calidad de vida y de esa manera evitar las reincidencias ya que estarán seguidos por los servicios sociales comunitarios en contacto con los servicios de salud mental comunitarios.

Asimismo, se espera abaratar el coste de los dispositivos de limpieza necesarios para realizar los saneamientos, el cual es bastante elevado.

CONCLUSIONES:

Concluimos:

1º.- Que los factores de riesgo presentes en la mayoría de las inspecciones en las que se detecta insalubridad y en los saneamientos son la soledad (70.9%), las alteraciones mentales (22% y 74% receptivamente) y la edad (51.8% y 76.2% respectivamente).

2º.- Por la clínica observada en las inspecciones y saneamientos realizados, la soledad y los trastornos mentales, con toda su cohorte de sintomatología, son los dos factores de riesgo que mayor relación parece guardar.

3º.- Las conductas acumuladoras tienen un origen multicausal y es fundamental una actuación integral sobre el sujeto o la unidad familiar lo que debería obligar a las distintas instancias implicadas a coordinarse mucho mejor.

4º.- Las personas mas susceptibles de llegar a desarrollar conductas acumuladoras son aquellas que presentan rasgos premorbidos esquizoide o paranoide, viven solas, experimentan aislamiento social querido o sobrevenido, con escasos recursos personales para afrontar situaciones vitales estresantes, trastorno o enfermedad mental, sobre todo sin el tratamiento y el seguimiento adecuado y llegan solas a la vejez, para detectar los factores de riesgo es necesario una recogida de datos escrupulosa.

5º.- Se han identificado los siguientes factores de riesgo:

1) Relacionados con Apoyo Social:
* Anciano que vive solo.
* Pareja de ancianos que viven solos.
* Relaciones familiares inexistentes.
* No tiene ninguna relación con nadie.
* Marginación social o familiar.
* Nadie que se ocupe de ellos.
* Enclaustramiento doméstico.
* Muerte en soledad.

2) Relacionados con Autopercepción social:
* Sentimiento de soledad y abandono.
* Carencia de sentido vital.
* Carencia de ambiciones.
* Carencia de sentimientos de vergüenza.
* Ruptura biográfica.

3) Relacionados con la ocupación:
* Desacuerdo con la jubilación.
* Ninguna actividad tras la jubilación o la incapacitación.
* Problemas económicos.

4) Relacionados con rasgos de alteración mental aparente:
* Conducta extravagante.
* Indiferencia social
* Rechazo de ayudas externas
* Rechazo de afectos
* No utilización de recursos sociales y sanitarios
* Rechazo de placeres o diversión
* Actitud hostil
* Negación del problema.

5) Relacionados con la presencia de enfermedades físicas invalidantes.
* Infarto agudo de miocardio
* Hemiplejia o paraplejia

* EPOC
* Insuficiencia cardiaca severa

6) Relacionados con la higiene personal:

* Suciedad personal.
* Autoabandono.
* Autonegligencia.

7) Causas ambientales:

* Casas antiguas carentes de servicios básicos.
* Carencia de higiene doméstica

AGRADECIMIENTOS:

A la Sección de Salud y Medio Ambiente del Servicio de Salud del Ayuntamiento de Sevilla por permitir el estudio de los datos.

Tabla 1.

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

DATOS PERSONALES

Fecha de entrada:
Fecha de inspección.

Nombre y Apellidos:
Fecha de Nacimiento: Lugar:
Estado civil:: Casado Soltero Viudo Divorciado Separado No sabe
Convivencia: Vive solo Con hijos Con otras personas Con su pareja (edad).
Nivel educativo: Sin estudios Primarios Secundarios FP 2ª Universitarios
Distrito Municipal:
Denunciante:
Vivienda habitual: Casa Piso
¿Reúne servicios básicos? Si No: Especificar:

Factores de riesgo personales:

Enf. Física 1:..... Diagnosticada/No
Enf. Física 2..... Diagnosticada/No
Enf. Mental 1..... Diagnosticada/No
Enf. Mental 2..... Diagnosticada/No
Adicciones: .....
.....
Adherencia terapéutica: Si No
Seguimiento Médico: Si No
Se conoce su historia de vida: Si No
Hechos vitales estresantes:

Antecedentes de riesgo familiares:

Enf. Física: .....
.....
.....
.....
.....
.....

Enf. Mental: .....
.....
.....
.....
.....
.....

Adicciones:.....
.....
.....
.....
.....
.....

GENOGRAMA

- **Especificar:**
- **Edad de cada miembro**
- **Quien vive habitualmente en la casa**
- **Tipo de relación entre sus miembros**

SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA

Trabaja: Si No Ocupación: Anterior:
Actual:

Profesión:

Ingresos:	Prestación por desempleo	Si	No
	Pensión o ayuda:	Si	No
	Expareja:	Si	No
	Padres, suegros, hijos	Si	No

Pareja: Trabaja		Si	No
	Prestación por desempleo	Si	No
	Pensión o ayuda:	Si	No
Ayuda social familiar:		Si	No

Otros (especificar):
Prestaciones en la actualidad:
¿Está de acuerdo con la jubilación?:

DESCRIPTORES DE LA SITUACIÓN ACTUAL

Se actúa : Por Orden Judicial Voluntariamente
Conductas de autocuidado: Si No (Especificar).....
.....
.....

Comportamiento social:

Rasgos de personalidad:	Introversión	Negación de la situación
	Obstinación	Rechazo de ayuda externa
	Desconfianza	Agresividad
	Negativismo	Suspicacia
	"Piensa que los demás la tienen tomada con el/ella"	
	Celoso	Hostilidad
	Otras manifestaciones:	
Procesos emocionales:	Se siente solo	Se siente abandonado
	Rechaza relación con vecinos	Rechaza relación con familiares
	Piensa que no importa a "nadie"	

Situación física: Independiente Dependiente: Grado I II III IV
Memoria:
Orientación Témporo-espacial:
Tipo de acumulación: Basuras orgánicas Enseres Ropas Animales
Qué responde cuando se le pregunta porqué acumula?

BIBLIOGRAFÍA:

(1) Beatson AW.: Imaginary Poverty. Br. Med. J 1960; 2:468.
(2) Macmillan D. Shaw P.: Senile breakdown in standard soft personal And environmental cleanliness. Br. Med J 1996; 2:1032-1037.
(3) Calvo J., Sánchez P., Vilella J., Marrón J.: Síndromes de Diógenes: Un cuadro clínico frecuente en la vejez y poco conocido. Actas Dermo-Sifilográficas 1976; 67,3-4:225-232.
(4) Clark, A.N.; Makinkar,G.D.: Dyogenes Syndrome. Lancet, February 15,366-368. 1975.
(5) Gómez-Feria Prieto I.: Formas clínicas de las conductas acumuladoras. Psiq Biol 2009; 16:122-30.
(6) Gómez-Feria Prieto I.: Formas clínicas del Síndrome de Diógenes: A propósito de tres casos.Psiq Biol 2008; 15:97-9.
(7) Gandara Martín, J J De,L.A.. & Álvarez Álvarez-Monteserín,T. (1991). Ancianos Solitarios: El Llamado Síndrome de Diógenes. Revista De Gerontología, 1(3-4), 200-205.
(8) Becerra García, J., & Robles Jurado, M. (2010). Características del trastorno por acumulación. ¿Un nuevo síndrome clínico? Psiquiatría Clínica, 17(3), 111-113.
(9) Bastida, D. M. (2009). Tratamiento cognitivo-conductual en un caso de trastorno obsesivo-compulsivo. Psicología.Com.Revista Electrónica De Psicología, 13(1), 1-
(10) Carrato Vaz, E., & Martínez Amorós, R. (2010). Síndrome de Diógenes: A propósito de un caso. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, (107), 489-495.
(11) Miguel Ángel Sarmentero,Víctor García Quismondo. (2007). Prevención de riesgos laborales aplicada a la limpieza de las viviendas ocupadas por personas afectadas. Capital Humano: Revista para la Integración y Desarrollo de los Recursos Humanos, (214), 98-103.
(12) Gómez, A., Leyton, F., & Núñez, C. (2010). Terapia cognitivo-conductual en pacientes con trastorno obsesivo compulsivo resistentes a la farmacoterapia. Archivos de Psiquiatría, 73(1), 5.
(13) Rodríguez Fúnez B., Martín Zurdo J., Hernández Pérez J.M.: Síndrome de Diógenes: ¿Cuadro psiquiátrico o demencial? Alzheimer. Real Invest. Demenc. 2011; 48:13-17
(14) Saiz Gonzáñez, D., Gutiérrez del Álamo, J., Quiñones Tapia, D., & Burguillo Prieto. (2005). Síndrome de Diógenes: Hallazgos neurorradiológicos en sustancia blanca. Base orgánica de las alterac. Revista Clínica Española, 205(1) (42–43).
(15) Lahera, G., Saiz González, D., Martín Ballesteros, E., Pérez Rodríguez, M. M., & Baca García, E. (2006). Diagnóstico diferencial de la conducta acumuladora. Actas Españolas De Psiquiatría, 34(6), 403-407.
(16) Joachim Marschall. (2010). Síndrome de Diógenes. Mente y Cerebro, (42), 56-63.
(17) Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación. Antonio Pantoja Vallejo (coord.). Editorial: EOS Universitaria. Madrid 2009. Cap. 11.
(18) Frost RO, Hartl TL, Christian R, Williams N. The value of possessions in compulsive hoarding: patterns of use and attachment. Beba Res Ther 1995; 33:897-902).
(19) Vostanis P., Dean C. Self-neglect in adult life. Br J Psychiatry.1992; 161:265-67.
(20) To Discard or not to Discard: The Neural Basis of Hoarding Symptoms in Obsessive-Compulsive Disorder. Por S. An et al. en Molecular Psychiatry, vlo. 14, pags. 318-331; 2009.
(21) Fontenelle L.F. Diógenes Síndrome in a patient with obsessive-compulsive disorder without hoarding. Gen Hosp. Psychiatry 2008; 30. 3:288-290.
(22) Lera G., Hernández M., Leal C. Sindrome de Diógenes. A propósito de un caso. Psiquiatría biológica 2008; 15,4:140–143.
(23) Hanon C., Pinquier C., Gaddour N., Said S., Mathis D., Pellerin J. Diógenes Síndrome: A transonographic approach. Encépale 2004, 30, 4:315-322).
(24) Wincze J.P., Steketee G., Frost R.O. Categorization in compulsive hoarding. Behav Res Ther, 2007, 45:63-42).
(25) Gómez-Feria I. Clinical forms of Diógenes síndrome. Three cases report. Psiquiatría Biológica 2008; 15,4: 140-143.
(26) Sánchez M. Actualización en el Síndrome de Diógenes. Interpsiquis (2005).
(27) García Gual, C.: La secta del perro. Alianza Editorial nº 1.250, Madrid, 1987.
(28) Gándara Martín J.J. de la; Álvarez Álvarez-Monteserín,T. Mujeres ancianas solitarias. Un estudio psicosocial. Informaciones psiquiátricas 1994; 135-136,153.
(29) Cabrera Forneiro J., Fuertes Rocañin J.C.; Psiquiatria y Derecho. Dos ciencias obligadas a entenderse (Manual de Psiquiatría Forense) 1997; 245.

VENTILACIÓN EN ALTA FRECUENCIA OSCILATORIA EN PEDIATRÍA. CUIDADOS DE ENFEMERÍA

HIGH FREQUENCY OSCILLATORY VENTILATION PEDIATRICS. NURSING CARES

- **Carmen Cubero Infantes. Enfermera**[1]
- **Rafael González Vela. Enfermero**[1]

1 U.C.I.P. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

En nuestra Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) el uso de la Ventilación en Alta Frecuencia Oscilatoria (VAFO) está muy extendido cuando por diversos motivos falla la ventilación convencional (VMC). Aunque los cuidados de Enfermería sean parecidos a los de cualquier paciente pediátrico en ventilación invasiva, su carácter específico y alta tecnificación requieren unos diagnósticos y cuidados de Enfermería especiales elaborados con taxonomía NANDA.

PALABRAS CLAVE:

- Ventilación en alta frecuencia oscilatoria
- Cuidados críticos pediátricos
- Cuidados de Enfermería
- NANDA

Abstract

In our Pediatric Intensive Care Unit (PICU) the use of High Frequency Oscillatory Ventilation (HFOV) is widespread when for various reasons failed conventional ventilation (CMV). Although nursing care are similar to those of any pediatric patient invasive ventilation, its specific character and high mechanization require a diagnosis and special nursing care made with NANDA taxonomy.

KEY WORDS:

- High frequency oscillatory ventilation
- Pediatrics intensive care
- Nursing cares
- NANDA

INTRODUCCIÓN

La Ventilación en Alta Frecuencia Oscilatoria (VAFO) supuso un avance en el tratamiento de los pacientes pediátricos a finales del siglo XX.(1) Aunque su uso al principio era básicamente cuando fracasaba la ventilación convencional (VMC), actualmente sus indicaciones son cada vez más extensas debido a que con unos volúmenes corrientes muy bajos y frecuencias respiratorias muy altas permite disminuir el riesgo de barotrauma, atelectasias y colapso alveolar. (2)

En Neonatología y en Cuidados Intensivos Pediátricos es una práctica ya cotidiana. Para su montaje, uso y cuidados se precisa de entrenamiento y práctica, debida la alta tecnificación y novedoso aparataje para el personal desconocedor de la técnica.(3)

El plan de cuidados y los diagnósticos de Enfermería son equivalentes a los de cualquier paciente pediátrico con ventilación invasiva, pero con algunos matices importantes, razón de ser y objetivo de este artículo.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

La VAFO supuso un gran avance en el cuidado de los pacientes pediátricos ya que utilizando volúmenes escasos (inferiores al espacio muerto) y frecuencia muy superior a la fisiológica (de 240 a 900 revoluciones por minuto). Se asocia a niños en fracaso de la VMC y en casos específicos de pacientes que precisan de una especial protección del pulmón. Se utiliza sobre todo en las siguientes patologías:(4)

1. Insuficiencia respiratoria grave de cualquier etiología (infecciosa, inhalatoria, etc.) con un índice de oxigenación (IO) mayor de 13, en dos muestras de gases arteriales en un intervalo de 6 h (índice de oxigenación = 100 × FiO2 × presión media vía aérea/PaO2).
2. Síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) grave o infección pulmonar grave por virus respiratorio sincitial (VRS) que precisa:
   - FiO2 en aumento.
   - Modo controlado por presión con relación inspiración/espiración invertida.
   - Ajuste de PEEP.
3. Síndromes de amplio escape aéreo (neumotórax, neumoperitoneo, neumomediastino, etc.).

   Debido a que se requiere que el paciente no se esté desadaptado para producir un efectivo intercambio de gases a nivel alveolar y al no ser una respiración fisiológica, se precisa una especial sedoanalgesia y muchas veces asociado a curarizantes para mantener al paciente completamente entregado a esta modalidad de ventilación invasiva.

Respirador Sensormedic 3100A específico para VAFO

Respirador Dräger con función VAFO además de las convencionales.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

Es preciso indicar que no hay contraindicaciones absolutas y que se utiliza muchas veces cuando falla la VMC, pero habría que tener un especial cuidado pacientes que presenten las siguientes características:(5)

- Alta resistencia de la vía aérea.
- Presión intracaraneal elevada.
- Gran inestabilidad hemodinámica.

MATERIAL

- Respirador VAFO o con función VAFO.
- Set de tubuladuras y válvulas.
- Set de humidificación activa.
- Sistema de aspiración cerrada adaptada al tamaño del tubo endotraqueal.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE

El paciente que vaya ser ventilado en modalidad VAFO debe tener monitorizada la frecuencia cardiáca, saturación de oxígeno, presión venosa central y presión arterial invasiva. La gasometría arterial se debe monitorizar antes de la conexión a la VAFO, cada 15 minutos en la primera hora tras la conexión, cada media hora en las cuatro horas siguientes y después cada 8 horas si no hay ningún cambio hemodinámico del paciente.

Todos los pacientes con VAFO deben estar sedados y con relajantes musculares, en especial los mayores de 60 días.(5)

Es necesario un sistema de aspiración cerrada adecuado al tamaño del tubo endotraqueal.

Sistema de aspiración cerrada con diferentes adaptadores para el tamaño del tubo endotraqueal.

PREPARACIÓN DEL RESPIRADOR VAFO

Hay que comprobar que los sistemas del circuito estén bien conectado e íntegros, montar el sistema de humidificación activa y calibrar el aparato. Si existe algún problema en las tubuladuras y/o conexiones no existirá estanqueidad y el equipo se despresurizará.

CONEXIÓN AL PACIENTE

Se debe conectar al paciente con unos parámetros altos y bajar según las necesidades hemodinámicas del paciente. Una FiO2 (concentración de oxígeno inspirado) del 100%, una PAW (presión alveolar media) de 4 a 8 cm de agua superior a la que tenía en VMC, un flujo de unos 25 litros por minuto y la frecuencia que se mide en Hertzios (respiraciones por segundo: 1 Hertzio (Hz)=60 ciclos y permite alcanzar hasta 10-15 Hz. Se ajustará según la siguiente tabla. (6)

Peso	Frecuencia
Menos de 2 Kg	15 Hz
Entre 2 Kg y 12 Kg	10 Hz
Entre 13 Kg y 20 Kg	8 Hz
Entre 21 Kg y 30 Kg	7 Hz
Más de 30 Kg	6 Hz

En recién nacidos y lactantes la vibración debe llegar hasta el ombligo y en adolescentes y adultos hasta el muslo.

Es fundamental que la conexión del tubo endotraqueal esté ajustada al ambú y que no se extravíe por si fuera necesario aplicar ventilación con ambú por si existiese algún problema con el equipo VAFO.

Ambú con conexión de tubo endotraqueal para su uso urgente.

DIAGNÓSTICOS Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA

DIAGNÓSTICO 00030-Deterioro del intercambio de gases (Dominio 3. Clase 4) relacionado con:

-Cambios de la membrana alveolo-capilar

-Desequilibrio ventilación-perfusión.

Características definitorias:

-Color anormal de la piel (pálida, cenicienta).

-Gasometría arterial anormal.

-Hipercapnia, hipocapnia, hipoxemia y taquicardia

Resultados NOC 0402-Estado respiratorio: intercambio gaseoso.

ESCALA(S):

(b) 1-Desviación grave del rango normal.
2-Desviación sustancial del rango normal.
3-Desviación moderada del rango normal.
4-Desviación leve del rango normal.
5-Sin desviación del rango normal.

(n) 1-Grave.
2-Sustancial.
3-Moderado.
4-Leve.
5-Ninguno.

Indicadores: 040206 -Cianosis (n)
040208 -PaO2 (b)
040209 -PaCO2 (b)
040210 -pH arterial (b)
040211 -Saturación de O2 (b)

Resultado NOC 0403-Estado respiratorio:ventilación.

Indicadores: 040310 -Ruidos respiratorios patológicos (n)
040319 -Ruidos respiratorios a la auscultación (n)
040326 -Hallazgos en la radiografía de torax (n)

Resultado NOC 0802-Signos vitales

Indicadores: 080201 -Temperatura corporal. (b)
080205 -Presión arterial sistólica. (b)
080206 -Presión arterial diastólica. (b)
080208 -Frecuencia cardiáca apical. (b)

Intervención NIC 1400 -Manejo del dolor

Actividades: 140003 -Asegurar las estrategias de analgesia de penetración y/o no farmacológicas antes de los procedimientos dolorosos.
140004 -Asegurarse de que el niño reciba los cuidados analgésicos correspondientes.

En pacientes con VAFO es importante ajustar el grado de sedoanalgesia y relajación que nos permita una buena ventilación.

Intervención NIC 3140 -Manejo de las vías aéreas

Actividades: 314007 -Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.

En niños con VAFO es importante vigilar el nivel de vibración adecuado a la edad (en niños el nivel es hasta la altura del ombligo).
314009 -Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
314020 -Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación , si procede.

Intervención NIC 3160 -Aspiración de las vías aéreas.

Actividades: 316001 -Ajustar la duración de la aspiración en la necesidad de aspirar secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.

316003 -Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.

316005 -Aspirar la orofaringe después de terminar la succión traqueal.

316007 -Dejar al paciente conectado al respirador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado.

El sistema cerrado ha ser del calibre adecuado al tubo endotraqueal, evitando así despresurizaciones.

316008 -Determinar la necesidad de aspiración oral y/o traqueal.

En niños con VAFO se debe aspirar cuando las secreciones sean visibles,cuando disminuya la vibracion y/o cuando haya cambios gasométricos. Es importante evitar las posibles despresurizaciones que se pueden producir durante la aspiración.

316016 -Hiperoxigenar entre cada pase de y despues del último pase de aspiración

316021 -Proporcionar sedacción si procede.

316023 -Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.

Intervencion NIC 3320 Oxigenoterapia.

Actividades:332009 -Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración prescrita.

332011 -Controlar la eficacia de la oxigenoterapia(pulsioxímetro,gasometria en sangre arterial),si procede.

332018 -Observar si hay signos de hipoventilación inducida por oxígeno.

332019 -Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.

Intervención NIC 4220 -Cuidados del catéter central insertado periféricamente.

Intervención NIC 4210 -Monitorización hemodinamica invasiva.

En pacientes con VAFO es fundamental que el paciente tenga un catéter venoso central con monitorización contínua de presión venosa central y catéter arterial para monitorización de presión arterial y muestreo de gases.

Intervención NIC 6680 -Monitorización de los signos vitales.

Actividades:668001 -Anotar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.

668006 -Controlar periódicamente el rimo y la frecuencia cardíaca.

668008 -Controlar periódicamente la oximetría del pulso.

668012 -Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

668014 -Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.

668015 -Observar si cianosis central y periférica.

668022 -Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.

DIAGNÓSTICO 00047-Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (Dominio 11. Clase 2) relacionado con:

-Alteración de la sensibilidad

-Factores mecánicos (por ejemplo sujeciones, presión).

-Inmovilización física.

-Medicamentos.

Resultado NOC -Consecuencias de la inmovilidad:fisiológicas.

ESCALA(S):

(a) 1-Gravemente comprometido.
2-Sustancialmente comprometido.
3-Moderadamente comprometido.
4-Levemente comprometido.
5-No comprometido.

(n) 1-Grave.
2-Sustancial.
3-Moderado.
4-Leve.
5-Ninguno.

Indicadores: 020401 -Úlceras de presión.(n)

Resultado NOC -Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

Indicadores: 110104 -Hidratación.(a)

110111 -Perfusión tisular.(a)

110113 -Piel intacta.(a)

110116 -Lesiones de la membrana mucosa.(n)

Intervención NIC 0740 -Cuidados del paciente encamado.

Actividades:074005 -Cambiarlo de posición según lo indique el estado de la piel.

En pacientes con VAFO se deben realizar los cambios posturales con precaución,para evitar desconexiones (en posición decúbito prono se vigila peor el grado de vibración).

074006 -Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada.

074007 -Colocar al paciente sobre una cama/colchon terapéutico adecuado.

SEMP (Superficie especial para el manejo de la presión) estática indispensable para pacientes con VAFO

Intervención NIC 1610 -Baño.

Actividades:161004 -Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel secas.

161012 -Realizar el baño con agua a temperatura agradable.

Intervención NIC 3590 -Vigilancia de la piel.

Actividades:359001 -Comprobar la temperatura de la piel.

359003 -Instaurar medidas para evitar mayor deterioro, si es necesario.

359005 -Observar si hay enrojecimiento y pérdida de integridad de la piel.

359007 -Observar si hay erupciones y abrasiones en la piel.

359008 -Observar si hay fuentes de fricción y presión.

359014 -Vigilar el color de la piel.

Es muy importante mantener una adecuada higiene e hidratación de la piel así como llevar a cabo las medidas descritas para la prevención de ulceras, en niños con VAFO. Debido a que éstos están sedoanalgesiados y relajados, siendo este el factor relacionado mas destacado.

DISCUSIÓN

La especifidad de los cuidados de enfermería en los pacientes conectados a ventilación VAFO hace necesario un plan de cuidados especial y particular al de los pacientes conectados a ventilación convencional. El resultado de la estandarización de los cuidados de enfermería en taxonomia NANDA y su aplicación, mejoran la calidad de éstos y protocolizan, generando seguridad al profesional de enfermería aunque no estén familiarizados con la técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferragut, R. (2003, December). Ventilación mecánica controlada y asistida-controlada. In Anales de Pediatría (Vol. 59, No. 1, pp. 82-85). Elsevier Doyma.
2. Pérez Rodríguez, J. (2002, December). Recomendaciones sobre ventilación de alta frecuencia en el recién nacido. In Anales de Pediatría (Vol. 57, No. 3, pp. 238-243). Elsevier Doyma.
3. García, O. B., Otero, M. C., López, T. G., Gómez, M. P. M., Caamaño, Ú. N., & Costa, F. J. R. (2009). Manejo de la ventilación de alta frecuencia oscilatoria. Metas de enfermería, 12(10), 17-20.
4. Balcells Ramírez, J., López-Herce Cid, J., & Modesto Alapont, V. (2004, December). Prevalencia de la ventilación mecánica en las unidades de cuidados intensivos pediátricos en España. In Anales de Pediatría (Vol. 61, No. 6, pp. 533-541). Elsevier Doyma.
5. Labarrere Cruz, Y., Castro López, F. W., & González Hernández, G. (2006). Beneficio de la asistencia ventilatoria de alta frecuencia en el recién nacido. Revista Cubana de Enfermería, 22(2), 0-0.
6. Peña, I. N. Ventilación en alta frecuencia. http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/capitulo84/capitulo84.htm
7. Cano Manchón, A. R., Belascoain Gómez, R., Lechón Soto, S., Navajo Ortega, A., & Nuñez Luengo, L. Nanda-Nic-Noc.

MEDIDAS PARA MEJORAR LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL EN TURNOS DE 12 HORAS

MEASURES TO IMPROVE THE CONTINUITY OF CARE IN 12 HOURS SHIFTS

- **Juan Carlos Romero González**[1]
- **Rosa Valge Vargas**[1]

1 Diplomado en Enfermería. UGC de Neumología. Hospital de Valme, Sevilla.

Resumen

Una comunicación inadecuada es reconocida como la causa más común de errores graves desde el punto de vista clínico y organizativo. Existen algunos obstáculos fundamentales a la comunicación entre diferentes disciplinas y profesionales, entre ellos nos encontramos con la turnicidad y los turnos de 12 horas que están proliferando en estos años poniendo en peligro la continuidad asistencial tan necesaria para contribuir a la seguridad del paciente en el ambiente hospitalario. Para favorecer esta comunicación y planificar nuestro trabajo en estas largas jornadas laborales elaboramos un registro que nos resumiera informaciones importantes de los pacientes y un esquema de las intervenciones programadas a realizar en nuestros turnos, como medida preventiva de seguridad, la cual es el motivo de nuestro artículo.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Comunicación
- ✔ Continuidad asistencial
- ✔ Eventos adversos
- ✔ Hipercapnia

INTRODUCCIÓN

Usted puede tener ideas brillantes, pero si no puede comunicarse, sus ideas no llegarán a ninguna parte.
Lee Laccoca

Esta frase es verdadera en todos los ámbitos de la vida. La mayoría de los problemas de comunicación no mantienen la vida o la muerte en la cuerda floja. Sin embargo en la asistencia sanitaria, cada conversación tiene un impacto potencial. De hecho, algunos estudios indican que entre un 70-80 % de los eventos adversos están relacionados con la interacción interpersonal (1). Se ha observado que en el 63 % de los eventos centinela la interrupción de la comunicación es la causa principal(2). La falta de comunicación también ha sido identificada como el factor principal de demandas por negligencia médica y errores que conllevan la muerte del paciente (3).

Las profesiones sanitarias están sometidas a un alto nivel de intensidad física y psíquica en el desempeño de su trabajo, llegando incluso a niveles de actitudes y sentimientos desfavorables (síndrome de burnout)por estrés laboral asistencial, que provocan un aumento del absentismo laboral y disminución de la satisfacción profesional (4, 5).

Los efectos negativos de la turnicidad laboral, en particular de la nocturnidad, forman parte de los desórdenes del ritmo circadiano, sobretodo del sueño, induciendo trastornos en la vida social y doméstica (6). El déficit de sueño, por si solo afecta a la calidad de vida de los trabajadores sanitarios mermando su salud y bienestar general, exponiéndolos a mayor número de enfermedades y dolencias (cefaleas, dolores crónicos de piernas, problemas de memoria....) (7). Asimismo existen medidas preventivas que atenúan los efectos que deberían seguirse para contrarrestar las consecuencias negativas (8, 9).

Por el contrario, los cambios sociales y laborales han provocado que los profesionales inclinen peticiones para mejorar la conciliación familiar, evitar desplazamientos, aumentar el tiempo en su domicilio ventajas que son alcanzables con jornadas laborales mas largas acumuladas

en turnos de 12 horas, además desde el punto de vista de los gestores sanitarios estadísticamente está demostrado que disminuye el absentismo laboral, mejora la satisfacción laboral y el compromiso con la organización (10), todo en detrimento de una disminución en la continuidad asistencial debido a una mayor jornada de descanso.

En los trabajo con turnos de 12 h presentan un aumento en la frecuencia de quejas por fatiga, cansancio, NO afectó a la calidad debido a los sistemas contra errores, pero si a la productividad del empleo. (11).

Una vez analizados los pros y contras de la turnicidad en jornadas de 12 horas, es evidente que su progresión en la práctica laboral va en aumento por lo que tendremos que tomar medidas para mejorar la calidad de nuestro trabajo sobretodo en cuanto a la continuidad asistencial y así evitar errores y eventos adversos como consecuencia de falta de información, como ya hemos documentado anteriormente. Por todo ello hemos decidido introducir e innovar medidas para mejorar nuestra comunicación, facilitando la fluidez de información en los cambios de turnos y el acceso de ésta durante la jornada laboral.

MATERIAL Y MÉTODO

En el área de hospitalizacion de la UGC Neumología se atienden pacientes con cualquier tipo de patología neumológica (EPOC, IRCA, Neumonía, cáncer de pulmón, hipercapnia...) que por su situación clínica y/o social no es posible el estudio en régimen extrahospitalario. Son patologías sugestivas de cambios clínicos importantes en poco tiempo, acompañadas y al mismo tiempo influyentes en la evolución de otras patologías crónicas, por lo que es necesario conocer esta información y trasmitirla a los miembros de la unidad, facilitando una adecuada asistencia sanitaria.

En marzo de 2011 la plantilla de Enfermería (13 DUE, 2 en reducción de jornada 50%) de Hospitalización de la UGC de Neumología del Hospital de Valme plantea el cambio de secuencia del turno rotatorio considerado como antiestres MMTTN DDD MMTTN DDDD al turno rotatorio de 12 horas con secuencia D1D2 DDD D1D2 DDDD a la dirección de la Unidad siendo aprobada por la Dirección del Hospital y por la plantilla en cuestión e iniciado el turno en mayo de 2011.

Tan pronto como se inicio la nueva secuencia se fue analizando las ventajas e inconvenientes de dicho turno por el personal de la Unidad, en general la satisfacción fue incrementándose al apreciarse una mejoría en la conciliación familiar por el aumento en los descansos, al mismo tiempo los profesionales objetivamos una disminución en la continuidad asistencial por falta de información a consecuencia de esos mismos descansos. Sin comunicación no hay comprensión y, consecuentemente, no hay cambio. La comunicación va a ser, por tanto, la piedra angular para que se produzcan los fenómenos de cambio necesarios en la nueva concepción de los hospitales del futuro inmediato (12).

Esas inquietudes fueron analizadas y consensuadas por parte de los miembros de la plantilla, decidiéndose tomar medidas al respecto, para ello se eligieron responsables a dos miembros de la Unidad, recabaron información sobre las intervenciones que llevaron a cabo otras unidades con la misma secuencia de turnos en el hospital, se consensuó la información que mayor relevancia y más facilitaría la comunicación en los cambios de turnos, así como, mejoraría el acceso a ésta durante la jornada laboral de una forma rápida y al mismo tiempo resumiera las actividades e intervenciones programadas durante las 12 horas de trabajo, que nos ayudaría al posterior registro en la historia del paciente.

Una vez recopilada la información y analizada, cada uno de los responsables elegidos elaboró un documento o esbozo. Ambos fueron presentados y expuestos a los miembros de la Unidad en sesión clínica interna y en consenso con la dirección de cuidados de la misma se decidió seguir con uno de ellos que exponemos como ANEXO 1 (Cara A y CARA B), que a continuación procedemos a explicar brevemente:

Cara A: Mas orientada a la identificación, situación, motivo de ingreso y datos de interés del paciente, que nos ayuda a mejorar la continuidad asistencial gracias a una mejor transmisión de información, evitar errores de identificación y empatizar con los pacientes al aumentar su seguridad en nosotros como consecuencia de una mayor información de su estado y situación de salud.

Cara B: Mas orientada a establecer un mapa de trabajo, unas actividades organizadas y programadas sobre el paciente, resumiendo todas las intervenciones programadas a realizar en nuestro día de trabajo, facilitando la planificación y estimando la distribución de nuestro tiempo.

CONCLUSIONES

Una vez decidido el documento se puso en práctica, evaluando su validez entre los miembros del equipo de enfermería al cabo de 2 meses, mediante sondeo general por los responsables elegidos y por la dirección de cuidados de la Unidad, con una aceptación favorable y comentarios muy positivos en 10 de los 13 miembros. Tras un años y medio el documento sigue en vigor con uso diario de aproximadamente el 85% de la enfermería de nuestra Unidad. Si bien lo usan diariamente un 85% el otro 15% comenta ser muy útil el documento sobretodo para mejor seguimiento de la evolución y cambios clínicos del paciente en su ingreso y usan como guía el trabajado por otros miembros de la unidad en el turno anterior.

METODOLOGÍA

El plan de actuación seguido fue :

- Análisis de la situación por el cambio de secuencia del turno rotatorio
- Identificación de los nuevos problemas
- Elección de responsables. Recopilación de los datos e

ANEXO 1 . MAPA DE TRABAJO

HABITACION	CAMA	ESPECIALIDAD Y DIAGNOSTICO	OBSERVACIONES - EVOLUCION
801	1 NOMBRE		
	2 NOMBRE		
803	1 NOMBRE		
	2 NOMBRE		
805	1 NOMBRE		
	2 NOMBRE		
807	1 NOMBRE		
	2 NOMBRE		
825	1 NOMBRE		
	2 NOMBRE		
827	1 NOMBRE		
	2 NOMBRE		
829	1 NOMBRE		
	2 NOMBRE		

ANEXO 1 . MAPA DE TRABAJO

Tabla 1. PROTOCOLO VIAS

CAMBIAR	CURAR	RETIRAR

CURAS

HABITACION	TIPO HERIDA

HABITACION CAMA	TA	PULSO	SAT O2	BMT				BIPAP-CPAP + O2
801 1				DE	AL	CE	2H	
801 2				DE	AL	CE	2H	
803 1				DE	AL	CE	2H	
803 2				DE	AL	CE	2H	
805 1				DE	AL	CE	2H	
805 2				DE	AL	CE	2H	
807 1				DE	AL	CE	2H	
807 2				DE	AL	CE	2H	
825 1				DE	AL	CE	2H	
825 2				DE	AL	CE	2H	
827 1				DE	AL	CE	2H	
827 2				DE	AL	CE	2H	
829 1				DE	AL	CE	2H	
829 2				DE	AL	CE	2H	

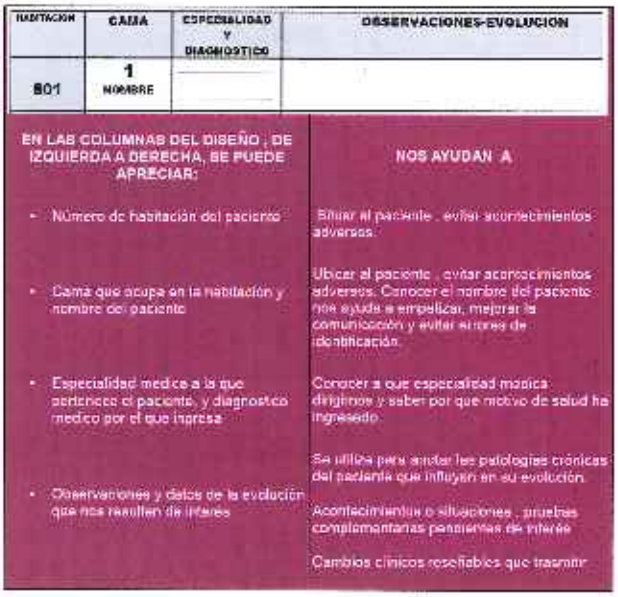
información para determinar que medidas eran las mas adecuadas

- Diseño de las posibles medidas correctoras (Esbozos)
- Presentación y consenso del documento elegido. Puesta en marcha del documento-esbozo para su evaluación en la práctica
- Evaluación y seguimiento a posteriori la actuación mediante sondeo general por satisfacción de los miembros de la Unidad.

AGRADECIMIENTOS

Para concluir desearía dar mi más sinceros agradecimiento a todo el personal de enfermería, tanto auxiliares como diplomados de la Unidad por haber realizado eficazmente su trabajo colaborando y aportando ideas para nuestro registro, así como facilitando su implantación.

Muchas Gracias.



HABITACION	CAMA	ESPECIALIDAD Y DIAGNOSTICO	OBSERVACIONES-EVOLUCION
801	1 NOMBRE		

EN LAS COLUMNAS DEL DISEÑO , DE IZQUIERDA A DERECHA, SE PUEDE APRECIAR:	NOS AYUDAN A
• Número de habitación del paciente	Situar al paciente , evitar acontecimientos adversos.
• Cama que ocupa en la habitación y nombre del paciente	Ubicar al paciente , evitar acontecimientos adversos. Conocer el nombre del paciente nos ayuda a empatizar, mejorar la comunicación y evitar errores de identificación.
• Especialidad medica a la que pertenece el paciente, y diagnostico medico por el que ingresa	Conocer a que especialidad medica dirigimos y saber por que motivo de salud ha ingresado
• Observaciones y datos de la evolución que nos resulten de interes	Se utiliza para anotar las patologías crónicas del paciente que influyen en su evolución. Acontecimientos o situaciones , pruebas complementarias pendientes de interés. Cambios clínicos reseñables que trasmitir

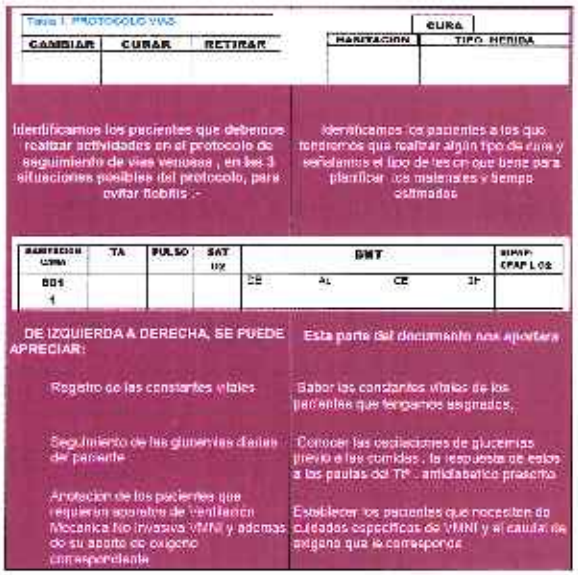


Tabla 1. PROTOCOLO VVC

CAMBIAR	CURAR	RETIRAR	CURA: HABITACION	CURA: TIPO HERIDA

Identificamos los pacientes que debemos realizar actividades en el protocolo de seguimiento de vías venosas , en las 3 situaciones posibles del protocolo, para evitar flebitis :-	Identificamos los pacientes a los que tendremos que realizar algún tipo de cura y señalamos el tipo de lesión que tiene para planificar los materiales y tiempo estimados

HABITACION CAMA	TA	PULSO	SAT O2	BMT				BIPAP CPAP LOS
801 1				DE	AL	CE	IP	

DE IZQUIERDA A DERECHA, SE PUEDE APRECIAR:	Esta parte del documento nos ayudara
Registro de las constantes vitales	Saber las constantes vitales de los pacientes que tengamos asignados.
Seguimiento de las glucemias diarias del paciente	Conocer las oscilaciones de glucemias previo a las comidas , la respuesta de estas a las pautas del TP , antidiabetico prescrito
Anotación de los pacientes que requieran aparato de ventilación Mecanica No Invasiva VMNI y además de su aporte de oxigeno correspondiente	Establecer los pacientes que necesiten de cuidados específicos de VMNI y el caudal de oxigeno que le corresponde

BIBLIOGRAFÍA

1. Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA. Capítulo 6. Junta de Andalucía 2010.
2. Estrategia para la seguridad del paciente del SSPA. Capítulo 6. Junta de Andalucía 2010.
3. Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos.Calidad y Evaluación Sanitaria. AGENCIA DE CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. 2007
4. Ismael Ortuño Soriano. Efecto del cambio de la planificación de turnos en la satisfacción laboral y en el absentismo laboral colectivo de enfermería. REDUCA vol 1. Nº 22009.
5. Davey M. Cummings, Newburn-Cook C. Predistiors of Nurse absenteeism in hospitals; a systematic review j Murs Mang. 2009: 17; 312-30.
6. Harold Valero Cruz, Eduardo Lázaro Caballero Poutou. Efectos de la turnicidad laboral sobre la calidad del sueño y la percepción de salud. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2004;5(1):10-9.
7. UGT-CEC Universidad Jaume I de Castellón. Los tiempos de la organización del trabajo. El trabajo a turnos: análisis empírico. Año 2011. ISBN 978-84-695-2011.
8. Isabel Neyra Suárez. El trabajo a turnos. WWW Ibermutuamur.com. Septiembre 1999 pag. 49-53.
9. Kolasa Kathryn ; Cahoon Gina. 13 Trucos para sobrevivir al turno de 12 horas. Revista Nursing 2012; 30 :33-6.
10. Joaquín Jesús Blanca, Antonio del Rosal, María de los Ángeles González, Ana Aceituno, Juan Carlos Martín, Ana Arjona. Efectos de la implantación de turnos de enfermería a demanda sobre las horas de absentismo. Gac Sanit 2012 ; 26(5):480-482.
11. Enrique de la Vega, M. C. Gilberto Orrantia. Efectos cuantitativos del turno de trabajo de 12 horas. VI Congreso Internacional de Ergonomía, Universidad de Guanajuato México 2004.
12. Mª Dolores Menéndez Prieto. EL PLAN DE COMUNICACIÓN HOSPITALARIO: HERRAMIENTA DE GESTIÓN SANITARIA (EBOOK) CLUB UNIVERSITARIO, 2010, ISBN 9788499480855.

VÍA INTRAÓSEA EN SOPORTE VITAL
INTRAOSSEOUS INFUSION IN LIFE SUPPORT

■ Alfredo Pérez Díaz. Enfermero

Resumen

El objetivo del estudios es el análisis de la documentación científica sobre la vía intraósea (IO) en situaciones de emergencia y soporte vital avanzado, como medio de administración de fármacos y fluidos cuando no es posible una canalización venosa periférica o ésta es difícil.
Métodos: Revisión de la literatura médica sobre el tema; zonas de acceso IO; sistemas de infusión IO; flujos; tiempos de inserción; indicaciones y complicaciones de los sistemas IO.
Según los resultados de los trabajos revisados podemos documentar: Accesos en tuberosidad tibial; epífisis/metáfisis; clavícula; esternón; cresta ilíaca; maléolos; fémur y calcáneo. Tiempos inserción: inferior a 60 segundos; de 60 a 120 segundos y superior a 120 segundos. Agujas y sistemas IO: aguja de Jamshidi; sistema B.I.G.; aguja de Cook; sistema F.A.S.T.; agujas intramusculares y de punción lumbar; palomillas. Los flujos varían de 25 a 100 ml/minuto en función del calibre del catéter y presión de infusión. La extravasación, el síndrome compartimental y la osteomielitis son las complicaciones más frecuentes recogidas.
Conclusiones: La vía IO es un acceso venoso rápido, temporal, de fácil aprendizaje y colocación y de escasas complicaciones.
El estudio sistematizado de esta técnica, mejoraría la evidencia científica existente sobre la infusión IO así como su utilización por parte de los profesionales sanitarios.

PALABRAS CLAVE:

- ✔ Vía intraósea
- ✔ Soporte vital avanzado

Abstract

The aim of the study is the analysis of the scientific literature on intraosseous (IO) in emergency and advanced life support as a means of administering drugs and fluids when it is not possible or is peripheral venous cannulation is difficult.
Methods: Review of the literature on the subject, IO access areas, IO infusion systems, flows, insertion times, indications and complications of IO systems.
According to the results of the studies reviewed can document: Ports on tibial tuberosity; epiphysis / metaphysis; collarbone sternum iliac crest; malleolus, femur and calcaneus. Insertion time: less than 60 seconds, from 60 to 120 seconds and more than 120 seconds. Needles and IO systems: Jamshidi needle; BIG system; Cook needle; FAST system; intramuscular needles and lumbar puncture; moths. Flows vary from 25 to 100 ml / min depending on the size of the catheter and infusion pressure. Extravasation, compartment syndrome and osteomyelitis are the most common complications collected.
Conclusions: IO via venous access is fast, temporary, easy to learn and placement and few complications.
The systematic study of this technique, improve the scientific evidence on IO infusion and its use by health professionals.

KEY WORDS:

- ✔ Intraosseous infusion
- ✔ Advanced Life Support

INTRODUCCIÓN

La vía intraósea (IO) para el acceso vascular fue inicialmente descrita en 1922 y se usó comúnmente durante Segunda Guerra Mundial. Aunque la ruta intravascular es la estándar para el acceso venoso en la práctica médica, la administración IO de líquidos y medicamentos pueden ser una alternativa opcional cuando el método convencional de acceso intravenoso falla.

En 1922 Drinker (1) y Doan (2) fueron los primeros en sugerir el esternón como vía de acceso para transfusión de sangre cuando describieron la médula ósea como "vena no colapsable".

En 1934 Josefson (1), en 1940 Henning (3) y en 1941 Tocantis y O'Neill (4) administraron con éxito derivados sanguíneos a través una vía IO esternal.

En la II Guerra Mundial se utilizaron ya equipos de infusión intraósea específicos para esternón (2). Con la aparición de los catéteres venosos de plástico hacia los 60, la vía IO perdió interés. Llegados los 70, resurge como acceso vascular de emergencia en niños y actualmente, está recomendada por la *American Heart Association* (AHA) (5), por los protocolos de *Advanced Trauma Life Support* (ATLS) y *Pediatric Advanced Life Support* (PALS) como acceso venoso periférico alternativo a la vía venosa periférica (6).

El European Resucitation Council (ERC) en sus recomendaciones y directrices de 2005 (7) recomienda utilizar la vía intraósea durante la reanimación si el acceso intravenoso resulta difícil o imposible. A pesar de estas recomendaciones, las técnicas de infusión intraóseas suelen ser poco utilizadas.

Un acceso intravenoso difícil o complicado puede ser una experiencia muy estresante, especialmente durante una situación de riesgo vital en la cual el tiempo es un factor crucial para la supervivencia del paciente. El acceso intraóseo en el adulto puede proporcionar un acceso rápido para fluidos y medicación en un paciente en estado crítico en el que el acceso intravenoso es difícil o imposible (8).

Durante las maniobras de soporte vital como segunda elección, la vía que se recomienda, ante la imposibilidad de la intravenosa, es la intraósea, ya que su plexo venoso no se ve alterado en situaciones de PCR, hipotensión o *shock*. Por esta vía se puede administrar cualquier fluido o fármaco a igual dosis que la utilizada por la vía venosa. El lugar de elección es la parte distal de la tibia, en ángulo de 90º con respecto al hueso y próximo al maléolo interno (9).

Su utilización se basa en el hecho de que la cavidad medular de los huesos largos está ocupado por una rica red de capilares sinusoides que drenan a un gran seno venoso central, que no se colapsa ni siquiera en situación de PCR, pasando los fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por cualquier otra vena periférica (10).

Cualquier medicamento o líquido necesarios durante el proceso de resucitación puede administrarse por la vía intraósea.

Cuando se requiera infusión de líquidos en grandes volúmenes debe aplicarse presión para vencer la resistencia de las venas emisarias.

La administración de medicamentos debe ser seguido de un bolo a presión de por lo menos 5 ml de solución salina para asegurar su llegada a la circulación sistémica (10).

Los medicamentos que normalmente requieren acceso central tales como fármacos inotrópicos pueden ser administrados de forma segura a través de la ruta IO.

Parece que hay dos aspectos negativos de esta técnica. Uno de ellos es la necesidad de eliminar la IO aguja dentro de las 24 horas para evitar el riesgo de osteomielitis. La vía IO no es a largo plazo alternativa a una vía central, sino que proporciona un acceso central de emergencia muy rápido durante un máximo de 24 horas. El otro es el costo de la aguja, que es comparable con el costo de un kit de acceso central (8).

Zona de inserción

A lo largo de la historia, se han comunicado múltiples zonas para el acceso IO e incluso se han infundido líquidos a través de hueso esponjoso sin acceder a la cavidad medular.

La zona de punción más frecuentemente utilizada es la tuberosidad tibial anterior (TTA), recomendada en menores de 6 años aunque también se utiliza en adultos (Figuras 1 y 2). Se localiza a 2 cm distal a la TTA, en la cara ántero medial de la tibia; zona de fácil penetración gracias a la delgadez del periostio (6).

Se aconseja una penetración de la aguja de aproximadamente 1 cm en niños y de 2 cm en adultos. A partir de los 6 años de edad, se recomienda clásicamente la tibia distal en el maléolo tibial medial, proximal al cartílago de crecimiento y dorsal a la vena safena (6).

Otros accesos descritos son la vía esternal, la cual debido al riesgo de realizar una punción transfixiante yatrógena, no se recomienda en niños menores de 3 años. Igualmente documentados, el fémur distal, la cabeza humeral, el dorso de la metáfisis distal del radio; la apófisis estiloide cubital, la epífisis distal del segundo metacarpiano, la epífisis distal del primer metatarsiano, las clavículas, la cresta ilíaca, el calcáneo y el maléolo peroneal (Figura 3).

Figura 1.
Administración de un fármaco a través de una vía intraósea en un paciente

Según los manuales, la sensación de disminución de resistencia y la aspiración de material medular, indicarán la entrada en médula ósea, aunque esta última prueba, sólo es positiva en 1/3 de los casos de enclavamiento correcto. La entrada sin resistencia ni extravasación, es otra técnica que confirma el emplazamiento correcto (6).

Se recomienda proteger y asegurar el sistema y la extremidad, así como revisar el lugar de punción, medir regularmente el perímetro de la extremidad donde se ha colocado la vía IO y comprobar periódicamente la permeabilidad de esta (6).
Así mismo, se aconseja la comprobación radiológica de la adecuada colocación de la aguja e incluso monitorizar la permeabilidad mediante la infusión de contraste, si se prevé un tiempo de infusión largo (traslados de largo recorrido del paciente por ejemplo).

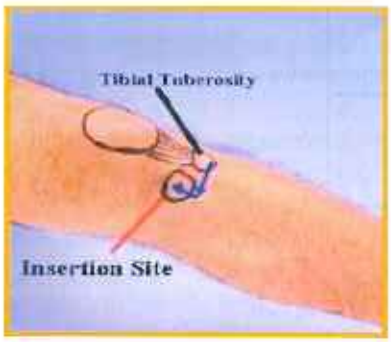


Figura 2.
Localización de la Zona de Punción (Insertion Site) en la Tuberosidad Tibial Anterior (Tibial Tuberosity).

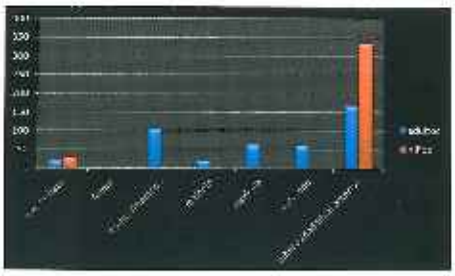
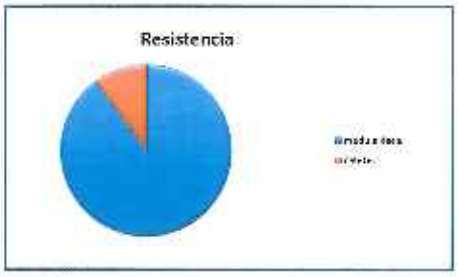


Figura 3.
Zonas de inserción I.O.: Las series y comunicaciones de casos muestran la TTA como la zona de acceso más frecuentemente utilizada en todos los grupos de edad.

Flujos

Los flujos varían en función del sujeto a estudio, calibre, longitud, tipo de aguja y zona de punción, lo que asociado a la heterogénea variedad de casos, dificulta su comparación. Los flujos varían de 25 a 100 ml/minuto en función del calibre del catéter y presión de infusión. La utilización de bombas y sistemas de presión aumentan el ritmo de infusión de medicamentos por vía IO.
Estudios como el de Watson, postula que en animales, el principal factor limitante de flujo en la administración de líquidos a presión a través de un sistema de infusión IO, son los tortuosos sinusoides de la médula ósea, que ofrecen el 90% de resistencia a la entrada del líquido, mientras que el 10% restante es debido a la resistencia que opone el catéter (grafica 1) (11).



Grafica 1.
La resistencia a la infusión en animales

Schoffstall observó que en cerdos pequeños (7 a 8 kg), el factor limitante de flujo es el tamaño de la cavidad medular y en animales grandes (12 a 15 Kg) es el diámetro y longitud del catéter. En este trabajo, se demostraron flujos de hasta 17 ml/min de infusión por acción de la gravedad y hasta 42 ml/min con infusión a presión (12).
Iserson por su parte, comunica que los flujos en un adulto están limitados por la capacidad de drenaje de la médula ósea a ratios de infusión de 25 ml/minuto aún con presión o bolo (13).
Voelckel observo en animales que el flujo utilizando la fuerza de la gravedad era muy variable y que los flujos mejoraban con sistemas a presión continua, incrementándolos de 10 ml/min en un sistema libre a 41 ml/min con presión (14).
Su-Yin Ngo y colaboradores en su estudio, encuentran que el uso de sistemas de infusión de presión mejora significativamente las tasas de flujo de fluidos a través de la vía intraósea. Concluyen que seremos capaces de lograr una mayor velocidades de flujo utilizando agujas IO adultos con sistemas de infusión a presión (15).
Howarth comenta el uso en ausencia de un sistema de infusión a presión la utilización de un gran manguito de presión arterial envuelta alrededor de la bolsa de fluido para acelerar la entrega de líquidos por vía intravenosa (8).

Agujas y dispositivos especiales

La casuística recoge múltiples ejemplos del uso de agujas intramusculares de calibres que oscilan 16 al 24 Ga, agujas de punción lumbar, palomillas (calibre 22 Ga), agujas de paracentesis, agujas de aspiración ósea y diseños especiales para vía IO (Tabla 1) (6).
Las agujas con diseño específico para IIO como SUR-FAST, Sussmane-Raszynski (Cook Critical Care Inc, Bloomington, Indiana) poseen un paso de rosca que permite un control de la profundidad de inserción, requieren menos fuerza axial al colocarlas y se asocian a un menor riesgo de extravasación, lo que no ocurre en las agujas sin paso de rosca (6).
El sistema F.A.S.T. (First Access for Shock and Trauma de Pyng Medical Corp, Vancouver, BC, Canada) es un parche monouso adherido a la piel, a 15 mm distal de la escotadu-

Dispositivos específicos IO	Dispositivos no específicos
Aguja de Cook (Figura 3)	Palomillas
BIG (Bone Injection Gun)	Aguja intramuscular o espinal
FAST1 (First Access for Shock and Trauma)	Aguja de aspiración de médula ósea de Jamshidi (Figura 4)
Aguja IO tipo Sur- Fast	

Tabla 1.
Tipos de agujas y dispositivos utilizados para la punción IO específicos o no específicos

Figura 6.
La pistola de infusión intraósea o B.I.G.

Figura 7.
El sistema EZ-IO

ra esternal en el manubrio esternal, cubierto por una cúpula plástica transparente, que refugia un corto tubo de infusión y un pequeño catéter metálico, insertado en la médula esternal mediante un introductor de profundidad regulable. La cúpula evita el arrancamiento accidental del sistema, sin embargo, puede interferir en las maniobras de reanimación y cricotirotomía de urgencia y no se recomienda en el traumatismo tóracico ni en lactantes (Figura 5) (6).

La pistola de infusión intraósea o B.I.G. (Bone Injection Gun Vvais Med, Tri-Anim, Sylmar, California//Caesarea, Israel) es una técnica sencilla, de un solo uso y rápida, que puede ser utilizada adecuadamente con una hora de entrenamiento (Figura 6) (6).

El sistema B.I.G. propulsa un catéter metálico insertándolo en la médula ósea a una profundidad regulable. Los calibres más usados son 15 Ga en adultos y 18 Ga en niños (6).

Un sistema similar es el EZ-IO de VidaCare. Este sistema, posee una batería que alimenta un motor eléctrico que inserta una aguja con paso de rosca (Figura 7). Su-Yin Ngo y colaboradores realizaron un estudio demostrando su facilidad de uso, rapidez de inserción y bajas complicaciones (15).

Figura 5.
En la imagen se muestran los componentes de un Sistema F.A.S.T. para punción e infusión IO.

Tiempos de inserción y de permanencia

El tiempo de colocación es lo que tarda el operador en insertar la aguja con éxito en el hueso. Es muy importante el entrenamiento de los profesionales en la técnica para conseguir inserciones rápidas, al primer intento y sin complicaciones (15).

La vía IO no es a largo plazo alternativa a una vía central, sino que proporciona muy rápido acceso central de emergencia durante un máximo de 24 horas. La permanencia máxima documentada en la bibliografía revisada de un acceso IO está en 6 días, en un caso de shock cardiogénico en un adulto de 74 años con una vía intraósea insertada con el sistema B.I.G. en TTA en la que no se comunicaron complicaciones (16).

Lo normal sería retirar la vía IO cuando se consiga canalizar una vía central para evitar el riesgo de complicaciones derivadas de una punción IO prolongada.

Figura 8.
Ejemplo ilustrativo de la Aguja de Cook.

Figura 9.
Aguja de aspiración de médula ósea de Jamshidi.

Indicaciones

En general, la vía IO estaría indicada en toda situación de riesgo vital sin vía venosa accesible en un corto periodo de tiempo y que requerirá asistencia más intensa y prolongada que la que se podría ofrecer a través de la vía rectal, intramuscular o un tubo endotraqueal (TET) (6).

La vía IO está recomendada por la AHA (5) como clase IIa en caso de PCR sin vía venosa periférica, citando para ello, los trabajos de Barnejee (17) y Brickman (18). La vía IO está recomendada en la PCR y el shock en pediatría cuando la VP no es posible en 120 segundos y cuando no se consigue VP en dos intentos (6).

También se recomienda la vía IO como alternativa a la VP y antes que la opción de vía central en menores de 6 años (6).

La vía IO, permite además, la obtención de muestras de sangre para pruebas cruzadas y la tipificación ABO y Rh, bioquímica (aunque se observaron diferencias entre las muestras obtenidas de vía IO y de VP), hemoglobina, hematocrito aunque todos ellos, en pacientes no urgentes. Además se ha utilizado también como vía de administración de contraste en venografías de extremidad inferior y como ruta de administración de anestesia regional en cirugía de extremidades (6).

Contraindicaciones

Los manuales de Urgencias y los estudios realizados en animales y humanos no citan contraindicaciones absolutas, pero desaconsejan la vía IO en la fractura ósea por riesgo de pseudoartrosis o síndrome compartimental; la osteogénesis imperfecta que junto a la osteoporosis y la osteopetrosis pueden asociarse a fracturas en su colocación, aunque algunos trabajos, no consideran como contraindicación a esta última (6, 8, 15).

Se desaconseja además en infecciones o quemaduras locales (6, 8). No obstante, se ha documentado una infusión IO a través de quemaduras sin complicaciones derivadas. Así mismo, las punciones IO múltiples en la extremidad y en zonas de tumores óseos, tampoco son aconsejables (6).

La inserción de una aguja IO está contraindicada si hay cirugía reciente en la extremidad o procedimiento ortopédico anterior (prótesis de rodilla) (15).

Otras contraindicaciones de la punción IO sería la enfermedad vascular periférica, infección en el sitio de inserción o edema significativo en la extremidad que se va a utilizar (15).

La incapacidad de localizar puntos de referencia, bien por edema significativo o bien por exceso de tejido (como por ejemplo en caso de obesidad) en el sitio de inserción son contraindicaciones relativas de la inserción (15).

Complicaciones

Se ha descrito celulitis local en un 0,7% de casos, los cuales respondieron al tratamiento antibiótico (Gráfica 2) (6).

La osteomielitis secundaria a un acceso IO, se relaciona con infusiones prolongadas (más de 24 horas), especialmente si se administran sustancias esclerosantes o hipertónicas y en situación de bacteriemia. Se da en un 0,4% de casos (6).

Grafica 2.

La extravasación de líquido a tejido periférico es una de las complicaciones más frecuentes de los sistemas IO. Se produce en un 12%, y suele deberse a la colocación inadecuada o desinserción accidental de la aguja, excesiva presión de infusión, punción transfixiante o múltiples intentos de punción IO en la misma zona (6).

El síndrome compartimental aparece en un 0,6% de los casos. Tanto de forma unilateral como bilateral, es una complicación poco frecuente y se asocia a extravasación, infusión de sustancias irritantes, infecciones locales y osteoclisis prolongada (más de 24 horas). Es una complicación importante y muy a tener en cuenta por el riesgo de amputación secundaria al síndrome compartimental (6).

Otras complicaciones que se pueden presentar son necrosis y el esfacelamiento por extravasación de sustancias agresivas infundidas por el sistema IO (cloruro cálcico, adrenalina o bicarbonato). También puede producirse una punción transfixiante o una punción yatrógena articular.

Podemos observar que las complicaciones más frecuentes se deben a extravasación, edema local y síndrome compartimental en la zona de punción (Gráfica 3), suponen casi el 60% del total de complicaciones (6).

Grafica 3.
Complicaciones de la punción IO

Dificultades técnicas

Se han descrito como tal bloqueos del catéter con coágulos o espículas óseas, errores en la localización de puntos de referencia para la inserción, el doblamiento o resbalamiento de la aguja sobre el hueso e insuficiente fuerza manual al colocar F.A.S.T. o B.I.G (6).

Aprendizaje de la técnica

Calkins et al. demostraron que el personal (sanitario y no sanitario) no experimentado en la técnica, con una hora de teoría y entrenamiento son suficientes para un óptimo aprendizaje y uso de las técnicas F.A.S.T., B.I.G. y agujas Sur Fast y Jamshidi en cadáveres humanos adultos (19).

Su-Yin Ngo et al. Afirma que los médicos de emergencia y residentes de medicina fueron capacitados en el uso del EZ-IO completando el programa de formación del fabricante y demostraron estar familiarizados con el protocolo de utilización muy rápidamente. La formación para la inserción IO fue sencilla y duró menos de 2 h. Esta consistió en una conferencia y una formación práctica. Los médicos recibieron instrucciones sobre el uso del EZ-IO y observaron una demostración sobre su uso en un modelo de hueso de plástico estándar de la tibia. Los médicos posteriormente realizaron múltiples prácticas para obtener acceso IO utilizando el EZ-IO en el modelo de hueso de plástico (15).

Howarth en el estudio de sus casos publicados refiere que el sistema IO es relativamente sencillo utilizar y, a pesar de no haber utilizado el sistema antes, no encontró ninguna dificultad para acceder a la cavidad ósea tibial. A pesar de que sus conocimientos sobre cómo utilizar la técnica se basaba únicamente en la lectura de las instrucciones proporcionadas con el kit, reconociendo que esa no era una situación ideal, es preferible la práctica en un maniquí antes utilizar la técnica (8).

MÉTODOS DE LOCALIZACIÓN Y SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Se han incluido todos los trabajos encontrados en la literatura científica médica relacionados con el estudio del acceso vascular periférico a través de la vía IO en su uso en la atención del paciente pediátrico y adulto urgente, realizando un estudio de investigación descriptivo.

Las bases de datos revisadas han sido: MEDLINE, The Cochrane Library, Índice Médico Español, Elservier y GOOGLE.

Se ha recurrido a Microsoft Office Word 2007 para tratar y editar los textos del estudio, así como Microsoft Excel 2007 para la elaboración de tablas y gráficos.

He utilizado GOOGLE-Translate para la traducción de los textos de estudios en ingles y para realizar el Resumen (Abstract) de este estudio.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

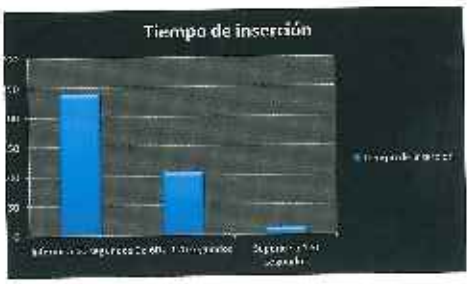
La enseñanza mediante simulación avanzada puede mejorar la capacitación de los profesionales sanitarios, disminuir los errores e incrementar la seguridad del paciente. La atención inicial y el tiempo son factores de pronóstico esencial en el paciente crítico y en situaciones de riesgo vital.

La zona de inserción más utilizada en niños y adultos es la TTA, por la comodidad que permite su acceso y fácil localización de puntos anatómicos incluso en condiciones adversas. La tuberosidad tibial anterior (TTA) es el sitio de elección en soporte vital debido a que no interfiere con las maniobras de reanimación del equipo, no siendo necesaria la paralización de dichas maniobras para realizar la punción.

Los flujos a través de un sistema de infusión IO son variables en función de múltiples factores como la zona de inserción, edad, peso del paciente, tipo de aguja, etc. Observamos en los trabajos realizados en humanos que, aumentando el calibre del catéter y la presión de infusión del líquido, pueden obtenerse flujos de hasta 100 ml/minuto con un sistema de infusión IO.

Las agujas intramusculares, casi siempre disponibles, se doblan fácilmente y al igual que las palomillas, pueden obstruirse al no disponer de fiador. Las de punción lumbar se han utilizado en lactantes pero al ser el catéter largo se doblan también fácilmente.

Las agujas de aspiración de médula ósea son buenos sustitutos si no se dispone de agujas especiales para vía IO, aunque al no estar diseñadas para este fin, existe cierta facilidad al arrancamiento accidental atribuido a su longitud.



Gráfica 4.
Tiempos de inserción IO

La mayoría de los trabajos concluyen que se puede conseguir un sistema IO funcionante en unos 60 segundos.

Melé Olivé et al. en su revisión establece un intervalo de tiempo de inserción inferior a 60 segundos en 240 casos, de 60 a 120 segundos en 106 casos y superior a 120 segundos en 12 casos (Gráfica 4) (6).

La vía IO se puede obtener con más del 80% de éxito al primer intento, en menos de 60 segundos.

La aguja más frecuentemente utilizada ha sido la aguja de aspiración medular de Jamshidi en niños y aguja IO manual de Cook en adultos.

La técnica FAST permitió el 95% de inserciones con éxito en 77 segundos de media de tiempo en personal que lo habían utilizado al menos una vez anteriormente. Calkins, no obstante, obtiene tiempos de 114±36 segundos (6, 19). En el estudio de Su-Yin Ngo sobre el uso de EZ-IO desvela que se obtuvieron 35 inserciones intraóseas positivas, incluyendo 24 de la tibia y 11 del húmero. Todas las inserciones EZ-IO se lograron dentro de los 20 s y tuvieron éxito en el primer intento a excepción de una (gráfica 5) (15).

Grafica 5. Porcentaje de éxito

Todos los estudios muestran una alta efectividad al primer intento y un tiempo de inserción muy bajo comparado con la vía venosa periférica o central. La mayoría de los trabajos coinciden en que la vía IO es una técnica de acceso vascular de fácil aprendizaje, de uso sencillo y de colocación rápida en un tiempo inferior a un minuto con más de 90% de éxitos de vía IO permeable en la primera inserción.
La bibliografía consultada es ecuánime en señalar la importancia del aprendizaje de la técnica de utilización e inserción de los dispositivos IO (6, 8, 15).
Las complicaciones derivadas de la infusión IO son escasas, dadas las situaciones críticas en las que está indicada, parece razonable pensar que son superadas por los beneficios que aporta esta técnica (6).
La prevención de la extravasación mediante la correcta elección de aguja y zona de inserción adecuadas, el correcto anclaje del catéter, así como el diagnóstico precoz del síndrome compartimental mediante la medición repetida del perímetro de la extremidad y, el uso de radiología seriada de la zona para valorar posibles cambios radiológicos en la zona de punción en hueso, son medidas recomendadas para la prevención y detección precoz del extravase de líquidos y del síndrome compartimental.
Las escasas comunicaciones de complicaciones, que disminuyen drásticamente si se utiliza con una técnica adecuada y como vía temporal y, la baja relación riesgo/beneficio en las condiciones en las que es necesaria, limitan sus contraindicaciones en prácticamente todos los trabajos.
La facilidad de aprendizaje y uso de técnicas como B.I.G., posiblemente podría facilitar el uso de esta técnica por personal no facultativo, especialmente en situaciones de catástrofe o necesidad de evacuación rápida, así como facilitar la inserción de un sistema IO incluso en condiciones atmosféricas adversas. En este sentido se pronuncia Sunde et al. en su estudio sobre "el *acceso intraóseo en helicóptero del servicio médico de emergencia HEMS de Noruega*" donde indica que las nuevas técnicas intraóseas pueden permitir un acceso vascular más fiable y más rápido, en condiciones de lluvia, frío, oscuridad y situaciones no estériles. La facilidad de uso es importante para los rescatistas, tanto en el lugar del siniestro y en vuelo lo cual puede reducir el umbral para el acceso intraósea en los pacientes adultos y pediátricos en situaciones críticas. Creemos que todos los servicios de emergencia que se encargan de los pacientes adultos y pediátricos críticamente enfermos o lesionados deberán estar familiarizados con técnicas intraósea (20).

CONCLUSIONES

La vía IO es de elección en situaciones de riesgo vital cuando la vía venosa resulte difícil o imposible, manteniéndose durante 24h hasta la canalización de una vía venosa central. Por lo tanto se utilizara hasta que el paciente se encuentre trasladado al hospital de destino para su tratamiento definitivo. No es definitiva.
En conclusión podemos decir que el flujo a través de un sistema IO puede llegar a 100 ml/min aunque las condiciones de presión necesarias para este nivel de flujo, parecen aumentar el riesgo de complicaciones. No hay suficiente evidencia para recomendar una zona de punción ni un tipo de aguja, aunque se recomienda la TTA por ser una zona de fácil localización y no interferir con las maniobras de soporte vital del resto del equipo.
Parece que el dispositivo de más rapidez de inserción y utilización es el EZ-IO.
Podemos reseñar que casi la mitad de las complicaciones se deben a extravasación y edema local en la zona de punción, dos complicaciones que detectadas y tratadas a tiempo no conllevan secuelas ni trastornos importantes para el paciente. Otra complicación frecuente es el síndrome compartimental. Las complicaciones que aporta esta técnica son superadas por los beneficios que produce durante las situaciones en las que está indicada.
La vía IO es una técnica de fácil aprendizaje y de colocación en 60 segundos e incluso menos, por lo cual debe aumentar el conocimiento y la formación de los profesionales de equipos de urgencias y emergencias en la utilización de esta técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. McLaughlin T J, Farmer JC. Resuscitation access and assessment: Recurring themes of the intraosseous route. Crit Care Med 2000; 28: 2915-20.
2. Bohn D. Intraosseous vascular access: From the archieves to the ABC. Crit Care Med 1999; 27: 1147-52.
3. Henning N. Intrasternal injections and transfusions. JAMA 1945; 128: 240.
4. Tocantins LM, O'Neill JF, Jones HV. Infusions of blood and other fluids via the bone marrow: application in pediatrics. JAMA 1941; 117: 1229.
5. Guidelines 2005 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardivascular Care. Part 7.2. Management of Cardiac Arrest. Circulation 2005; 112: IV-58-IV-66.
6. J. Melé Olivé, R. Nogué Bou. La vía intraósea en situaciones de emergencia. Emergencias-2006; 18: 344-353.
7. Nolan JP, Deakin CD, Soar J, Bottiger BW, Smith G: European Resuscitation Council guidelines for resuscitation 2005. Section 4. Adult advanced life support. Resuscitation 2005, 67 (Suppl 1). S39-86.
8. Donald Howarth. Adult intraosseous access. Experiences in a remote emergency department. Australian Family Physician (2011). 40 (7): 510-511.
9. de la Fuente-Rodríguez, A.; Hoyos-Valencia, Y.; Gutiérrez-García, L.; Muñoz-Esteban, C.; Sevillano-Marcos, A.; León-Rodríguez, C.; Mora-Sáez, E.; Fernández-Martín, C. Guía rápida de fármacos en Soporte Vital Avanzado. Semergen 2009; 35 (8): 376-379.
10. Vía intraósea. Asociación Canaria de Enfermería de Urgencias y Emergencias ACEUE (en línea). Agosto 2009. URL disponible en http://aceue.blogspot.com.es/2009/08/via-intraosea.html (acceso 15 mayo 2012).
11. Watson WC, Ryan DM, Dubick MA, Simmons DJ, Kramer GC. High pressure delivery of resucitation fluid trouhht bone marrow. Acad Emerg Med 1995; 2: 402.
12. Schoffstall JM, Spivey WH, Davidheiser S, Lathers CM. Intraosseous crystalloid and blood infusion in a swine model. J Trauma 1989; 29: 384.
13. Iserson KV. Intraosseous infusion in adults. J Emerg Med 1989; 7: 587-91.
14. Voelckel WG, Lurie KG, McNite S, Zielinski T, Lindstrom P, Peterson C. Comparison of epinefrine with vasopressin on bone marrow blood flow in animal model of hypovolemic shock and subsequent cardiac arrrest. Crit Care Med 2001; 29: 1587-92.
15. Adeline Su-Yin Ngo, Jen Jen Oh, Yuming Chen, David Yong, Marcus Eng Hock Ong. Intraosseous vascular access in adults using the EZ-IO in an emergency department. Int J Emerg Med (2009) 2: 155–160.
16. Waisman M, Waisman D. Bone marrow ifusion in adults. J Trauma 1997; 42: 288-93.
17. Barnejee S, Singhi SC, Sing S, Sing M. The intraosseous route is a suitable alternative to intravenous route for fluid resucitation in severely dehydrated children. Indian Pediatr 1994; 31: 1511-20.
18. Brickman KR, Krupp K, Rega P, Alexander J, Guinnes M. Typing and screening of blood from intraosseous access. Ann Emerg Med 1992; 21: 414-7.
19. Calkins MD, Fizgerald G, Bentley TB, Burris D. Intraosseous infusion devices: A comparison for potential use in special operations. J Trauma 2000; 48: 1068-73.
20. Geir A Sunde, Bård E Heradstveit, Bjarne H Vikenes, Jon K Heitne. Emergency intraosseous access in a helicopter emergency medical service: a retrospective study. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2010, 18: 52.

PREVENCIÓN DE LA SOBRECARGA EN CUIDADORES DOMICILARIOS DE PACIENTES CON ENFERMEDAD MENTAL

PREVENTION OF THE OVERLOAD IN CARETAKERS HOME OF PATIENTS WITH MENTAL DISEASE

- **José Miguel Pérez Jiménez**
- **Ana Isabel Escudero Márquez**
- **José Luis Domínguez Martínez**

Enfermeros

Resumen

La atención al enfermo mental se basa en un modelo sociosanitario en el que las familias son el elemento rehabilitador por excelencia. Por ello es de vital importancia la atención a cuidadores y familias.
Los primeros estudios específicos en tratamiento domiciliario de pacientes psicóticos parecen confirmar la importancia del apoyo familiar. Debemos por ello ser capaces de integrarlas en nuestro proyecto terapéutico a la vez que les ayudamos a disminuir su carga. Es preciso, por tanto, utilizar los recursos sanitarios actuales más adecuados en el mejor lugar posible, es decir, su domicilio.

PALABRAS CLAVE:

- Sobrecarga familiar
- Cuidador
- Trastorno mental
- Soporte emocional
- Psicoeducación

Abstract

The attention to the mental patient is based on a social sanitary model in which the families are the rehabilitator element par excellence. For that reason it is of vital importance the attention to caretakers and families. The first specific studies in domiciliary treatment of psychotic's patients seem to confirm the importance of the familiar support. We must for that reason be able simultaneously to integrate them in our therapeutic project that we helped them to diminish its load. It is precise, therefore, to use suitable the present sanitary resources more in the best possible place, that is to say, its address.

KEY WORDS:

- Family overload
- Carer
- Mental disorder
- Emotional support
- Psychoeducation

INTRODUCCIÓN

Dentro de todas las líneas de actuación en pacientes con enfermedades mentales en su domicilio, es de fundamental importancia la atención a cuidadores y familias. En relación a las actuaciones generales de prestación asistencial en enfermos mentales hay tres modelos fundamentales: ver tabla 1. Nuestra intención es ahondar dentro de lo posible dentro de los tres modelos y, considerando que el modelo sanitario ya está suficientemente explicitado en la realidad y que el modelo de rehabilitación o modelo basado en las consecuencias está en fase de desarrollo, nos centramos fundamentalmente en el modelo psicosocial dentro de la atención en domicilio.

En relación a los cuidadores y el sistema familiar, es básico desarrollar en todo lo posible el modelo psicosocial de asistencia, ya que éste considera las consecuencias de las enfermedades mentales y busca el apoyo y la asistencia tanto al cuidador directo como al sistema familiar.

Dentro de la primera línea de actuación sobre el cuidador, tenemos que considerar una serie de aspectos fundamentales que experimenta el cuidador del enfermo mental dentro del proceso de su atención domiciliaria.

CARTERA DE SERVICIOS

La cartera de servicios de la atención a domicilio en materia de salud mental, incluye procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se aplican sobre las siguientes patologías psiquiátricas:

- Trastornos depresivos.
- Hipomanías.
- Demencias y otros trastornos orgánicos cerebrales con trastornos neuropsiquiátricos.
- Psicosis de inicio.
- Trastornos psicóticos crónicos.
- Trastornos psicóticos agudos estabilizados.
- Fases maníacas estabilizadas.
- Conductas suicidas una vez superadas las complicaciones médicas y restablecido el nivel de conciencia.
- Enfermo terminal y tratamiento del duelo.

ACTUACIÓN SOBRE EL CUIDADOR

Una aproximación a este fenómeno permite distinguir la existencia de dos tipos de sobrecarga. Por un lado, una sobrecarga objetiva, referida a los problemas prácticos asociados con el cuidado a largo plazo de un paciente que presenta niveles elevados de dependencia en muchas de sus funciones básicas de la vida diaria, que deben ser suplidas o asistidas por el cuidador. Por otro, una sobrecarga subjetiva que hace referencia al impacto emocional y a sus consecuencias sobre el cuidador, traducidas como desmoralización, ansiedad, depresión etc.

Factores asociados al estrés en el cuidado:

Los trastornos psiquiátricos o de conducta asociados a la enfermedad mental constituyen, por encima del propio deterioro cognitivo y de la dependencia funcional, la mayor causa de estrés en el cuidador del enfermo mental.

Situaciones tales como los gritos, la agresividad, el vagabundeo, la resistencia a recibir ayuda en las actividades de la vida diaria, la desconfianza, las acusaciones (por ideas de robo o por celos) y las dificultades para dormir constituyen con frecuencia el elemento central en situaciones de sobrecarga. Estas alteraciones, además de ser habitualmente la mayor causa de estrés en los cuidadores, constituyen un importante factor favorecedor de la institucionalización de estos pacientes, así como de la necesidad de recibir asistencia hospitalaria tradicional. Además, las características personales del propio cuidador juegan también un papel importante en la forma como se sufre el estrés, existiendo amplias diferencias individuales en cuanto a la intensidad de la sobrecarga sufrida ante un mismo tipo de trastornos del enfermo mental.

Según lo dicho anteriormente, podrían establecerse una serie de factores de predicción de la sobrecarga en función de las características del enfermo mental o en función de las características personales del cuidador.

FACTORES DE PREDICCIÓN DE LA SOBRECARGA

1. Factores dependientes de la enfermedad

- Presencia de delirios, alucinaciones y depresión.
- Conductas disruptivas (agresividad, vagabundeo, etc.).
- Sexo masculino.
- Edad más joven del paciente.
- Tipo de enfermedad mental.
- Grado de severidad de la enfermedad mental (nivel de deterioro cognitivo, necesidades de supervisión y de ayuda).
- Estado funcional (grado de independencia).
- Duración de la demencia.

2. Factores dependientes del cuidador

- Mujer.
- Esposa.
- Ser el cuidador más directo.
- Proximidad: convivencia más íntima con el enfermo.
- Mecanismos de afrontamiento menos maduros.
- Escaso soporte familiar o social.
- Escaso conocimiento acerca de la enfermedad, sus efectos y su manejo.
- Mala calidad de la relación previa con el paciente enfermo mental.

FACTORES PROTECTORES RELACIONADOS CON EL CUIDADOR

- Presencia de ayuda informal (p.ej. los vecinos).
- Conocimiento de la demencia, de sus efectos y de su manejo.
- Estilo maduro de afrontamiento y resolución de problemas.
- Pertenencia a grupos de soporte o autoayuda.

Repercusiones de la prestación de cuidados

REPERCUSIONES PSICOLÓGICAS

El estrés psicológico, al que se hallan expuestos los cuidadores de los pacientes con enfermedad mental, se traduce

en una mayor prevalencia de la ansiedad y de la depresión que la observada en la población general.
Diversos estudios sitúan la prevalencia de la depresión en los cuidadores en cifras del 14-47%, y de las de ansiedad, en alrededor del 10%. Entre un 7 y un 31% de los casos recibe tratamiento con algún psicofármaco.
Junto a ello, resulta frecuente la aparición, en algún momento del proceso, de sentimientos de hostilidad o de reacciones violentas. A menudo estas situaciones se relacionan con un mayor nivel de estrés subjetivo y con el sentimiento de estar atrapado en el papel de cuidador.

REPERCUSIONES EN LA SALUD FÍSICA

Los estudios realizados sobre las repercusiones en el estado físico de los cuidadores de los pacientes con enfermedad mental muestran una mayor prevalencia que en población general de trastornos tales como alteraciones de la competencia inmunológica o incremento de la presión arterial sistólica en cuidadores varones.
También se constata la presencia de un peor nivel de autocuidado, un empeoramiento del sueño y una mayor dilación para efectuar consultas al médico cuando son necesarias. Además, el estrés crónico puede suponer, para muchos cuidadores de edad avanzada, una mala evolución de otras patologías concomitantes.

REPERCUSIONES SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

La prevalencia estimada de trastornos psiquiátricos en los cuidadores de pacientes con enfermedad de Alzheimer se cifró en 20,7% en un estudio en nuestro país. Estos autores utilizaron la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit. Así como las repercusiones de la relación de cuidados sobre el cuidador han merecido numerosos estudios, existe un número mucho menor de aquellos que estudian la evolución de la enfermedad mental en función de la actitud del cuidador.
Sin embargo, se comprueba que algunas características del trato del cuidador con el paciente pueden repercutir negativamente sobre las reacciones de éste, y por ende, sobre el mismo cuidador, que sufre aquí un incremento del nivel de sobrecarga, dando lugar a mecanismos patológicos autoalimentados.
A continuación citamos algunos comportamientos del cuidador que repercuten negativamente sobre el paciente:

- Realización de cambios repentinos en el ambiente y en las rutinas del paciente.
- Insistencia en que el paciente realice las cosas de una determinada manera.
- Efectuar demandas al paciente que están fuera de sus capacidades.
- Actitud excesivamente crítica con el paciente.
- Ignorar las necesidades del paciente.
- Actitud excesivamente rígida y controladora.
- Actitudes de enfado, exasperación o agresividad hacia el paciente.

Intervenciones sobre el cuidador para la reducción del estrés

Las intervenciones orientadas a disminuir la sobrecarga del cuidador y a reducir sus niveles de estrés repercuten inicialmente en su calidad de vida, pero también casi de forma simultánea, sobre la calidad de los cuidadores que recibe el paciente con enfermedad mental.
Estas intervenciones deberían dirigirse hacia tres áreas básicas: soporte psicológico, educación (información/formación) y desarrollo de soporte social.

SOPORTE EMOCIONAL, PSICOLÓGICO Y PSIQUIÁTRICO

Debe perseguir los siguientes objetivos:
a) Hacer posible la expresión de la experiencia emocional del cuidador.
Puede realizarse en el contexto de terapias de grupo o en grupos de autoayuda. Este formato es particularmente interesante, ya que además permite aprender de la experiencia de otros cuidadores en situaciones similares a la suya y, al mismo tiempo, puede ofrecer su propio soporte a otros, dotando así de un sentido añadido a su función de cuidador.
b) Entrenamiento en técnicas de relajación o de manejo del estrés.
c) Promover un mejor autocuidado, orientado a conseguir un mayor bienestar del cuidador y, por lo tanto, también del enfermo al que cuida.
d) Proporcionar un soporte que tienda a encauzar las reacciones inadecuadas que despiertan las conductas del paciente mental en algunos cuidadores.
e) Tratamiento psiquiátrico precoz de los síntomas (p. ej.: depresión, ansiedad, etc.) que puedan haber aparecido.

PSICOEDUCACIÓN

A través de ella se intenta:

- Ofrecer una información detallada sobre la enfermedad, su evolución previsible, las necesidades que pueden presentarse en cada una de sus fases, etc.
- Mejora de las habilidades para el cuidado del paciente en el domicilio.
- Desarrollar estrategias de tratamiento, resolución de problemas y técnicas conductuales.
- Planificación de posibles emergencias, o de cuestiones legales o económicas.

DESARROLLO DE SISTEMAS DE SOPORTE SOCIAL

El desarrollo de los sistemas de soporte permite:

- Potenciar el soporte intrafamiliar, que puede haberse resentido por el propio impacto de la enfermedad
- Mejorar el contacto con la comunidad, a menudo mermado por la situación de aislamiento generada por la constante necesidad de cuidados, lo que puede privar al cuidador de ayudas informales efectivas.
- Recurrir a la atención profesional para:
- Permitir el acceso a la asistencia de la trabajadora social, con capacidad para orientar sus demandas y necesidades.
- Procurar el apoyo de la enfermera (higiene, cuidados básicos, cuidado de la piel, nutrición y supervisión/administración de la medicación)
- Facilitar la ayuda del personal auxiliar para tareas como el baño o la realización de paseos.

- Posibilitar el acceso a los centros de internamiento temporal para periodos de "respiro".
- Prestar una asistencia médica próxima al paciente y a la familia.

Una de las tareas que se deben promover y coordinar desde la atención comunitaria es la formación de grupos de apoyo a las familias. Estos grupos de apoyo tienen un efecto terapéutico sobre el ambiente que rodea al paciente claramente positivo y se enmarcan dentro de la línea de actuación psicosocial más idónea.

Pasamos a enumerar el desarrollo de las funciones y objetivos de estos grupos.

FUNCIÓN DE LOS GRUPOS DE APOYO A LAS FAMILIAS

- Proporcionar información respecto a la enfermedad y cuidados hacia el enfermo.
- Regular las tareas de atención y cuidado del enfermo destacando la importancia de apoyarse en algún recurso externo.
- Favorecer la expresión de sus sentimientos sobre la relación y las pérdidas del anciano demente.
- Regular la relación afectiva con el enfermo ayudando a elaborar la pérdida y la separación parcial.
- Estimular la recuperación de la propia vida personal, laboral y la relación del cuidador.

OBJETIVOS GENERALES DE LOS GRUPOS DE APOYO

- Ayudar al cuidador a realizar la tarea de cuidar de una manera más racional.
- Facilitar el acceso a la utilización de recursos externos.
- Acompañar una parte del proceso de duelo, ayudando a enfocarlo saludablemente.
- Cuidar al cuidador; estimulando su propia vida personal y relacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS DE LOS GRUPOS DE APOYO

I. Aspectos educativos: conocimiento y aprendizaje

a) La enfermedad: diagnóstico, etiología, tipología, evolución, fases y tratamientos.

b) Atención de enfermería: curas, movilización, higiene, nutrición.

c) La estimulación cognitiva: fundamentos, actividades y ejercicios.

d) Los recursos económicos: ayudas económicas y recursos sociales y sanitarios.

e) Los aspectos legales: tutelas, incapacitaciones, derechos del enfermo y del cuidador.

II. Aspectos emocionales: comprensión y elaboración a) Superar el impacto del diagnóstico: favorecer la aceptación de la enfermedad.

b) Comprensión del enfermo: trato comprensivo y afectuoso hacia el enfermo.

c) Individuación: cuidador y enfermo, dos personas con procesos vitales diferente.

d) Evitar el duelo patológico: aceptación de las pérdidas y elaboración de un buen recuerdo.

e) La ayuda de los demás: valorar el compartir con otras personas y recursos los cuidados.

f) Vida propia del cuidador: estimular su vida relacional, social y laboral.

Hay que favorecer una serie de situaciones y actitudes de los familiares cuidadores de los pacientes, dichas actividades se enumeran en la tabla 2.

ATENCIÓN AL CUIDADOR PROFESIONAL

No hay que olvidar la importancia del cuidador profesional en el cuidado del enfermo y en el bienestar de la familia. Al igual que ésta, también puede sufrir desgaste en su actividad, con la consiguiente y negativa repercusión en su rendimiento y en su salud. La adecuada formación para su trabajo y la mejora del sentimiento de gratificación, producto de la valoración del mismo, constituyen requisitos indispensables para evitar la claudicación o el síndrome de desgaste profesional, cuyos síntomas, a menudo en forma de alteraciones psicopatológicas, deben reconocerse y tratarse precozmente.

PSICOEVALUACIÓN DEL CUIDADOR

Es necesario que por parte de la enfermera de atención primaria se efectúe una valoración de la posible sobrecarga del cuidador. Hay que atender en principio una serie de consideraciones especiales:

Factores de riesgo

I. La soledad
- Hija soltera que atiende a su madre
- Marido/esposa, sin hijos, que atiende a su cónyuge

II. La sobrecarga
- Hija con niños pequeños que atiende a uno de sus padres

III. Las dificultades económicas
- No disponer de medios para contratar un servicio de ayuda Así mismo se tienen que detectar una serie de características clínicas y psicológicas que predicen el *burnout* del cuidador.

Síntomas de alarma del cuidador
- Estrés: cansancio, insomnio, irritabilidad, frustración, etc.
- Propensión a tomar tranquilizantes.
- Estado de ánimo más bajo, pesar.
- Administración de antidepresivos.
- Disminución del número de actividades y relaciones externas a la familia.

Dentro de una valoración más pormenorizada de los factores que influyen en la relación cuidador/enfermo, hay que tener en cuenta los que vienen enumerados a continuación.

Factores que influyen en la relación cuidador-enfermo
- Personalidad del cuidador.
- Historia de la relación con el enfermo.
- Género del cuidador.
- Apoyo y amplitud de los lazos familiares.

Una de las funciones fundamentales sobre las que se debe de adiestrar al cuidador es el afrontamiento de las situaciones estresantes que se producen dentro del domicilio, y

que fundamentalmente enumeramos en la tabla siguiente. Pautas para afrontamiento de las conductas más estresantes: ver tabla 3 El profesional enfermero debe valorar en qué momento el cuidador deja de ser competente o precisa una ayuda a nivel psicoterapéutico, psicofarmacológico o ambas.

Siempre hay que tener en cuenta que el cuidador es a la vez un recurso y un potencial paciente secundario y si, tomadas las medidas pertinentes para evitar el desarrollo de su sobrecarga no son suficientes, prestarle asistencia directa. El alivio de la sobrecarga del cuidador puede reducir considerablemente los síntomas en personas en con enfermedades mentales en domicilio y se ha desarrollado una amplia gama de intervenciones para ello. Este tipo de intervenciones sobre el cuidador pueden centrarse en tres grandes áreas: apoyo psicológico, actividades educativas y formativas, y desarrollo de un sistema de apoyo social al cuidador. Los elementos específicos correspondientes a estas categorías se enumeran a continuación.

1. INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

a) Apoyo.
- "Aireación" (hablar de los sentimientos, descargar).
- Proceso grupal/compartir/universalidad (sentirse parte de un grupo y cambiar percepciones e ideas desde "pensaba que estaba solo, que era el único en el mundo que estaba pasando por algo así, hacia "sé que tengo un papel que cumplir, soy un cuidador").
- Aprender (de las enseñanzas que suponen los ejemplos expresados por otros en situaciones similares).
- Apoyo mutuo (apoyo práctico y emocional que cada cuidador aporta a los otros (p. ej. el interés mutuo por las personas dependientes de ellos)

b) Consejo/ terapia de autoconocimiento/ terapia cognitiva/ técnicas de relajación/ manejo del estrés (desarrollar medios eficaces para afrontar el estrés y aliviar la ansiedad, depresión u otros efectos negativos).

c) Impacto emocional-estrés, ira, duelo, culpabilidad.
- Hablando de sus sentimientos los cuidadores se dan cuenta de que no son los monstruos que pensaban ser por pensar tales cosas y que sus sentimientos son una reacción hacia las conductas infantiles y primitivas de las personas con demencia.

d) Autocuidado (los cuidadores son más capaces de encargarse del paciente y de afrontar los síntomas si se encuentran bien tanto física como psíquicamente).

e) Relaciones interpersonales y comunicación.

f) Los medios para tratar la enfermedad mental y los síntomas son tan importantes como los fines; la forma en que el cuidador se comunica en su intento de modificar una conducta en concreto puede determinar sus probabilidades de éxito.

2. INTERVENCIÓN EDUCATIVA

a) Información (p. ej. sobre la enfermedad).

b) Mejora de las habilidades para el cuidado en domicilio.

c) Desarrollo de habilidades terapéuticas, solución de problemas, técnicas conductuales.

d) Planificación.

e) Urgencias, aspectos legales y financieros.

Es importante ayudar a un cuidador a controlar una situación determinada si resulta estresante pero no intervenir si el problema es manejable. Hay datos que muestran que un programa para cuidadores en el que ellos pueden elegir lo que necesitan ayuda a reducir el estrés del cuidador y a evitar la institucionalización, para ello es necesario tener en cuenta varios aspectos:
- Aspectos psicológicos: alivio del estrés, airear los problemas, afrontar la culpabilidad, alentar la confianza en los demás, desaconsejar el "heroísmo mártir".
- Aspectos didácticos: información sobre la enfermedad, medicaciones, estrategias de manejo (cómo afrontar los síntomas, cómo comunicarse con la persona).
- Alentar a los cuidadores a aprender a separarse de la persona enferma incluso organizándoles excursiones y facilitando el cuidado del paciente durante ese tiempo.
- Información a los cuidadores sobre servicios sociales, derechos de prestaciones, organización en el domicilio, ejercicio, dieta y aspectos médico-legales.

La información a los cuidadores familiares es una forma de intervención clave que además, puede llevarse a cabo de una manera sencilla bien en grupos o individualmente. Los cuidadores deberían recibir:
- Información sobre la enfermedad.
- Técnicas para enfrentarse a cada síntoma.
- Técnicas que aseguren su seguridad física y su bienestar.
- Técnicas para hacer frente más fácilmente a las tareas relacionadas con las actividades básicas de la vida diaria (como el bañar o vestir al paciente).
- Métodos de obtención de asistencia personal, acceso a recursos y cuidados temporales de descanso (p. ej. centros de día, servicios de asistencia a domicilio).

3. DESARROLLO DE UN SISTEMA DE APOYO

a) Personal, familiar.

b) Comunidad.

c) Profesional. P. ej.
- Un trabajador social capaz de escuchar y aconsejar.
- Una enfermera capaz de ayudar en la administración de medicación.
- Un ayudante que pueda apoyar en los cuidados de vestido y baño.

Las reuniones de asesoría familiar han mostrado ser eficaces para aliviar la sobrecarga del cuidador. Este tipo de reuniones se han desarrollado sobre la premisa de que trabajar directamente con toda la familia puede ser una manera eficaz de aumentar el apoyo al cuidador principal. El objetivo general es el de facilitar que la familia use sus propias estrategias para solucionar problemas en cada situación determinada.

Una evaluación detallada del cuidador es el primer paso obligado para la reducción de la sobrecarga puesto que un síntoma o una conducta determinada que es estresante para un cuidador puede no serlo para otro.

ACTUACIÓN SOBRE EL SISTEMA FAMILIAR

Es básico también que dentro de la atención domiciliaria a enfermos mentales se incluya una sublínea de actuación sobre el sistema familiar independiente y conjuntamente con los grupos de apoyo que ya hemos comentado en el punto anterior, considerando que estos grupos de apoyo afectan conjunta e indistintamente a cuidador y familia.

CARACTERÍSTICAS FUNDAMENTALES DE LAS INTERVENCIONES FAMILIARES DE ORIENTACIÓN PSICOEDUCATIVA

Los elementos esenciales de este tipo de intervenciones son:

1. Provisión de una información estructurada y actualizada sobre la naturaleza y características de la enfermedad. Se realiza con una orientación práctica, deshaciendo mitos y estereotipos que los familiares puedan tener sobre la misma y fomentado la participación y la discusión. Se incluye la información sobre los tratamientos existentes, sus efectos secundarios y sus mecanismos de acción.
2. Asesoramiento y mejora de la resolución de problemas en el manejo de la enfermedad, haciendo especial hincapié en las situaciones y síntomas que puedan resultar más problemáticos para la familia (violencia, rechazo del tratamiento, señales de descompensación, etc). Debe ofrecerse también desde una perspectiva práctica con un enfoque individualizado, animando a los familiares a que presenten sus propias experiencias y dificultades en tales situaciones.
3. Mejora de la comunicación familiar. A través de pautas de modelado y retroalimentación (*feed-back*) se enseñan estilos de comunicación que favorezcan la utilización de mensajes claros y sencillos, evitando las descalificaciones y los comentarios negativos hacia las conductas o actitudes del enfermo.
4. Refuerzo y mejora de las actitudes de afrontamiento ante los sentimientos de estigma, desmoralización y aislamiento a los que se enfrentan a menudo las familias que conviven con personas que padecen trastornos mentales graves. Para ello resulta útil fomentar el contacto y el asociacionismo con otros familiares que sufren los mismos problemas, promoviendo la ampliación de las relaciones interpersonales de los miembros fuera del núcleo familiar.
5. Establecimiento de un marco terapéutico estable que posibilite una mayor confianza en el equipo responsable del tratamiento y una actitud de cooperación y corresponsabilización en el manejo de la enfermedad y de los problemas asociados con la misma.
6. Acceso a terapias familiares más específicas en el caso de que las familias se sientan desbordadas o incapaces de afrontar la situación y soliciten una ayuda más intensiva.

CONCLUSIONES

- El apoyo prestado por los familiares cuidadores es un punto fundamental de la asistencia a enfermos mentales en su domicilio.
- La relación emocional del familiar responsable y el paciente determina de manera significativa el mantenimiento del cuidado.
- Un sistema de asistencia eficaz capacita a los cuidadores para encargarse de sus familiares en casa, a la vez que minimiza las consecuencias negativas para ellos mismos.
- Las exigencias de la administración de cuidados no precipita la aparición de enfermedades en el cuidador sino que más bien agrava una predisposición previa a sufrirlas.
- Fomentar las habilidades del cuidador en su interacción con el enfermo puede prolongar su capacidad para la provisión de cuidados en el entorno familiar y mejorar la calidad de vida de ambos.
- Cualquier discusión sobre la atención del paciente en su domicilio sin una comprensión previa del contexto en el que se producen determinadas conductas, puede hacer que el personal cuidador vea al paciente como una mera colección de síntomas más que como una persona.
- El sufrimiento del cuidador y las relaciones interpersonales pobres entre el enfermo y el cuidador pueden desajustar la atención.
- Los cuidadores pueden aportar información muy útil sobre los antecedentes y posibles motivos de los trastornos de conducta. El recabo de esta información requiere habitualmente algo más que una sola entrevista breve.
- Los cuidadores con una relación premórbida insatisfactoria con el enfermo son propensos a interpretar la conducta de agitación como una provocación premeditada y a empeorar la situación con reacciones hostiles.

ANEXO:

TABLA 1:

Diferentes perspectivas en el tratamiento de las personas con enfermedades mentales.

Modelo sanitario	Modelo basado en las consecuencias	Modelo psicosocial
Enfermedad	Deterioro, discapacidad, handicap	Tomando las consecuencias de la enfermedad
Curar	Compensar/rehabilitar	apoyo-asistencia

TABLA 2:

1. Sobre la atención al enfermo
a) La enfermedad Conocerla, aceptarla Negarla, rebelarse
b) El estado del enfermo Buscar el mejor tratamiento Fatalismo, pesimismo
c) Sus capacidades Ejercitarlas, activarlas Pasividad, dejadez
d) Su conducta
Comprensión, paciencia,
ayuda
Enfadarse, desesperarse
2. Sobre la relación entre enfermo y cuidador
a) Relación con el enfermo Individuación: dos realidades Enganche, agresión, culpa
b) La ayuda de los demás Hacerles participar, pedir Autosuficiencia, resentimiento
c) Los recursos sociales Compartir con ellos la tarea Recharzarlos, nosotros solos
d) Las pérdidas del enfermo Preverlas, aceptarlas Ignorarlas, deprimirse
3. Sobre el familiar cuidador
a) Relaciones del cuidador Tener vida social, laboral Centrarse sólo en el enfermo
b) Asociaciones Tener el apoyo de un grupo Aislamiento, excluirse

TABLA 3

Tomar medidas de seguridad para evitar accidentes.
Dotar de elementos de identificación al enfermo para prevenir situaciones de fuga o estravío.
Comunicación clara, lenta, sencilla y repetitiva.
Evitar "convencerles" o contrariarles frente a conductas inoportunas, mejor distraerles.
Comprensión frente a su frustración y agresividad.
Dar muestras de cariño, afecto. con la mirada, el tacto, etc
Ayudar y estimularles a ejercitar las tareas que puedan desempeñar, sin suplirles.
Pedir ayuda al médico ante alucinaciones terroríficas o agresividad desmesurada

BIBLIOGRAFÍA

1. Orme S. Intensive home treatment services: the current position in the UK. En: Brimblecome N (ed).Acute mental health care in the community. Intensive home treatment. Philadelphia: Whurr PublishersLtd, 2001: 29-53.
2. Perkins R, Burns T. Home treatment. Int J Soc Psychiatry 2001; 47(3): 55-66.
3. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. The Lancet 2004; 363: 2063-2072.
4. Brimblecombe N. Developing intensive home treatment services: problems and issues. En:Brimblecome N (ed). Acute mental health care in the community. Intensive home treatment.Philadelphia: Whurr Publishers Ltd, 2001; 187-210.
5. Sociedad Española de Psiquiatría. Consenso Español de Expertos para: "Recomendaciones de Actuación en el Tratamiento de la Esquizofrenia". 2000.
6. GUBMAN GD, TESSLER RC, WILLIS G. Living with the mentally ill: factors affecting household complaints. Schizophr Bull 1987; 13: 727-736.
7. TREUDLEY MB. Mental illness and family routines. Ment Hygiene 1946; 16: 407-418.
8. CLAUSEN JA, YARROW MR. The impact of mental illness on the family. J Soc Issues 1955; 11: 3-64.
9. PLATT S. Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales. Psychol Med 1985; 15: 383-393.
10. SCHENE AH, TESSLER RC, GAMACHE GM. Instruments measuring family or caregiver burden. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1994; 29: 228-240.

NOCIONES BÁSICAS SOBRE FIBROSIS QUÍSTICA PARA ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

CYSTIC FIBROSIS BASICS FOR NURSES IN PRIMARY CARE

- **Antonio Gómez Rodríguez[1]**
- **Mª de Gracia Montero Rodríguez[2]**
- **Encarnación Domínguez Rodríguez[2]**

1. Enfermero en Psiquiatría. Hospital Virgen Macarena, Sevilla.
2. Enfermeras Dispositivo Apoyo Distrito Norte Sevilla, DCCU Móvil.

Resumen

La Fibrosis Quística (FQ) se consideraba hasta hace poco una enfermedad extraña y con una tasa de supervivencia pequeña. Hoy en día eso ha cambiado y el número de niños que llegan a la pubertad y madurez es cada vez mayor.

En el desarrollo de este artículo lo que intentamos es dar unas nociones para el personal de enfermería, con la idea de mejorar la calidad de la atención a los usuarios y familiares que padecen esta enfermedad. Todo ello siempre orientado hacia la Atención Primaria (AP) y con la idea principal de complementar la atención especializada que se da en los centros hospitalarios, en aquellas dudas o problemas que pueden aparecer cuando no esta disponible las unidades específicas.

PALABRAS CLAVE:

- Nociones básicas
- Diagnósticos y Cuidados de Enfermería.

Abstract

Cystic Fibrosis (CF) was considered until recently a rare disease with a small survival rate. Today that has changed and the number of children reaching puberty and maturity is increasing. In the development of this article is what we try to give some ideas for nurses, with the idea of improving the quality of care for users and relatives with the disease. This always oriented primary care (PC) and the main idea of complementing the specialized care given in hospitals, those doubts or problems that may occur if unavailable specific units.

KEY WORDS:

- Fundamentals
- Diagnostics and Nursing Care

INTRODUCCIÓN

La Fibrosis Quística (FQ), o mucoviscidosis, se puede definir como una enfermedad hereditaria que provoca la acumulación de moco espeso y pegajoso en los pulmones, el tubo digestivo y otras áreas del cuerpo. Es uno de los tipos de enfermedad pulmonar crónica más común en niños y adultos jóvenes, siendo un trastorno potencialmente mortal. Aproximadamente uno de cada 2.500-4.000 niños nace con fibrosis quística. Se calcula que una de cada 10-25 personas es portadora del gen defectuoso que causa la FQ. Los portadores son completamente sanos, no padecen la enfermedad, pero sí pueden transmitirla. Si ambos padres son portadores de un gen FQ defectuoso, existe una posibilidad entre cuatro en cada embarazo de que el hijo

padezca FQ (si hereda el gen defectuoso de cada cónyuge) (gráfica 1). A la mayoría de los niños con fibrosis quística se les diagnostica la enfermedad hacia los dos años. Sin embargo, a un pequeño número no se le diagnostica la enfermedad hasta los 18 años o más. Estos pacientes generalmente padecen una forma más leve de la enfermedad. Es ésta una enfermedad crónica que afecta a las zonas del cuerpo que producen secreciones, dando lugar a un espesamiento y disminución del contenido de agua de las mismas y originando obstrucción de los canales que transportan esas secreciones; al mismo tiempo, esa obstrucción va a permitir que se estanquen dichas secreciones y produzcan daños e infección/inflamación que van a dar lugar a la destrucción de las zonas referidas (pulmón, hígado, páncreas, sistema reproductor). Habitualmente se sospecha la enfermedad en niños con escasa ganancia de peso, con deposiciones anormales o con procesos respiratorios de repetición; en otros casos se puede sospechar ante una deshidratación por la excesiva pérdida de sal o en adultos que consultan por esterilidad, alteraciones respiratorias crónicas o problemas repetidos en hígado o páncreas. La confirmación del diagnóstico de sospecha es muy fácil de realizar y siempre se debe llevar a cabo en un centro con experiencia. El examen diagnóstico estándar para la FQ es la prueba de cloruro en el sudor, el alto nivel de sal en el sudor del paciente es una señal de la enfermedad. En casos de duda se pueden emplear otras pruebas entre las que destacamos el estudio de las mutaciones del gen. El Servicio Andaluz de Salud (SAS) lo incluye dentro de su programa de detección de metabolopatías desde el año 2011, lo que origina un gran avance en la identificación precoz de la enfermedad y en la actuación posterior. Sin tener que esperar a la aparición de síntomas que puedan indicar la existencia de la enfermedad.

Los síntomas en los recién nacidos pueden abarcar:
- Retraso en el crecimiento.
- Incapacidad para aumentar de peso normalmente durante la niñez.
- Ausencia de deposiciones durante las primeras 24 a 48 horas de vida.
- Piel con sabor salado.

Los síntomas relacionados con la función intestinal pueden abarcar:
- Dolor abdominal a causa del estreñimiento grave.
- Aumento de gases, meteorismo o un abdomen que parece hinchado (distendido).
- Náuseas e inapetencia.
- Heces pálidas o de color arcilloso, de olor fétido, que tienen moco o flotan.
- Pérdida de peso.

Los síntomas relacionados con los pulmones y los senos paranasales pueden abarcar:
- Tos o aumento de la mucosidad en los senos paranasales o los pulmones.
- Fatiga.
- Congestión nasal causada por los pólipos nasales.
- Episodios recurrentes de neumonía, que suelen cursar con:
  - Fiebre
  - Aumento de la tos
  - Aumento de la dificultad para respirar
  - Inapetencia
  - Más esputo
- Dolor o presión sinusal causados por infección o pólipos.

Las complicaciones que pueden desarrollar estos pacientes son:
- Infecciones respiratorias, que son las más comunes (neumonías recurrentes).
- Problemas intestinales (cálculos biliares, oclusión intestinal y prolapso rectal).
- Expectoraciones con sangre.
- Insuficiencia respiratoria crónica
- Diabetes.
- Esterilidad (en hombre).
- Enfermedad hepática o insuficiencia del hígado, pancreatitis, cirrosis biliar.
- Desnutrición.
- Pólipos nasales y sinusitis.
- Osteoporosis y artritis.
- Neumotórax.
- Insuficiencia cardíaca derecha (cor pulmonale).

El tratamiento se puede desarrollar desde varios puntos y se basan en tres pilares fundamentales, que son:
- Tener una nutrición adecuada
- Utilizar medicamentos contra la infección e inflamación respiratoria.
- Realizar con regularidad la terapia física, que incluye tanto fisioterapia respiratoria, como ejercicios de fortalecimiento muscular del tórax. (gráfica 2)

JUSTIFICACIÓN

El motivo del artículo es proporcionar al personal de enfermería conocimientos previos para poder interactuar con pacientes con FQ y mejorar así la atención prestada. Divulgar las principales causas y manifestaciones clínicas más frecuentes en estos pacientes. Y proporcionar el personal de enfermería una serie de diagnósticos más frecuentes.

Sabemos que la actuación en Atención Primaria (AP) es pequeña, ya que requiere de un seguimiento, tratamiento y actuaciones especializadas en centros de referencia. Pero lo que intentamos es dar a conocer una enfermedad que requiere mucha intervención de enfermería, tanto a la persona afectada, como a la familia y nuestro principal objetivo es poder satisfacer la necesidad que pueda presentar éste colectivo en cualquier momento y sobre todo cuando no pueden atenderlo en la unidad especializada de referencia.

DESARROLLO

Una vez que conocemos como se produce la enfermedad y los problemas que puede ocasionar al paciente, comenzaremos a desarrollar la actuación de enfermería de forma generalizada.

El plan de cuidados que desarrollaremos, servirá de guía y orientación a todos aquellos profesionales que puedan tener relación tanto con un enfermo de FQ, así como con sus familiares, ya que tanto la prevención como el diagnóstico precoz de la FQ, ayudará a una mejor atención y a una mayor calidad de vida.
Los objetivos que intentaremos conseguir tanto con los pacientes con FQ, como con sus familiares, serian:

- Mantener y alcanzar niveles nutricionales adecuados al paciente y que permitan su desarrollo y crecimiento adecuados.
- Prevenir las infecciones pulmonares y mejorar la función respiratoria, reduciendo así la viscosidad de las secreciones.
- Fomentar la participación y aprendizaje de los padres en los cuidados del niño y aceptación y normalización de su patología.
- Fomentar la participación y aprendizaje del niño en sus cuidados, de acuerdo a su edad.

Los Diagnósticos de Enfermería (NANDA) que hemos considerado más frecuentes son:
- 00002 Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.
- 00004 Riesgo de infección.
- 00005 Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal.
- 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.
- 00032 Patrón respiratorio ineficaz.
- 00057 Riesgo de deterioro parental.
- 00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador.
- 00094 Riesgo de intolerancia a la actividad.
- 00146 Ansiedad (relacionado con los ingresos hospitalarios, sobre todo en edades pequeñas).
- 00148 Temor (relacionado con los ingresos hospitalarios, sobre todo en edades pequeñas).
- 00195 Riesgo de desequilibrio electrolítico.

Las Intervenciones de Enfermería (NIC) que podemos usar, son:
- 0200 Promoción del ejercicio.
- 1160 Control y seguimiento de la nutrición
- 1260 Gestión del peso.
- 2080 Gestión de líquidos y electrolitos.
- 3230 Fisioterapia respiratoria.
- 5246 Asesoramiento nutricional.
- 5820 Reducción de la ansiedad.
- 7040 Apoyo al cuidador.
- 7130 Mantenimiento de los procesos familiares.
- 7140 Apoyo familiar.

Estos diagnósticos e intervenciones son las que podríamos utilizar a nivel general. Pero cuando la familia contacta con su enfermero/a de zona, debido a que la atención especializada no esta disponible (por ser fin de semana, festivo o por la dispersión geográfica) lo que intentaremos será:

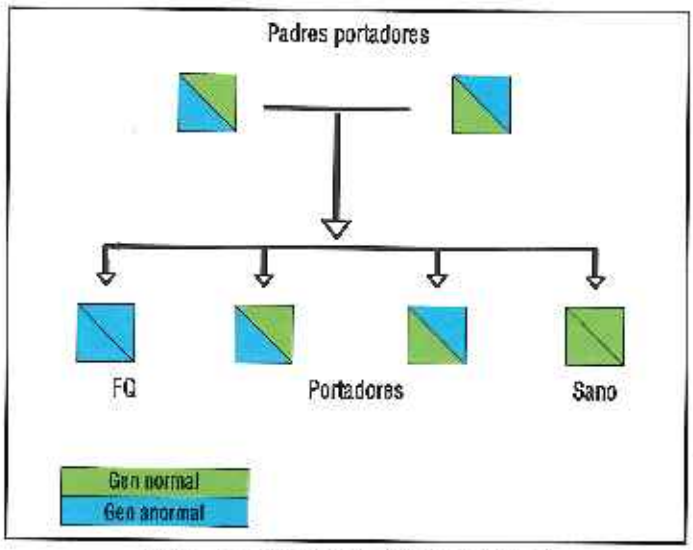
- En relación con la vía aérea:
  - Asesoramiento sobre valoración de la respiración.
  - Manejo de la aspiración de secreciones, si fuese necesario.
  - Manejo y mantenimiento del nebulizador y del material anexo. Así como recordar la importancia de las medidas higiénicas para evitar infecciones (lavado de manos, limpieza de materiales del nebulizador, etc.).

- En relación con la nutrición:
  - Importancia de la dieta, con aporte de calorías (rica en hidratos de carbono y proteínas), adecuada a los gustos del paciente.
  - Importancia de la administración de enzimas pancreáticas y suplementos vitamínicos, si fuesen necesarios.
  - Importancia de la ingesta de líquidos y sal en las comidas.

- En relación con el ejercicio:
  - Fomentar la realización de actividades físicas (ej: natación), de acuerdo a la capacidad y tolerancia a la actividad del niño.
  - En relación con la familia:
  - Valorar la necesidad de información y apoyo de la familia. Controlando la asimilación de la información.
  - Proporcionar ayuda a nivel de tratamiento y conducta del paciente.
  - Remitir a la familia a grupos de apoyos o asociaciones de FQ.
    Es decir, restablecer a la familia a su ritmo normal. Observan,do la participación objetiva de la misma en el cuidado del niño.

CONCLUSIONES

La FQ es una enfermedad que actualmente presenta una esperanza de vida muy alta, por ello lo que intentamos conseguir con esto es acercarla más a nivel de AP y sacarla del ámbito especializado, es decir involucrar más al personal de AP. Ya que existen muchos puntos en los que la dispersión geográfica o la imposibilidad de acceder a los centros especializados, hacen que éstas familias acudan al centro más cercano. Porque sobre todo en los primeros momentos de la enfermedad suelen surgir muchas dudas que se pueden solucionar a nivel primario, sobre todo en relación con el manejo de los equipos de nebulización, como dar el tratamiento inhalado o si se realizan bien o no estas técnicas. Cuestiones quizás simples a primera vista (para nosotros) pero difíciles o generadoras de ansiedad para las familias.



Gráfica 1. Distribución hereditaria de la FQ.

Para los problemas pulmonares:

- Antibióticos para prevenir y tratar infecciones sinusales y pulmonares. Se pueden tomar por vía oral o aplicarse por vía intravenosa o por medio de tratamientos respiratorios. Las personas con fibrosis quística pueden tomar antibióticos sólo cuando sea necesario o todo el tiempo. Las dosis por lo regular son más altas de lo normal.
- Medicamentos inhalados para ayudar a abrir las vías respiratorias.
- Terapia sustitutiva de la enzima DNAasa para diluir el moco y facilitar la expectoración.
- Alta concentración de soluciones salinas (solución salina hipertónica).
- Vacuna antigripal y vacuna antineumocócica polisacárida anualmente.
- El transplante de pulmón, es una opción en algunos casos.
- Es posible que se necesite oxigenoterapia a medida que la enfermedad pulmonar empeore

El tratamiento para problemas intestinales y nutricionales:

- Una dieta especial rica en proteínas y calorías para niños mayores y adultos.
- Enzimas pancreáticas para ayudar a absorber grasas y proteínas.
- Suplementos alimenticios y vitamínicos, sobre todo las vitaminas A, D, E y K.
- El médico puede sugerir otros tratamientos si usted tiene heces muy duras.

El cuidado y la vigilancia en el hogar:

- Evitar el humo, el polvo, la suciedad, los vapores, los químicos de uso doméstico, el humo de la chimenea y el moho o los hongos.
- Evacuar o sacar el moco o las secreciones de las vías respiratorias. Esto debe hacerse de una a cuatro veces cada día. Los pacientes, las familias y los cuidadores deben aprender la fisioterapia respiratoria.
- Tomar bastantes líquidos. Esto es particularmente válido para los bebés, los niños, en clima cálido, cuando hay diarrea o heces sueltas, o durante la actividad física extra.
- Hacer ejercicio dos o tres veces por semana. Nadar, trotar y montar en bicicleta son buenas opciones.

Gráfica 2. Tratamiento de la FQ

BIBLIOGRAFÍA

- Medline Plus. enciclopedia médica. Internet. acceso el 1 de Agosto de 2012, pagina actualizada el 27/julio/2012. Disponible en: http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanishency/article/000107.htm
- Federación Española de Fibrosis Quística. Internet. acceso el 1 de Agosto de 2012. Disponible en: http://www.fibrosisquistica.org/
- Equipo multidisciplinario Unidad de Fibrosis Quística Hospital Infantil "Niño Jesús" - "Hospital de la Princesa" de Madrid: Internet, acceso el 1 de Agosto de 2012. Disponible en: http://www.fibrosisquistica.org/images/recursos/34.pdf
- Federación Española de Fibrosis Quística. Internet. acceso el 1 de Agosto de 2012. Disponible en: http://www.fibrosisquistica.org/pdf/impacto_emocional.pdf
- Servicio Andaluz de Salud. Plan de Atención a personas afectadas por Enfermedades Raras 2008-2012. Acceso el 1 de Agosto de 2012. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/gasistencial/../PlanAndaluzEnfermedadesRaras2088-2012.pdf
- Servicio Andaluz de Salud. Prueba del talón ampliada. Acceso el 1 de Agosto de 2012. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_6_enfermedades_raras/02_informacion_p_talon_fq.pdf
- Servicio Andaluz de Salud. Plan de atención a cuidadores familiares en Andalucía. Acceso el 1 de Agosto de 2012. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/PlanAtencionCuidadoras/PlanACFamiliares.pdf
- Diagnósticos de Enfermería (NANDA) 2009-2011. Internet. acceso el 1 de Agosto de 2012. disponible en: http://cuidados20.san.gva.es/documents/16605/18111/Registro-planificaci%C3%B3n+cuidados+-+diagn%C3%B3sticos+09-11.pdf
- McCloskey JC, Bulechock GM. Nursing Intervention Classification (NIC). Iowa Intervention Projet. 3ª Ed. Madrid. Musby, 1999. Internet, acceso el 1 de Agosto 2012. disponible en: http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo23/capitulo23.htm
- Moorhead S; Johnson M; Maas M. Clasificación de resultados de Enfermería (NOC). Elsevier. 3ª Ed. 2004. Internet, acceso el 1 de Agosto 2012, disponible en: http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo24/capitulo24.htm

VOLUNTADES VITALES ANTICIPADAS
VITAL EARLY WILLS

- Virginia Hernández Mesa[1]
- Mariano Suárez Franco[2]
- Manuel Jiménez Martín[2]

1. Enfermera. DCCU
2. Enfermero. DCCU

Resumen

La Declaración de Voluntad Vital Anticipada es un documento escrito que contiene los deseos acerca de los cuidados y tratamientos sanitarios que queremos que se cumplan sobre nuestra persona en el momento en que no tengamos capacidad para expresarlas personalmente. Actualmente es necesario incorporar estas prácticas, en sus aspectos, ético y legal, al ejercicio diario.

PALABRAS CLAVE:

- VOLUNTADES VITALES
- MUERTE DIGNA
- ÉTICA

Abstract

The Declaration of Living Will is a written document containing the wishes regarding medical care and treatment that are to be met on our person at the time that we have no ability to express ourselves. Currently you need to incorporate these practices in their aspects, ethical and legal, to exercise daily.

KEY WORDS:

- VITAL EARLY WILLS
- DEATH WITH DIGNITY
- ETHICS

INTRODUCCIÓN:

Sin duda la ley de referencia sobre las voluntades anticipadas es la Ley 41/2002 Básica reguladora de la autonomía de los pacientes y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Actualmente todas las Comunidades Autónomas de España han legislado sobre esta materia, con leyes muy parecidas. Pero la Ley 41/2002 es la más importante de todas precisamente por su carácter de "Básica". Una ley "Básica" es una ley que está por encima de la legislación autonómica en la jerarquía normativa.

La presente Ley tiene por objeto la regulación de los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, así como de los centros y servicios sanitarios públicos y privados, en materia de autonomía del paciente y de información y documentación clínica. En este documento tenemos como objetivo hacer un resumen claro y de ayuda para el conocimiento del manejo de ciertos aspectos de esta situación tan especial.

LEY AUTONOMÍA DEL PACIENTE 41/2002:

Sus principios básicos, mostrados en su artículo 2 son:

1. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
2. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con

carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la Ley.

3. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
4. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la Ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
5. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
6. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.
7. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

ÉTICA Y MUERTE DIGNA:

La sociedad española, como las de otros países europeos, está actualmente inmersa en un proceso de discusión sobre los contenidos y límites de lo que ha venido a denominarse "muerte digna". Esta discusión tiene muchos frentes diferentes. Por ejemplo, existe un debate abierto acerca de si puede hablarse o no de la "muerte digna" como un derecho.

Este debate afecta también a los contenidos concretos de ese presunto derecho. Hay unanimidad en la idea de que uno de ellos es, necesariamente, el derecho a acceder a cuidados paliativos de alta calidad.

Pero existe una enorme confrontación sobre la posibilidad de que otro contenido sea el derecho a escoger libremente el momento y la forma de la propia muerte. Todo ello arrastra automáticamente una polémica acerca de los deberes que en los demás (profesionales sanitarios y sistemas de salud sobre todo) genera el reconocimiento de este derecho. Y por supuesto, acerca de las implicaciones jurídicas de dicho reconocimiento en función de los contenidos que se le atribuyan.

Existe además una gran preocupación en torno a los mecanismos adecuados para garantizar el respeto adecuado al contenido y los límites de su ejercicio y, por lo tanto, para evitar abusos. La discusión afecta también al sentido interno de las profesiones sanitarias. Por supuesto, las morales religiosas son uno de los polos que se han mostrado más activos en este proceso de debate, junto con los posicionamientos filosóficos, antropológicos, sociológicos, jurídicos y políticos.

El mismo término "muerte digna" dista de estar totalmente aclarado. Pero sin duda la palabra más importante de todas, la aparentemente más polisémica y cargada de valor, tanto en un sentido positivo como negativo, es la palabra "eutanasia". Noticias periodísticas, debates televisados, tertulias de radio, artículos académicos, encuestas de opinión, etc., atribuyen con frecuencia significados completamente diferentes a dicha palabra, con lo que los juicios morales y jurídicos que reflejan suelen ser distintos y, a menudo, contrapuestos.

Por lo tanto, parece necesario un importante esfuerzo colectivo por aclarar significados, precisar términos, descalificar usos abusivos de las palabras. Y es que ser precisos con el lenguaje es un requisito imprescindible para garantizar procesos de deliberación moral cuyo resultado tenga sentido para los participantes en él y para los afectados por él.

Por eso uno de los objetivos de este trabajo es contribuir a una aclaración lingüística sobre el significado que, en nuestra opinión, debería darse a determinadas palabras en el debate sobre la "muerte digna".

DIFERENCIACIÓN DE TÉRMINOS:

Para entender las actuaciones y actitudes es importante tener claro unos conceptos básicos y diferenciaciones:

- Sedación paliativa

Por sedación paliativa se entiende la administración de fármacos a un paciente en situación terminal, en las dosis y combinaciones requeridas para reducir su conciencia todo lo que sea preciso para aliviar adecuadamente uno o más síntomas que le causan sufrimiento, contando para ello con su consentimiento informado y expreso o, si esto no es factible, con el de su familia o representante.

- Rechazo de tratamiento

En las decisiones de rechazo o denegación de tratamiento el protagonismo total corresponde al paciente. El rechazo de tratamiento forma parte de la teoría general del consentimiento informado, que es el modelo de toma de decisiones vigente en la bioética moderna.

- Eutanasia

Actuación de un profesional sanitario que produce de forma deliberada la muerte de su paciente con una enfermedad irreversible, porque éste, siendo capaz, se lo pide de forma expresa, reiterada y mantenida, por tener una vivencia de sufrimiento derivada de su enfermedad que experimenta como inaceptable, y que no se ha conseguido mitigar.

- Suicidio (médicamente) asistido

Actuación de un profesional sanitario mediante la que proporciona, a petición expresa y reiterada de su paciente asistido capaz y con una enfermedad irreversible que le produce un sufrimiento que experimenta como inaceptable y no se ha conseguido mitigar por otros medios, los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee.

¿QUÉ ES UNA VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA?

La Declaración de Voluntad Vital Anticipada es un documento escrito que contiene las preferencias sobre los cuidados y tratamientos sanitarios que deseamos recibir, para que se cumplan en el momento en que no tengamos capacidad para expresarlas personalmente, según dispone la Ley 5/2003 del 9 de Octubre.

También permite escoger a una persona de nuestra confianza, para que decida por nosotros cuando estemos en esa situación. Además podemos incluso escoger a una segunda persona representante, para que intervenga si la primera persona no pudiera hacerlo por algún motivo.

¿QUIÉN PUEDE HACER LA VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA?

Las personas mayores de edad o menores de edad que estén emancipadas. También pueden hacerlas las personas incapacitadas judicialmente, siempre y cuando la sentencia de incapacitación no se lo impida y estén en situación de capacidad en el momento de formalizar su Declaración. La inscripción de la Voluntad Vital Anticipada ha de hacerse personalmente y en especial, tiene importancia que lo realicen aquellas personas que han sido diagnosticadas de una enfermedad degenerativa, con el fin de que en todo momento se puedan respetar sus deseos.

¿DÓNDE SE PUEDE HACER LA VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA?

El registro de las Voluntades Vitales, en la Comunidad Autonómica Andaluza, se pueden hacer en las Delegaciones Provinciales de Salud, mediante cita previa en las oficinas de registro. El documento de Voluntad Vital Anticipada no tiene validez legal plena si no queda inscrito en el Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de Andalucía.

Se debe rellenar una instancia administrativa para solicitar la inscripción, un formulario que consiste en la propia declaración de voluntades anticipadas donde se debe expresar los deseos y preferencias y un documento donde se refleja quien será el albacea o tutor del documento.

¿CÓMO ACCEDER A LA VOLUNTAD VITAL ANTICIPADA?

Para acceder a las Voluntades Anticipadas de un paciente, en caso de que el tutor no se encuentre presente, es necesario ser profesional sanitario.

La Consulta se hace en el teléfono Salud Responde (902 505 060) que funciona durante 24 horas todos los días del año, mediante la Identificación del Profesional Sanitario con su nombre y apellidos, DNI y categoría profesional.

Se debe facilitar un teléfono móvil para mayor rapidez de la respuesta, aunque no es imprescindible. A su vez se debe identificar al paciente con nombre, apellidos y DNI o NUSS.

¿CUÁL ES EL PAPEL DE ENFERMERÍA?

Para concluir recalcaremos que el papel de enfermería es muy importante en la relación con estos pacientes, aunque el abordaje es multidisciplinar. La enfermería debe funcionar como conexión entre las distintas disciplinas implicadas y debe servir para simplificar y explicar la información recibida por el paciente y su entorno, en el contexto de la planificación de decisiones.

Es importante lograr una disminución de la ansiedad y el sufrimiento de todos los implicados y la aceptación del proceso de enfermedad. Para lograr esto es necesario dedicar tiempo suficiente al proceso de información y buscar un entorno físico adecuado, tranquilo y agradable.

En este momento de planificación es donde se abordan los deseos y preferencias de dicho paciente en relación con la manera en que quiere ser atendido en los momentos finales de su vida. Es un proceso de carácter abierto donde se pueden expresar todo tipo de deseos y miedos. Por tanto desde el momento del diagnóstico, debemos empezar el proceso adaptándolo a las peculiaridades del paciente, siempre guiado por la veracidad y claridad.

Debemos saber que aunque la legislación española actual establece que el modelo actual de relación profesional-paciente debe ser el del consentimiento informado, establece una excepción: el Documento de Apoyo de la Consejería de Salud titulado "Sedación Paliativa y terminal". Dicho documento considera que no es necesario formalizar y rubricar un documento específico y que para esos casos basta con un proceso verbal con registro en la Historia clínica. Por tanto, cada sesión de información y evaluación con el paciente y familia debe quedar registrada, además de por supuesto, el registro oficial de las VVA.

CONCLUSIÓN

En la Planificación Anticipada de decisiones lo importante no son tanto los documentos, sino los procesos integrales de comunicación, donde los documentos de Voluntades Anticipadas pueden ser una herramienta muy importante, pero lo realmente necesario es un cambio de actitud por parte de todos los implicados, sobre todo de los profesionales implicados. Las Voluntades Anticipadas deben ser herramientas clínicas y éticas, siempre con garantías jurídicas, siendo los profesionales sanitarios, médicos y enfermeras, los que tienen que liderar este campo, como parte de las obligaciones hacia sus pacientes.

BIBLIOGRAFÍA (ENLACES DE INTERÉS)

- Estrategia de bioética del Sistema Sanitario Público de Andalucía. 2011-2014. Consejería de Salud.
- Simón P. Diez mitos en torno al consentimiento informado. An. Sist. Sanit. Navar. 2006; 29 (Supl. 3): 29-40.
- Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE del15/11/2002.
- Guía para hacer la Voluntad Vital Anticipada. Autoría, Tamayo Velázquez, MI... [et al.].-[Sevilla]: Consejería de Salud, 2012
- http://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf
- Simón P, Barrio Im. El consentimiento informado en enfermería: un modelo integral. JANO 1995; 48: 911-921

INTERVENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA SANITARIA ANTE UNA CATÁSTROFE NATURAL COMO EL TIFÓN HAIYAN

- **Carmen Llimona Perea**[1]
- **Anastasio Ruiz Cortés**[2]
- **Inmaculada Perea Cejudo**[3]

1. Estudiante de 4º de grado de enfermería.
2. Enfermero.
3. Médico.

Resumen

Desde el primer día que pasó el tifón Haiyan por Filipinas, sus regiones han recibido ayuda voluntaria de organizaciones y equipos de emergencias repartidas por todos los puntos del planeta. Una vez que los sistemas de emergencias se trasladan al lugar de los hechos se desarrollan una serie de actividades genéricas. Al lugar de los hechos se han trasladado centenares de organizaciones de emergencias con el fin de ayudar a las víctimas. A la hora de desplazarse hay que tener muy en cuenta de que tipo de emergencia se trata para actuar con la máxima rapidez. En el caso del tifón Haiyan se hace frente a atrapamientos y rescates difíciles con derrumbamientos. En toda catástrofe de gran magnitud, como la vivida en Filipinas, el número de víctimas mortales asciende a altas cantidades. Por ello era necesaria la creación de un equipo, dentro del sistema de emergencias, dedicado al manejo de cadáveres; adjudicándoles una serie de funciones a cada unidad, entre las que está la unidad de localización y recuperación de cadáveres.

PALABRAS CLAVE:

- Tifón
- Catástrofe natural
- Servicios de emergencias
- Ayuda humanitaria
- Enfermería

Abstract

From the first day that Typhoon Haiyan Philippines, regions have received voluntary help from organizations and emergency teams spread all over the planet. Once emergency systems move to the site of the incident a number of genoric activities are developed. To the scene have moved hundreds of emergency organizations in order to help the victims. When scroll must bear in mind that this type of emergency to act quickly. In the case of Typhoon Haiyan is faced with pinch and difficult rescues with landslides. In any disaster of great magnitude, like that in the Philippines, the number of fatalities amounts to high amounts. Therefore it was necessary to the creation of a team within the emergency system, dedicated to the management of dead bodies; awarding them a series of functions to each unit, which is the unit of localization and recovery of bodies.

KEY WORDS:

- Typhoon
- Natural disaster
- Emergency
- Humanitarian aid
- Nursing services.

INTRODUCCIÓN

Tanto un tifón, como un ciclón tropical, un baguio y un huracán definen el mismo fenómeno. La diferencia recae en el lugar geográfico donde se forman, influenciado por el sentido en el que giran. El caso del tifón, sería de un ciclón tropical que se forma en el océano Pacífico Occidental.

"Tifón" hace referencia al término meteorológico de un sistema de tormentas caracterizado por una circulación cerrada alrededor de un centro de baja presión y que produce fuertes vientos y abundante lluvia. Los ciclones tropicales extraen su energía por la condensación de aire húmedo, produciendo fuertes vientos.

La República de Filipinas es un país insular soberano del Sudeste Asiático ubicado en el océano Pacífico. Su capital es Manila y limita al Norte con Taiwán, al Oeste con el mar de la China Meridional y Vietnam, al Suroeste con el mar de Joló e isla de Borneo, al Sur con Indonesia y al Este con el mar de Filipinas.

Filipinas se encuentra ubicada en el cinturón de fuego del Pacífico, su clima tropical lo convierten en un lugar propenso a terremotos y tifones.

Es un archipiélago que comprende 7.107 islas, las cuales se clasifican en tres divisiones geográficas: Luzón, Bisayas y Mindanao.

Su población estimada es de 94 millones de habitantes, considerándose así el 12º país más poblado del mundo.

Estos datos forman parte de la historia de Filipinas, a la que ahora habrá que añadir el tifón que arrasó la zona el 8 de Noviembre de 2013.

Este tifón recibe el nombre de Haiyan, también conocido como Yolanda: ha tenido una duración de 9 días (desde el 3 al 11 de Noviembre) teniendo su pico máximo de intensidad el día 7 de Noviembre y pasando por las islas de Filipinas el día 8 del mismo mes.

El tifón, que ha llegado a alcanzar 315 km/h en 1 minuto con una presión mínima de 895hPa y un aumento del nivel del mar de hasta 10 metros, es considerado así, como uno de los ciclones más fuertes registrados de la historia, solo superado por el tifón Tip en 1979.

Después de que el tifón Yolanda pasase por Filipinas, ésta se enfrenta a una crisis humanitaria, debido a que provocó numerosos daños y más de 6000 fallecidos. Filipinas se enfrenta a un desastre ya que está viviendo una «situación que conlleva un número desproporcionadamente elevado en perdida de vidas y bienes desbordando las capacidades de la propia comunidad local y regional, ligada a desórdenes de la naturaleza derivados del agua tierra viento y fuego», en este caso viento.

SITUACIÓN GEOGRÁFICA DE FILIPINAS

TIFÓN HAIYAN 8-11-2013

FASES EN EL DESARROLLO DE UNA CATÁSTROFE:

En todo accidente, catástrofe o desastre se desarrollan una serie de fases distribuidas en el tiempo.

La primera fase se llama *Fase explosiva*, en la que se desencadena y sucede el problema, reaccionan los supervivientes y se alertan a los servicios de emergencia. Los "espectadores" dan apoyo a las víctimas.

Posterior a esta fase se desarrolla *la fase inmediata*, que comprende la búsqueda, rescate y salvamento de las víctimas por los propios supervivientes. Esta fase no suele dar grandes resultados, habitualmente conlleva a la evacuación de una gran cantidad de víctimas menos graves con recursos espontáneos propios de personal no especializado.

Al finalizar esta fase aparece la *fase mediata* con una intervención organizada dirigida por los servicios especializados de emergencias. El poder conseguir que una crisis se resuelva está relacionado con la capacidad de los servicios de rescate de desplegar sobre el terreno los materiales y recursos necesarios para controlar el suceso, poder dar una asistencia adecuada y correcta en un espacio delimitado, así como elementos necesarios para la evacuación.

Inmediatamente posterior a esta fase aparece la *fase de control* donde se forman y crean los sectores asistenciales: área de salvamento, área de base y área de socorro.

Por último aparece la *fase de repliegue*.

OBJETIVO

Describir cómo actúan los servicios de emergencia ante una catástrofe de esta magnitud.

METODOLOGÍA

1. LLEGADA DEL SISTEMA DE EMERGENCIAS

Desde el primer día que pasó el tifón Haiyan por Filipinas, sus regiones han recibido ayuda voluntaria de organizaciones y equipos de emergencias repartidas por todos los puntos del planeta.

Cuando ocurre un desastre como el vivido hace unos meses en las Islas Filipinas, a la llegada de los servicios especializados de emergencias, se llevan a cabo una serie de Actividades Generales Críticas. Estas actividades son acciones mínimas, comunes e imprescindibles para cualquier tipo de accidente, crisis, desastre o catástrofe. La calidad organizativa de los servicios de emergencias viene dada por el correcto cumplimiento de estas Actividades Generales.

Estas acciones son:

1. Informar de la llegada a la zona de crisis a su centro de procedencia.
2. Gestionar la autoridad colocando a alguien en el mando.
3. Recibir y dar instrucciones.
4. Evaluar la situación, informar al centro de procedencia de forma clara y concreta.
5. Establecer una estrategia.
6. Informar a los subordinados.
7. Asignar tareas.
8. Velar por la seguridad del equipo.
9. Controlar que se cumplen las tareas.
10. Organizar el repliegue al finalizar la misión.

«ESTE DECÁLOGO CONSTITUYE UNA DECLARACIÓN DE BUENAS MANERAS PARA LA INTERVENCIÓN EN CUALQUIER SITUACIÓN DE EMERGENCIA EN LA QUE INTERVENGAMOS»

2. INSTALACIÓN DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIAS

Una vez que los sistemas de emergencias se trasladan al lugar de los hechos se desarrollan una serie de actividades genéricas.

Lo primero de todo es llevar a cabo una organización en la que se nombran responsables de triaje, atención de urgencia y de la cadena de evacuación, que serán las norias y los PCAMB.

Posterior a esto se llevará a cabo un reconocimiento y activación de la zona así como su posterior balizamiento para que sea visible.

Por último el despliegue de recursos móviles y material sanitario.

Entre los materiales indispensables que debe portar un profesional ante una emergencia se encuentran cascos, gafas de seguridad, guantes, mascarillas, prendas especiales según la catástrofe, medios de transmisión de datos entre el personal y puesto de mando y una bandolera con documentación así como riñoneras con punzones, tijeras, navaja, linterna y compresores venosos.

Para el salvamento y rescate en una catástrofe, el personal especializado se moviliza con una serie de recursos indispensables destinados al traslado e inmovilización del paciente: férula espinal, correas de inmovilización y arnés tipo araña, collarín cervical, férulas de tracción y simples, inmovilizadores tetracamerales, lotes de quemados (mantas apagafuegos, apósitos, mascarillas), camillas, colchones de vacío.

Entre los materiales destinados para el control y aislamiento se encuentran las cintas y pivotes de balizamiento, focos de luz, megáfonos, plásticos de delimitación de área de Trabajo, banderas, petos y radiobalizas.

3. ACTUACIÓN ANTE UNA CATÁSTROFE COMO LA DEL TIFÓN HAIYAN

Al lugar de los hechos se han trasladado centenares de organizaciones de emergencias con el fin de ayudar a las víctimas. A la hora de desplazarse hay que tener muy en cuenta de que tipo de emergencia se trata para actuar con la máxima rapidez.

En el caso del tifón Haiyan se hace frente a atrapamientos y rescates difíciles con derrumbamientos. En todas esas catástrofes, las patologías más prevalentes son el politrauma, grandes quemados e insuficiencias ventilatorias; por lo que los principales recursos que se utilizarán serán la fluidoterapia, analgesia y ventilación.

En este tipo de desastres se despliega un soporte especial, el soporte vital avanzado al atrapado (SVATR).

Un paciente atrapado es «aquel que no puede salir de la succión en la que se encuentra por sus propios medios, y su condición puede empeorar con el tiempo o como consecuencia de las lesiones sufridas, así como por una inadecuada manipulación o rescate». Una víctima atrapada lleva una serie de características añadidas a si misma.

Un atrapado supone/crea:

- √ Un riesgo añadido para el equipo de rescate.
- √ Limitaciones en el espacio físico.
- √ Imposibilidad de acceso completo a la víctima.
- √ Reducción de la movilidad para la realización de maniobras terapéuticas.
- √ Trabajo interdisciplinar.

El equipo de rescate a víctimas atrapadas debe ante todo mantener la calma y aceptar un compromiso con su propia seguridad, la de la víctima y responsabilidad a la hora de tomar decisiones.

El dolor, ansiedad y pánico son factores que sufre el atrapado que deben ser abordados lo antes posible, para ellos se hace uso de la regla de oro, hablarle a la víctima en todo momento, aunque creamos que no nos escucha, esto será muy útil para distraer los factores que predisponen al paciente a que les cunda el pánico y empeoren su salvamento.

Entre las principales causas de muerte en una víctima atrapada está la asfixia, hemorragia y shock, aunque todas ellas son salvables. Hay una serie de gestos y actuaciones que, con pocos recursos, consiguen salvar grandes cantidades de vidas.

Entre estos "gestos salvadores" se encuentran:

1. Maniobra frente-mentón
2. Inserción de canular oro o nasofaringeas.
3. Compresión externa de hemorragias, torniquetes.
4. Punción cricotiroidea.
5. Toracocentesis mediante angiocatéter.
6. Ventilación manual.
7. Intubación oro o nasoraqueal.
8. Punción venosa.
9. Analgesia.

4. GESTIÓN DE CADÁVERES EN GRANDES CATÁSTROFES

En toda catástrofe de gran magnitud, como la vivida en Filipinas, el número de víctimas mortales asciende a altas cantidades. Por ello era necesaria la creación de un equipo, dentro del sistema de emergencias, dedicado al manejo de cadáveres; adjudicándoles una serie de funciones a cada unidad, entre las que está la *unidad de localización y recuperación de cadáveres*. En ella hay un variado grupo involucrado (bomberos, equipos de rescate, voluntarios, personal militar e incluso los propios supervivientes). Es necesario que esta fase siga el procedimiento adecuado, puesto que su correcta realización interferirá en una correcta identificación posterior.

Los cuerpos deben introducirse en una bolsa individual con sus pertenencias y segmentos tratándose como un cuerpo completo. Una vez que se embolsan un equipo los trasladará hasta un punto intermedio, donde habrá otro equipo que los traslade hasta el puesto de identificación; los traslados se realizarán con camillas, tractores, etc.... pero nunca con ambulancias. Es importante recordar que se debe anotar el sitio y la hora donde se encontró el cuerpo.

Por último es imprescindible la seguridad y sanidad del grupo de rescate haciendo uso de botas, guantes, higiene después de la manipulación, no frotarse la boca o mucosas con las manos y usar mascarillas.

Posterior a esta unidad se encuentra la de registro donde se lleva a cabo *la identificación* en la medida de lo posible. Este proceso se realiza contrastando la información que podemos extraer del cuerpo, tal como vestimenta, característi-

cas físicas..., con la información que tenemos de las personas desaparecidas. El método más sencillo de identificación será a través de la fotografía, sin embargo, cuando no sea posible, se recurrirá a los servicios forenses. Cada cadáver recibe un número que aparecerá en la bolsa, en el cuerpo y en los segmentos corporales, si los hubiese. Se rellenará un formulario con el número de referencia donde aparecerá también el sexo, rango de edad, pertenencia personales, raza, longitud y color de pelo, ojos... cualquier señal característica que pueda facilitar la identificación.

Una vez identificado un cuerpo, se procede a transportarlos hasta un lugar de almacenamiento creando norias de cadáveres siempre coordinadas por un jefe. Los responsables en la gestión de la *información* sobre los fallecidos o desaparecidos son las autoridades estatales. Se establecen centros locales donde donde se recogen solicitudes de búsqueda y fotografías de desaparecidos, y además se ofrece información de las personas encontradas.

El fallecimiento o desaparición de un familiar es siempre algo delicado que se debe tratar con el máximo respeto. Una vez que los cadáveres están perfectamente identificados se les entrega a su familia y se *habilita una zona de duelo* donde se reúnen familiares y fallecido. Después de una gran catástrofe es posible que los familiares se encuentren una imagen muy dura de una persona llena de heridas o con amputaciones. Por ello es necesario que estas personas reciban la información necesaria, honesta y precisa, *dando un buen trato y apoyo.*

Por último se procede al *almacenamiento y custodia* de los cuerpos fallecidos. Es importante tener en cuenta que todo cadáver conlleva a una descomposición, para evitarlo se mantienen refrigerados entre 2 ºC y 4 ºC en fosas temporales.

AYUDA ESPAÑOLA A FILIPINAS

Se conocen muchas organizaciones que trabajan con el fin de ayudar a Filipinas a salir adelante. Entre ellas una de las principales es la Cruz Roja Española, que trabaja junto al dispositivo de Cruz Roja Internacional. Su principal función ha sido, y es, trabajar con la Unidad de Emergencias de Agua y Saneamiento. Gracias a ello se ha conseguido más de 4 millones de litros de agua en la zona gracias a la instalación de potabilizadoras, dando aproximadamente agua potable a 50.000 personas diarias.

Además de agua, la Cruz Roja Española, en colaboración con otras de la misma institución, ha proporcionado ayuda no alimentaria como bidones de agua, mosquiteras, lonas de plástico, kits de higiene y herramientas para la reconstrucción de viviendas.

Asimismo la organización Reina Sofía ha confirmado su envío de medicamentos por el valor de 300.000 euros.

Por otro lado ACNUR anunció la partida de un avión con destino Filipinas, cargado con ayuda de emergencia para alrededor de unas 16.000 familias. Entre los dispositivos de ayuda se cuenta con 2.500 tiendas de campaña, mantas, colchonetas, bidones de agua, utensilios de cocina y unas 50.000 linternas solares. Además de ello ha habilitado un teléfono y cuenta bancaria donde recoger fondos para la ayuda.

Tanto Manos Unidas, como la ONG plan Internacional, con sede en España, han habilitado diferentes cuentas bancarias en distintos bancos para recaudar fondos y enviarlos a Filipinas.

La filial española de Intermon Oxfam ha mandado un dispositivo para evaluar las condiciones del agua, la salud pública y el saneamiento, y también ha publicado un número telefónico donde recoge ayudas económicas.

Desde Cáritas se aprobó la transferencia urgente de 200.000 euros a Cáritas Filipinas.

Por último a todas estas organizaciones, y muchas más, se une el Gobierno Español, que envió 200.000 euros en ayuda humanitaria, además de dar soporte logístico a los envíos de otras organizaciones.

Varias de las organizaciones que desde España ofrecen su ayuda a Filipinas

RESULTADOS

DIARIO DE UNA CATÁSTROFE

22 de Noviembre de 2013:

A día de hoy, 2 semanas después del suceso, manejamos los siguientes datos:

Número de víctimas mortales: 5209
- 4919 de la región de Bisayas Oriental
Número de viviendas dañadas: >1000000
-Número de viviendas completamente destruidas: 536.000
Número de desaparecidos: 1.582
Número de heridos: 24.716

Datos extraídos de: Consejo Nacional para la Reducción de Riesgo y Gestión de Desastres.

Las consecuencias de esta gran catástrofe son devastadoras. Tenemos datos de más de 1 millón de viviendas dañadas, pero todo el montón de escombros y destrozos que ha provocado el tifón acarrea además otros problemas que tienen en Alerta máxima a muchas localidades y regiones de filipinas tales como Cebú, Samar, Leyte, Ormoc y Tacloban, estos problemas que han aflorado de manera notable en la zona son las siguientes enfermedades:

Tétano, hepatitis, dengue, fiebre tifoidea, disentería bacteriana y posiblemente cólera, así como retorno de la Poliomielitis. (Después de más de 14 años que la OMS declaró esa zona libre de Polio)

Que estas enfermedades estén aflorando en la zona es tan simple como andar descalzos sobre escombros, beber de aguas contaminadas y alimentarse de animales muertos, debido a la falta de agua y comida que sufrían las víctimas los primeros días posteriores a la tragedia, y que todavía a día de hoy no se han logrado subsanar del todo.

Una de las víctimas de Tacloban cuenta que no había otra salida, "hemos comido gallinas y cerdos que ya estaban descomponiéndose, y bebido de las tuberías intoxicadas, pero es que teníamos que elegir entre eso o morir".

La recuperación de esta catástrofe como era de esperar debido a su magnitud será muy difícil y lenta, aunque Filipinas ya recibe ayuda desde numerosos puntos del mundo:

- Australia: colaborará con un paquete de 10 millones de dólares que incluye personal médico y artículos no alimenticios.
- Gran Bretaña: donará 9.6 millones de dólares en ayuda.
- Nueva Zelanda: entregará 1.7 millones de dólares.
- Japón: envió un equipo de alivio médico de 25 personas.
- Indonesia: puso a disposición de Filipinas aviones y ayuda logística como personal, agua potable, alimentos, generadores y antibióticos.
- EEUU: envió un equipo de marines, además de que despachará 55 toneladas de alimentos y la embajada brindará 100 mil dólares para apoyo sanitario y agua.

- Comisión Europea: dispuso de cuatro millones de dólares para la ayuda.
- China: donará 200 mil dólares en ayuda.
- Médicos Sin Fronteras: se encarga del envío de 200 toneladas de artículos médicos y de alivio.
- UNICEF: dispuso 1.3 millones de dólares en suministros como jabón, purificadores de agua, suplementos micronutrientes y artículos médicos.

8 de Diciembre de 2013:

Después de 30 días (1 mes) del desastre volvemos a manejar los siguientes datos:

Número de víctimas mortales: 5786 *(+577)*
Porcentaje de niños que no han podido volver a clases: 80%
Número de niños en riesgo de desnutrición: 1.350.000
Número de desaparecidos: 1779 *(+197)*
Número de desplazados: 4.000.000
Número de heridos: 26.233 *(+1517)*

Datos extraídos de: Centro Nacional de Gestión y Reducción de Riesgo de Desastres de Filipinas, UNICEF y Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Después de 1 mes del desastre y una valoración de la situación y el lugar, los organismos datan como principal necesidad el retorno de agua y la alimentación como principal recurso para evitar importantes enfermedades, entre ellas algunas mortales.

Después de la subida del número de muertos y desaparecidos, comienzan a llegar las "buenas noticias". Gracias a la labor de Unicef, otras ONG y el gobierno filipino, ya más de 428.000 personas tienen acceso a agua potable, de las que 200.000 son en Tacloban, la ciudad más afectada por el tifón. El agua es un bien fundamental y primordial para evitar el tifus, el sarampión o el dengue.

Además la OMS y UNICEF llevan ya a cabo una campaña de vacunación para más de 30.000 niños de polio y sarampión

Por otro lado esta organización esta repartiendo galletas con micronutrientes en niños de entre 2 y 5 años para prevenir deficiencias de micronutrientes, así como 75 toneladas de arroz entre 15.000 personas de las islas de Bantayan y Kinatarkan.

22-25 de Diciembre de 2013:

Hoy, 22 de Diciembre de 2013 tenemos como principal noticia que el secretario general de la ONU, Ban Ki-moon, acompañado por representantes de UNICEF, se ha reunido con el presidente de Filipinas previo a trasladarse a Tacloban, para conocer de primera mano el desastre ocasionado por el tifón que arrasó hace mes y medio el país.

Las cifras siguen variando y a día de hoy se conoce:

Número de víctimas mortales: 6.109 *(+323)*
Desaparecidos: 1.799 *(+20)*
Número de heridos: 27.022 *(+789)*
Número de personas afectadas: >6.000.000
Número de municipios afectados: 591
Casas afectadas: <550.000

Datos extraídos de: Consejo Nacional de Gestión y Reducción de Riesgo de Desastres y organismo gubernamental.

La prioridad en estos momentos es conseguir que Filipinas vuelva a recobrar la normalidad, y que sus habitantes recuperen sus medios de vida, aunque de la ayuda prometida sólo ha llegado el 49%. Agricultura y pesca, escuelas y comercios empiezan a abrir sus puertas en muchas de las regiones, como por ejemplo Visayas.

Se acercan fiestas especiales en todo el mundo, y en Filipinas no es menos. Son fechas difíciles en el país, ya que muchos viven en refugios improvisados rodeados de barro y sin nada que llevarse a la boca. No obstante la Navidad llega a Filipinas, en particular a Tacloban, una de las ciudades peor paradas después del gran desastre. Muchos voluntarios se acercaron a la zona con donaciones, regalos y un show para los niños de esta ciudad. Son momentos difíciles, pero era imprescindible que no se perdiese el espíritu de la Navidad.

GRUPO DE VOLUNTARIOS EL DÍA DE NAVIDAD EN FILIPINAS

8 de Enero de 2014:

Hoy, día 8 de Enero de 2014, se cumplen 2 meses del desastre que arrasó Filipinas en forma de Tifón. Después de hayan pasado 60 días desde que el Tifón Haiyan devastara la República de Filipinas se manejan otras cifras, además de hacerse un balance a nivel más general.

Número de personas fallecidas: 6183 *(+74)*
Número de heridos: 28626 *(+1604)*
Número de desaparecidos: 1785 *(-14)*
Número de filipinos refugiados en distintos centros de evacuación (381 centros): 4.095.280
Número de casas dañadas: 1140332
De las cuales completamente destruidas: 550928
De las cuales parcialmente deterioradas: 589404
Número total de afectados: 16078181
Número total de ciudades afectadas: 57

Datos extraídos de: Consejo Nacional para la Reducción y Gestión de Desastres de Filipinas

Desde el gobierno filipino realizan un plan de reconstrucción de la ciudad basado en 5 prioridades: vivienda y reconstrucción, medios de vida y de empleo, atención psicosocial, protección del medio ambiente, y generación y asignación de recursos.

20 de Enero de 2014:

Las ayudas siguen llegando a Filipinas después de más de dos meses del paso del tifón Haiyan.

La aplicación de móvil Line consigue recaudar más de 410.000 euros para los supervivientes de dicho desastre. Lo hace a través del lanzamiento de un nuevo paquete de sticks para hacer uso en su aplicación. El coste de la descarga de este nuevo conjunto de pegatinas ha sido de 0.87 euros

STICKS LANZADAS POR LA APP LINE CON FINES RECAUDATIVOS PARA FILIPINAS

8 de Febrero de 2014:

Después de 3 meses desde que el tifón Haiyan devastara Filipinas, hoy en día se conoce que serán necesarios al menos dos años para su completa recuperación.

La Cruz Roja española dice tener un Plan Especial para Filipinas y ayudar a recobrar al máximo la normalidad de sus habitantes. Defiende que es necesario que los españo-

les no se olviden de Filipinas, puesto que será necesaria su ayuda y cooperación en estos dos años para llevar adelante dichos planes sobre el país en cuestión.

¡¡ AÚN QUEDA MUCHO POR HACER!!

CONCLUSIONES

Después del duro golpe recibido en la población de Filipinas por el paso del tifón Haiyan poco a poco parece que va saliendo de la situación de crisis vivida. Una vez mas se pone de manifiesto la solidaridad de la gran mayoría de los países que forman nuestro planeta ante una situación tan grave. Entre ellos España, que ha aportado gran cantidad de ayuda tanto economica como material y humana, a pesar de la difícil situación económica que está pasando. Quizás, de entre toda la ayuda enviada, una de las importante sea precisamente la humana, dentro de la cual destaca el sector de enfermería. La labor enfermera ente este tipo de catastrofes es fundamental y totalmente necesarias puesto que realiza el primer contacto con la víctima realizando los pasos ya nombrados en el trayecto del trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Wikipedia.org [Internet]. Wikimedia; 2013 [Actualizado 22 Nov 2013; Citado 22 Nov 2013]. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/Filipinas
- Carlos Álvarez Leiva. Asistencia sanitaria a múltiples víctimas y catástrofes. Vol. 1. Sevilla: Grupo SAMU; 2012
- Europapress.es [Internet]. España: EuropaPress; 2014 [Actualizado 6 Ene 2014; Citado 17 Ene 2014].
- Disponible en: http://www.europapress.es/epsocial/noticia-cruz-roja-espanola-alerta-filipinas-necesita-dos-anos-mas-salir-adelante-paso-yolanda-20140206182904.html
- ABC.es [Internet]. España: 2013 [Actualizado 13 Nov 2013; Citado 17 Ene 2014]. Disponible en: http://www.abc.es/internacional/20131112/abci-ayuda-humanitaria-filipinas-201311111951.html
- La-razon.com [Internet]. Manila: Audiovisual Española S.A.; 2013 [actualizado 22 Nov 2013; citado 22 Nov 2013]. Disponible en: http://www.la-razon.com/mundo/numero-muertos-Haiyan-Filipinas-supera_0 1948005257.html
- Elmundo.es [Internet]. Cebú: Unidad Editorial Información General, S.L.U; 2013 [actualizado 21 Nov 2013; citado 22 Nov 2013]. Disponible en: http://www.elmundo.es/internacional/2013/11/20/528d0bf261fd3d92408b458b.html
- Univision.com [Internet]. EE.UU.: Univision Communications Inc.; 2013 [Actualizado 15 Nov 2013; Citado 22 Nov 2013].
- Disponible en: http://dinero.univision.com/economia-y-negocios/noticias-economicas/article/2013-11-15/el-millonario-costo-de-la-reconstruccion-de-filipinas-tras-el-paso-de-haiyan
- CadenaSER.com [Internet]. España: Prisa; 2013 [Actualizado 8 Dic 2013; Citado 8 Dic 2013]. Disponible en: http://www.cadenaser.com/internacional/articulo/mes-tifon-haiyan-arrasase-filipinas/csrcsrpor/20131208csrcsrint_6/Tes
- 20Minutos.es [Internet]. España: Multiprensa; 2013 [Actualizado 7 Dic 2013; Citado 8 Dic 2013]. Disponible en: http://www.20minutos.es/noticia/1999640/0/ninos-afectados/aniversario-mes/tifon-haiyan-filipinas/#xtor=AD-15&xts=467263
- Rtve.es [Internet]. España; 2013 [Actualizado 21 Dic 2013; Citado 22 Dic 2013]. Disponible en: http://www.rtve.es/noticias/20131221/ban-ki-moon-visita-zona-afectada-tifon-haiyan-filipinas/830080.shtml
- LaVanguardia.com [Internet]. España; 2013 [Actualizado 22 Dic 2013; Citado 22 Dic 2013].
- Disponible en: http://www.lavanguardia.com/politica/20131222/54397451597/ban-ki-moon-pide-mas-ayuda-para-los-damnificados-por-el-tifon-en-filipinas.html
- Informador.com.mx [Internet]. México; 2013 [Actualizado 13 Dic 2013; Citado 13 Dic 2013]. Disponible en: http://www.informador.com.mx/internacional/2013/502412/6/tifon-haiyan-supera-el-numero-de-muertos-esperados.htm
- Rpp.com [Internet]. Perú: Comscore; 2013 [Actualizado 25 Dic 2013; Citado 25 Dic 2013].
- Disponible en: http://www.rpp.com.pe/2013-12-25-filipinas-los-ninos-del-tifon-haiyan-reciben-la-navidad-foto_657506_1.html#foto
- La información.com [Internet]. España: Servimedia; 2014 [Actualizado 8 Ene 2014; Citado 8 Ene 2014].
- Disponible en: http://noticias.lainformacion.com/catastrofes-y-accidentes/tormentas-de-viento/cerca-de-1-800-filipinos-siguen-desaparecidos-dos-meses-despues-del-tifon-haiyan_y6rR7W9zEzq3B8PUm0eCJ3/
- Europapress.es [Internet]. España: EuropaPress; 2014 [Actualizado 20 Ene 2014; Citado 20 Ene 2014].
- Disponible en: http://www.europapress.es/portaltic/socialmedia/noticia-line-ayuda-victimas-tifon-haiyan-filipinas-20140120122223.html
- Europapress.es [Internet]. España: EuropaPress; 2014 [Actualizado 6 Ene 2014; Citado 8 Ene 2014].
- Disponible en: http://www.europapress.es/epsocial/noticia-cruz-roja-espanola-alerta-filipinas-necesita-dos-anos-mas-salir-adelante-paso-yolanda-20140206182904.html
- ABC.es [Internet]. España: 2013 [Actualizado 13 Nov 2013; Citado 17 Ene 2014]
- Disponible en: http://www.abc.es/internacional/20131112/abci-ayuda-humanitaria-filipinas-201311111951.html

CUIDADOS DE ENFERMERÍA DE UN EXTENSO HEMATOMA A NIVEL DE ANTEBRAZO POST-PUNCIÓN DE ARTERIA RADIAL TRAS REALIZACIÓN DE GASOMETRÍA ARTERIAL

NURSING CARE OF A LARGE HEMATOMA AT THE LEVEL OF POST-PUNCTURE CARRYING OF THE FOREARM AFTER RADIAL ARTERY

- **Ana Sáinz Loza**[1]
- **Lorena Moya Carrillo**[1]
- **Beatriz Pérez Lupiáñez**[1]
- **Sonia García Luque**[1]

1 Enfermeras del Servicio de Urgencias del Hospital Infanta Luisa de Sevilla.

Resumen

Varón cardiópata de 88 años que ingresa en el Hospital Infanta Luisa por un extenso hematoma en antebrazo izquierdo y shock hipovolémico post punción de gasometría arterial. Intervenido de urgencias por cirugía cardiosvascular necesitando un laborioso plan de cuidados de enfermería.

PALABRAS CLAVE:

- Paciente
- Cuidados
- Gasometría arterial
- Marjory Gordon
- NANDA
- NIC
- NOC

Abstract

Man heart patient of 88 years old that is admitted to the Hospital Infanta Luisa because of an extended left forearm bruising and hypovolemic shock secondary to an arterial blood gas, disturbed by emergency cardiovascular surgery needing a laborious nursing care plan.

KEY WORDS:

- Patients
- Care
- Artery Gasometry
- Marjory Gordon
- NANDA
- NIC
- NOC

INTRODUCCIÓN

El término gasometría significa medición de gases en un fluido cualquiera. En medicina, se puede realizar una gasometría en cualquiera líquido biológico, pero donde mayor rentabilidad diagnóstica tiene es en la sangre, pudiéndose realizar en sangre venosa periférica, sangre venosa central y sangre arterial.

Se trata de una prueba por la cual se valora el pH y las presiones parciales de los diferentes gases que existen en la sangre arterial periférica.

Esta determinación nos da una idea de cómo están los gases O2 y el CO2 además de otros parámetros interesantes como son el grado de acidez y alcalinidad y cómo está el equilibrio ácido-base.

La determinación debe realizarse en una muestra de sangre arterial aunque también es posible realizarse con sangre capilar en determinadas circunstancias.

La sangre arterial suele tener normalmente un color más vivo y flujo pulsatil, mientras que la sangre venosa es más oscura y tiene menor presión de salida. El análisis de la muestra arterial ofrece menos variaciones y solamente ésta, nos garantiza un valor fiable de la PO2.

La gasometría nos permite evaluar enfermedades de tipo respiratorio y afectaciones de los pulmones, así como determinar la efectividad de la oxigenoterapia. Los resultados nos suministran también información acerca del equilibro ácido-básico del cuerpo, lo que puede darnos una referencia del funcionamiento del pulmón, el riñón y el estado metabólico del cuerpo en general.

Como siempre, una vez realizada la técnica se registrará. Es importante registrar si la prueba se ha realizado con oxigeno o sin él.

Los parámetros que se miden en una gasometría arterial son los siguientes: presión arterial parcial de dióxido de carbono (PaCO2), presión arterial parcial de oxígeno (PaO2) y pH. También se pueden obtener unos valores derivados que son importantes para la clínica: concentración de bicarbonato real y estándar (HCO3-), diferencia alveolo-arterial de oxígeno y la presión parcial de oxígeno necesaria para que la hemoglobina en sangre esté saturada al 50% (P50). El estudio de estos parámetros será desarrollado en el apartado de interpretación.

TABLA II. VALORES NORMALES

	Arterial	Venoso mixto
PO_2 (mmHg)	80-100	40
PCO_2 (mmHg)	35-45	46
pH	7,35-7,45	7,36
P_{50} (mmHg)	25-28	
Temperatura (°C)	37,0	37,0
Hemoglobina (g/dl)	14,9	14,9
Contenido de O_2 (ml/100 ml)	19,3	14,62
Combinado con hemoglobina	19,5	14,60
O_2 disuelto	0,3	0,12
Saturación de hemoglobina	97,5	72,5
Contenido de CO_2 (ml/100 ml)	49,0	53,1
Compuestos carbamínicos CO_2	2,2	3,1
CO_2 bicarbonato	44,2	47,0
CO_2 disuelto	2,6	3,0

La muestra de sangre que se obtiene del paciente para realizar este tipo de gasometría debe ser tomada directamente de una arteria. La punción se realiza en arterias fácilmente accesibles y que tengan ramas colaterales para que, si se daña la arteria al pincharla, se mantenga la vascularización de la zona. Normalmente se realiza en la arteria radial. En su detecto puede utilizarse la braquial, pedia, tibial posterior, temporal superficial (en niños) o femoral por orden de preferencia.

Los recursos materiales necesarios para realizar la punción son:

Antiséptico
Gasas estériles y esparadrapo
Contenedor de objetos punzante
Aguja y jeringa especial para gasometría (las convencionales no sirven porque los gases atraviesan el plástico)

Se debe tomar una serie de precauciones antes de iniciar la intervención:

En pacientes sometidos a tratamiento anticoagulante, se debe mantener la presión sobre la punción durante al menos 10 minutos

Evitar zonas con múltiples punciones y hematomas

Si se opta por puncionar la arteria radial se debe realizar primero la prueba o test de Allen para comprobar el riego adecuado de la mano.

El test de Allen es un proceso que dura pocos minutos y que sirve para comprobar si existe algún problema trombótico en la mano. Consta de los siguientes pasos:

Se le pide al paciente que cierre el puño.

Se comprimen simultáneamente las arterias radial y cubital durante unos segundos. La palma de la mano debe tener un color pálido, al no tener flujo arterial.

Se deja de comprimir la arteria cubital y el color deberá volver a la mano del paciente en 15 segundos aproximadamente. Si el color de la mano no se restablece en ese tiempo, se debe elegir otro lugar para realizar la punción.

Estos pasos se repiten liberando la arteria radial.

Después de haber tomado las precauciones que previamente se han expuesto, se procede a realizar la extracción de la muestra de sangre arterial:

Se prepara el material y se coloca al paciente en decúbito supino con la extremidad extendida.

Se limpia la zona con un antiséptico y se coloca la mano en posición neutra o en ligera extensión.

Se localiza la arteria elegida, realizar una ligera presión con el dedo índice sobre ella que sea suficiente para percibir el latido con claridad
Se punciona la arteria con la aguja (unida ya a la jeringuilla) en dirección cefálica y con una inclinación de 30-45º en relación a la superficie de la piel. Cuando la aguja punciona la arteria se produce la aparición de sangre de forma pulsátil sin necesidad de realizar aspiración.
Se extrae un mínimo de 3 ml.
Se retira la aguja y se comprime la zona de punción durante 5 minutos. Se realiza con el objetivo de detener la hemorragia, la compresión no debe producir la falta de riego.

JUSTIFICACIÓN

Descripción del caso:
El paciente ingresa en un centro hospitalario tras sufrir un Infarto Agudo de Miocardio.
Antes de someterse a un cateterismo se le realiza una gasometría arterial escogiéndose como zona de punción la arteria radial izquierda.
Como consecuencia del mayor depósito de calcio en las arterias debido a la cardiopatía isquémica, se requiere mayor tiempo de compresión (unos 20 minutos aproximadamente) tras la punción.
Se añade la circunstancia de que el paciente esta doblemente antiagregado con Ácido acetil salicílico y Clopidorgel.
Posiblemente una insuficiente compresión arterial provocaron un extenso hematoma en todo el antebrazo.
24 horas después, a petición de sus familiares ingresa en nuestro hospital en estado de schock hipovolémico con una hemoglobina de 6 g/dl (previo antes de la gasometría tenía 11 g/dl) requiriendo transfusión de 2 UC de hematíes y reposición hidroelectrolítica.
Posteriormente pasa a quirófano presentando una rotura de la arteria radial en la zona de punción procediéndose al drenaje 1 litro de sangre y reparación de la arteria con un Bypass termino-terminal, dejando la herida abierta para su cierre por segunda intención, valorando la posibilidad futura de realizar un injerto.

Antecedentes
Arteriosclerosis generalizada
Hipertensión arterial
Saos ayudado por CPAP
Cardiopatía isquémica tipo Infarto Agudo de Miocardio, portador de 3 STENT.

Tratamiento
Recibimos en la consulta de enfermería al paciente que presenta una herida abierta con tejido necrótico y esfacelos que derivan de una cirugía previa y reparadora quirúrgica.
En una primera toma de contacto se realiza desbridamiento químico con crema antibiótica y desbridante (FURACIN) durante dos tres días para reblandecer tejidos, con el fin de poder desbridar quirúrgicamente la zona con pinzas estériles y bisturí frío.
Este procedimiento se realiza diariamente y durante la primera fase que dura entre 2-3 semanas.
El proceso se realiza de manera aséptica y estéril, utilizando guantes estéril, bata estéril y mascarilla quirúrgica.
Tras el desbridamiento y previa limpieza de los restos de cremas de la cura anterior, se procede a la limpieza con agua y jabón con cepillo quirúrgico, enjuague con suero fisiológico y secado con compresa estéril quirúrgica cuidadosamente. Se procede a rellenar la herida quirúrgica con crema antibiótica (FURACIN) se cubre con apósito estéril húmedo (LINITUL) y vendaje oclusivo, no compresivo con venda de crepé.

Pasada esta etapa o fase de desbridamiento (2-3 semanas) entramos en la fase de GRANULACION, en esta fase la herida avanza rápidamente al quedar solo tejido limpio, sin tejidos necróticos, ni esfacelos por lo tanto el tejido que queda es tejido con abundante células de granulación y abundante vascularización.
En esta etapa el procedimiento a realizar se hace de la siguiente manera:

1) Limpieza de la herida con clorhexidina diluida con S.Fco. al 2% con una cierta presión para hacer un

arrastre de los restos de crema de la cura anterior y los mínimos restos de esfacelos y mucosidad que se produce en la formación de tejido nuevo.

2) Secado general con compresa estéril.
3) Secado minucioso de todos los huecos y cavidades de la herida con pinza estéril y gasa estéril.
4) Aplicación de Furacín en el lecho de la herida, tapando con Linitul para evitar adherencias de las gasas de la herida.
5) Recubrimiento del lecho con gasas estériles.
6) Taponamiento oclusivo con compresas estériles, realizando un posterior vendaje algodonado con venda de crepe del brazo afecto.

En una última fase de toral regeneración de tejidos y cicatrización total de la herida y por tanto con disminución del exudado de la herida se realizan limpieza con clorhexidina y S.Fco.al 2%, secado con gasa estériles y se comienzan con una serie de curas planas, hasta el cierre total de la herida, estas curas se realizan con una solución de betadine rebajado al 50% para terminar la cicatrización con betadine puro.

Se cambia el vendaje algodonado oclusivo por apósitos estériles oclusivos parciales tipo Cosmopore, variando el tamaño conforme evoluciona la cicatrización.

Durante todo el proceso de cicatrización utilizamos vaselina y/o linovera (solución aceite) en el tejido perilesional para reactivar la hidratación de los tejidos antiguos y de nueva creación, disminuyendo la sequedad en toda la zona. El tamaño de la cicatriz involuciona desde aproximadamente unos 20 cm. Del principio a solo unos 5-6 cm del final, quedando una pequeña marca que irá desapareciendo con el paso del tiempo, recobrando parte del color inicial de la piel y quedando solo una mínima secuela de rigidez tisular y atrofia de la herida.

OBJETIVOS

- **Objetivo general:** Elaborar un plan de cuidados para el paciente sometido a gasometría arterial que pueda servir como guía de referencia para las posibles actuaciones en el campo de la enfermería.

- **Objetivo específico:** Unificar criterios y mejorar la calidad de los cuidados prestados a nivel hospitalario, especialmente en unidades de urgencias y cuidados intensivos.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la elaboración del plan de cuidados tomamos como referencia los patrones funcionales de M. Gordon, los diagnósticos de enfermería de la NANDA 2005-2006, la clasificación de resultados de enfermería 4ª edición y la clasificación de intervenciones 5ª edición.

PLAN DE CUIDADOS

Nos guiamos por los 11 patrones funcionales de salud de M. Gordon.

1. **Patrón percepción/ manejo de la salud:**
   No es alérgico a nada.
   No fuma ni bebe.
   Patologías crónicas: cardiopatía isquémica, arteriosclerosis crónica, HTA.
   No presenta dificultad para seguir el tratamiento médico ni los cuidados.

2. **Patrón nutrición/ metabolismo:**
   Alimentación oral. Dieta normal sin sal.
   Peso: 75 kg. Talla: 1,67m
   Estado de piel y mucosas: Destrucción tisular, herida quirúrgica.

3. **Patrón eliminación:**
   Eliminación intestinal: patrón habitual diario. 1 vez al día.
   Eliminación urinaria: normal.
   No tiene drenajes.

4. **Patrón actividad/ ejercicio:**
   Situación habitual: deambulación. Camina normalmente ayudado por un bastón.
   Situación actual: falta y reducción de la energía para la actividad. Pasa la mayor parte del tiempo sentado, dando paseos cortos varias veces al día ayudado por su habitual bastón o por un familiar.
   Autocuidados: necesita ayuda para la higiene y el vestido, no la necesita para la alimentación.
   Respiración: sin dificultad.

   Patrón sueño/ descanso:
   Patrón habitual: 6- 7 horas.
   No necesita ayudas farmacológicas.

5. **Patrón cognitivo/ perceptual:**
   Nivel de consciencia: consciente.
   Alteraciones sensoperceptivas: sin alteración.
   Nivel de orientación: orientado.

6. **Patrón autoperceptivo/ autoconcepto:**
   El paciente se encuentra tranquilo puesto que ya ha sido dado de alta tras su hospitalización, y la intervención quirúrgica ha resultado satisfactoria para su cirujano vascular.

7. **Patrón rol/ relaciones:**
   Comunicación sin dificultad.
   Sus cuidadores principales, su esposa y sus hijos.

8. **Patrón sexualidad/ reproducción:** N/P

9. **Patrón adaptación/ tolerancia al estrés:** N/P

10. **Patrón valores/ creencias:** N/P

PLAN DE CUIDADOS

1909 Conducta de prevención de caídas
Indicadores:
190903 Colocación de barreras para prevenir caídas
190916 Agitación e inquietud controladas
- 0208 Movilidad

Indicadores:

DIAGNÓSTICOS, OBJETIVOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

00155 Riesgo de caídas r/c inestabilidad en la marcha

Objetivos:
020802 Mantenimiento de la posición corporal
020814 Se mueve con facilidad

Intervenciones y actividades:
- 6490 Prevención de caídas

- Identificar déficit, cognoscitivos o físicos del paciente que puedan aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas (suelos resbaladizos, escaleras sin barandillas, etc.)
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos
- Educar a los miembros de la familia los factores de riesgo que contribuyen a las caídas y cómo disminuir dichos riesgos

00004 Riesgo de infección r/c destrucción tisular y aumento de la exposición ambiental

Objetivos:
- 1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas

Indicadores:
110113 Integridad de la piel
- 1902 Control del riesgo

Indicadores:
190202 Supervisa los factores de riesgo medioambientales
190204 Desarrolla estrategias de control del riesgo efectivas

Intervenciones y actividades:
- 3660 Cuidados de la herida
- 6550 Protección contra las infecciones

00085 Deterioro de la movilidad física r/c disminución de la fuerza o resistencia m/p limitación de la capacidad para las habilidades motoras groseras o finas y limitación de la amplitud de movimiento

Objetivos:
- 0208 Nivel de movilidad

Indicadores:
020801 Mantenimiento del equilibrio
020806 Deambulación: camina

Intervenciones y actividades:
- 5612 Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito

- Evaluar el nivel actual del paciente de ejercicio y conocimiento de la actividad/ ejercicio prescrito
- Enseñar al paciente a realizar la actividad/ ejercicio prescrito
- Incluir a la familia, si resulta adecuado

00108/00109 Déficit de autocuidados: baño/higiene, vestido/ acicalamiento r/c deterioro músculo- esquelético m/p incapacidad para lavarse total o parcialmente su cuerpo y deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse las prendas de ropa necesarias.

Objetivos:
- 0300 Cuidados personales: actividades de la vida diaria

Indicadores:

030002 Se viste
030006 Higiene

Intervenciones y actividades
- 1800 Ayuda al autocuidado
- Proporcionar ayuda para que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados
- Enseñar a los padres / familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada

PROBLEMAS INTERDISCIPLINARES

Complicación potencial: Dolor secundario a herida quirúrgica

Intervenciones y actividades:
- 1400 Manejo del dolor
- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, frecuencia, calidad, intensidad, dolor y factores desencadenantes

- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes

RESULTADOS

Antes de realizar una punción arterial, debemos comprobar el tratamiento que sigue el paciente. Esto nos llevará a tomar las medidas oportunas y adecuadas en cada paciente.

En pacientes con problemas cardiovasculares antes de someterse a un cateterismo se le realiza una gasometría arterial escogiéndose como zona de punción la arteria radial izquierda.

Si se opta por puncionar la arteria radial se debe realizar primero la prueba o test de Allen para comprobar el riego adecuado de la mano.

CONCLUSIONES

En pacientes doblemente antiagragados se ha demostrado que el tiempo de compresión no debe ser inferior a 20 minutos.

Es fundamental la planificación, seguimiento y evaluación de todas aquellas acciones que se pongan en marcha a fin de asegurar el logro en la coordinación de los cuidados y favorecer una mejora en la calidad de los cuidados que prestamos a nuestros ciudadanos.

Mediante un plan de cuidados individualizado y adaptado al paciente conseguimos que su evolución fuera tan satisfactoria que no hubo necesidad de realizar ningún injerto.

La fuerza de voluntad y la participación del paciente fueron decisivas para tan buenos resultados.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento y reconocimiento a la familia del paciente así como a todo el personal de enfermería del Hospital Infanta Luisa implicado en el proceso, que en estrecha colaboración con el equipo de cirugía vascular de dicho hospital, han garantizado la aplicación del plan de cuidados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gasometría arterial. Extracción de sangre arterial. Comisión de Cuidados del Área de Salud de Badajoz (Junta de Extremadura, Consejería de Sanidad y Dependencia). 2009. Consulta 24 de marzo de 2012.
2. NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2005-2006 Madrid: Elsevier España, S.A; 2005.
3. Akcley B.J Ladwig. Manual de diagnósticos de enfermería. Guía para la planificación de cuidados. 7ª edición. Madrid. Elsevier.
4. Buleckek G.M., Butcher H.K., Clasificación de intervenciones de Enfermería 5ª edición. Barcelona: Harcourt Brace, S.A; 2009.
5. Jhonson M, Maas M, Moorhead S. Clasificación de resultados de enfermería 4ª edición. Barcelona: Harcourt Brace, S.A; 2009.
6. Rodríguez Dacal, J.M., "Influencia de Internet sobre la profesión de enfermera". Enfermería cardiovascular. Sep. 2003.

SabadellAtlántico SabadellHerrero SabadellSolbank SabadellGuipuzcoano SabadellCAM

Sabadell
Professional

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

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

Si eres miembro del **Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla** y buscas promover tu trabajo, proteger tus intereses o tus valores profesionales, con **Banco Sabadell** puedes. Te beneficiarás de las soluciones financieras de un banco que trabaja en PRO de los profesionales.

Al fin y al cabo, somos el banco de las mejores empresas.
O lo que es lo mismo, **el banco de los mejores profesionales: el tuyo.**

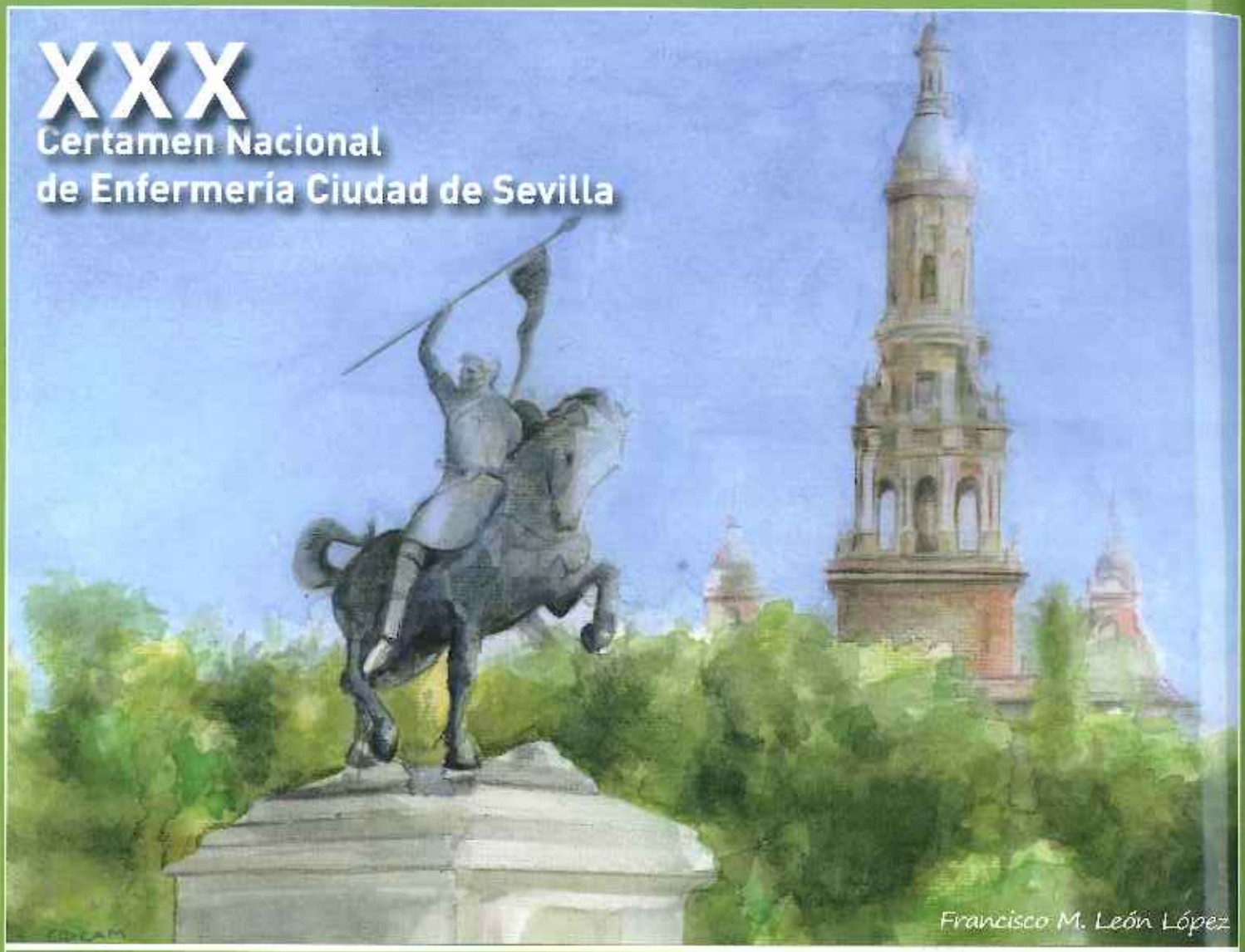
Llámanos al 902 383 666, identifíquese como miembro de su colectivo profesional, organicemos una reunión y empecemos a trabajar.

sabadellprofessional.com

Captura el código QR y conoce nuestra news 'Professional Informa'

El banco de las mejores empresas. Y el tuyo.

XXX
Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla



PREMIOS

PRIMERO: 3.600 € **SEGUNDO: 1.800 €** **TERCERO: 1.200 €** **Accésit ENFERMERIA JOVEN: 1.000 €**

Los premios se concederán al autor o autores que mejor contribución aporten a la investigación y trabajos científicos de Enfermería y cumplan las siguientes

BASES

1º. **DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".

2º. **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 de carácter lucrativo, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin.
El Certamen se completa con un Accésit denominado "Enfermería Joven" y dotado con **1.000 Euros.** 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, cinco 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", sobre de hacer constar expresamente en el sobre cerrado el lema: Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla. Accésit Enfermería Joven".

3º. **DOTACIÓN:** La dotación económica será de **3.600 Euros** para el trabajo premiado en primer lugar, **1.800 Euros** para el trabajo premiado en segundo lugar y **1.200 Euros** para el premiado en tercer lugar.

4º. **PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, no tener un límite de espacio y acompañarán de bibliografía. Se presentarán por triplicado en formato DIN A-4, mecanografiados a doble capacidad por una sola cara y encuadernados. Incluirán un resumen de un máximo de 300 palabras, en español e inglés.

5º. **CONCURSANTES:** Sólo podrán concursar profesionales en posesión del título de Diplomado o Graduado en Enfermería que se encuentren colegiados.

6º. **JURADO:** Será Presidente del jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Son vocales, cada uno de los cuales corresponderá al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, un vocal del profesorado de la Facultad, artículo de Enfermería, de Enfermería o sus unidades docentes y centros asociados y uno de entre los responsables de las Unidades de Formación Continuada.
Todos los miembros del jurado serán diplomados en Enfermería.
Actuará como Secretario, el del Colegio de Enfermería de Sevilla, con voz pero sin voto. El jurado será nombrado anualmente.

7º. **INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este certamen supone la aceptación de las presentes bases.

8º. **DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial a entablar contra el fallo del Jurado, que será irrecurrible. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.

9º. **DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de mensajería al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla Avda. Reimer y Dos, nº 26-Apdo. 61006-Sevilla, en sobre cerrado con la indicación "XXX CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA CIUDAD DE SEVILLA". No llevará remitente ni ningún otro dato de identificación.
En su interior incluirán: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con seudónimo, sobre cerrado, identificado con el mismo seudónimo y conteniendo nombre y dirección completa del autor o autores, teléfono de contacto del firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiera.
Los trabajos presentados deberán obligatoriamente referenciar a los libros, centro o cualquier otra institución, de donde procedan los miembros del jurado o la identificación, antes de la aparición de las pruebas, de la procedencia o autores de los mismos.

10º. **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 de su autor. Los autores premiados solicitarán autorización por escrito a este Colegio para su publicación en otros medios, con la única congratulación de mencionar que ha sido premiado en el "XXX Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".

11º. **TITULAR DEL PREMIO:** Será titular del trabajo de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo, exclusivamente, los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2014. Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por el secretario del Jurado, mediante correo certificado.

El fallo del jurado se hará público el día 15 de diciembre de 2014.

1.50 años avanzando con la profesión

PREMIOS 2013

1º Antonio Barbero Radio (Sevilla)
2º Mª de. Mar Pastor Bravo (Murcia)
3º Mª de. Carmen Lobo Rodríguez (Madrid)
Accésit Enfermería Joven: Marta López Ibáñez (Jaén)

Patrocina
Sabadell