

Revista Científica



HYGIA de ENFERMERIA

Nº 43, Año XII 3º Cuatrimestre del 1999

Colegio de Enfermería de Sevilla

La salud de la mujer y las Matronas

**Elaboración de registros:
Hoja de valoración inicial**

El Aborto: Una decisión importante

**Planes de cuidados de enfermería en pacientes
sometidos a la implantación de Marcapasos**

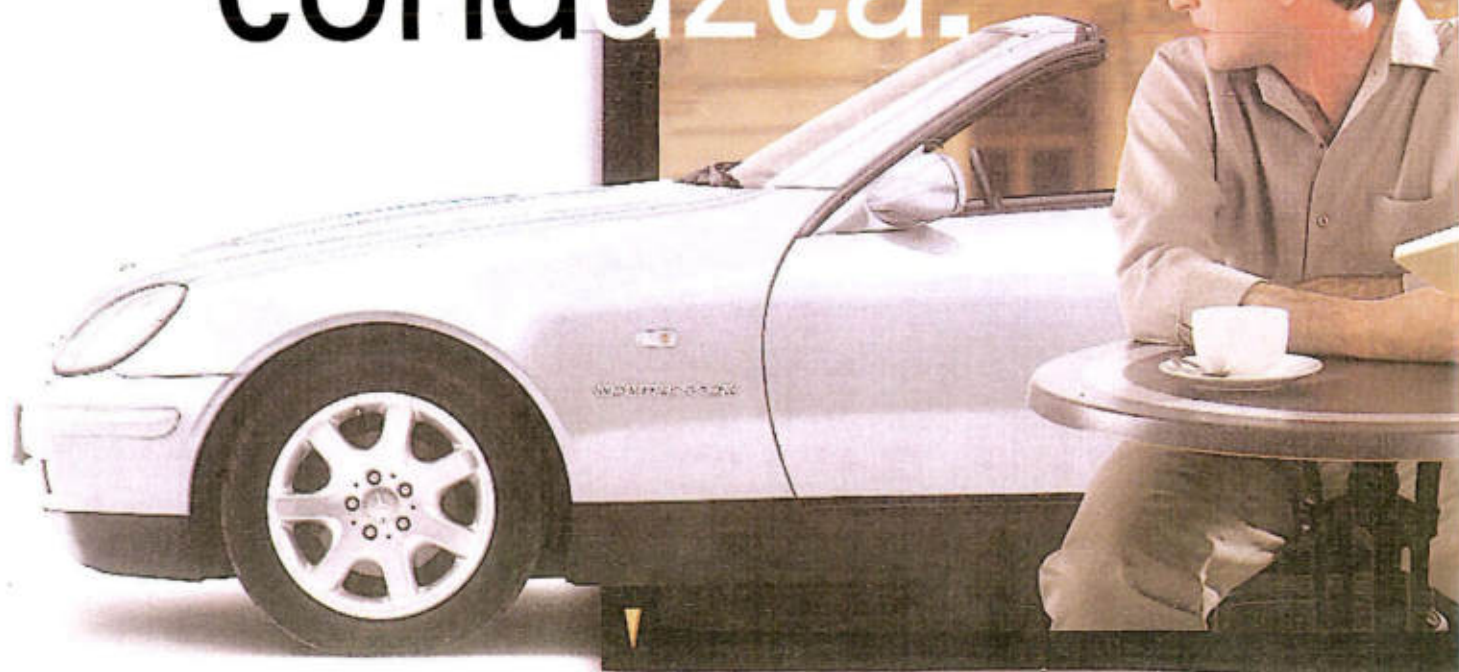
**Necesidad del alta hospitalaria de enfermería en
Atención Primaria**

**Evaluación de riesgos laborales en un taller de
carpintería**

**Seguimiento del paciente con Síndrome de
Apnea del Sueño (P.A.E.)**

Crédito Coche 100x100
CAJA MADRID

No sueñe.
Conduzca.



Aparque sus sueños y súbase al coche que siempre ha deseado. Ahora ya puede hacerlo. Con el Crédito Coche 100x100 **CAJA MADRID** le financiamos hasta el 100% del importe del coche y del seguro**. Desde un importe mínimo

7'91%
TAE*

de 1.500.000 pta. y un plazo mínimo de 60 meses, le ofrecemos un interés nominal del 7% y una TAE del 7'91%. En **CAJA MADRID** cumpliremos sus sueños, tengan la potencia que tengan.



902 2 4 6 8 10

www.cajamadrid.es

R.B.E: 367/99. *TAE 7'91% calculada para 1.500.000 pta. con un tipo de interés nominal del 7%. Plazo mínimo 60 meses.
Comisión de apertura 1'5%. Sin comisión de estudio.
**Financiación del seguro exclusivamente para clientes que lo contraten con Mapfre y sólo durante el primer año.



CAJA MADRID

LA SALUD DE LA MUJER Y LAS MATRONAS

El trabajo no es solo lo que hace la gente, sino además las condiciones en que se realiza la actividad y su valor social en un contexto culturalmente determinado. Esto implica que a todo trabajo, toda profesión, se le atribuye un reconocimiento social que nos va a servir para entender por qué algunas actividades se consideran más importantes que otras. Los/as Enfermeros/as Especialistas en Enfermería Obstétrica ginecológica, las Matronas/os no se escapan de esta concepción del trabajo, así nuestra actividad no está referida solo a lo que hacemos materialmente, sino que se ve condicionada y etiquetada por los contextos donde la desarrollamos y por la valoración social que se le otorga. Nuestro quehacer diario (asistencia, administración, docencia, investigación) se ven inmersos y a su vez se convierte en un componente básico de nuestra identidad como Matronas/os. Manejamos en nuestro lenguaje frases como -pertenezco a... soy considerada como... me siento parte de... que vienen a expresar nuestra directa exteriorización de la pertenencia a un nosotros/as las/os Matronas/os, que derivan de algo más que la simple pertenencia a un proceso de trabajo concreto, diferenciado de otros. Esta identidad Matrona/o que tradicionalmente venía cristalizada por la actitud de ayuda y asistencia a la mujer durante su embarazo, parto y puerperio, se nos ha quedado algo reducida y desbordada por el desarrollo técnico, económico, político y social, que somete a una mayor presión a los sistemas de atención sanitaria y que nos obliga a la asunción de nuevos horizontes profesionales, y que se acompañan de tan añorado aumento de autonomía profesional. Pero necesariamente tienen que estar traducido, acompañado y garantizado por una formación tanto pregrado como posgrado más coherente de liderazgo y otros cargos de responsabilidad en la docencia investigación y ejercicio de la profesión. Actualmente no estamos en una situación ideal, pasamos por una especie de transición, donde por un lado estamos abandonando pensamientos, ideas, valores y creencias atávicos y descontextualizados, guiados quizás por la presunción de ese pensamiento exclusivamente asistencialista y en la mayoría de los casos bajo la subordinación a otros profesionales. No hemos conseguido que las mujeres reciban

una atención de primera calidad, como es nuestro deseo, y más aún cuando se trata de mujeres de edad avanzada, inmigrantes, incapacitadas o pobres.

La salud de la mujer ha sido considerada desafortunadamente como salud de la reproducción y se sigue separando por una línea imaginaria a la pelvis, del resto del abdomen, sin caer en la cuenta, de que ya no somos profesionales sólo de la reproducción humana sino que nuestro ámbito de trabajo se ha ampliado. Estamos al lado de la mujer en cualquier fase de su ciclo vital, incluido por supuesto el período reproductivo, pero no de forma exclusiva.

La formación de las nuevas Matronas/os se ha visto alterada por esta situación y ha pasado a dar respuesta a las nuevas demandas, su forma y contenidos han cambiado para adaptarse mejor a esta nueva situación social que nos exige nuevas demandas de salud hacia la mujer y el grupo humano, más integral y completa.

Debemos aumentar nuestras perspectivas de forma progresiva y continua, con un gran porcentaje de iniciativa propia y no solo impuesto desde otras instancias, como venía siendo normal hasta ahora, y abarcando dimensiones como la adolescencia, sexualidad, nutrición, anticoncepción, preconcepción, reproducción asistida, concepción genética, ejercicios, estilos de vida, menopausia que nos permita además de profundizar en las tradicionales funciones, ampliarnos el campo de actuación.

Este mayor esfuerzo no sólo va destinado a los nuevos profesionales, sino que nos abarca a todas/os permitiendo así el avance de nuestra profesión y nos aleje cada vez más de una defectuosa actualización permanente, falta de ideas, recelos de otros profesionales, mitificación de tareas concretas (como el parto), aislamiento, falta de motivación, y que nos haga reflexionar sobre nuestro trabajo diario y rechazar esa queja rutinaria y estéril que a veces utilizamos de forma inconsciente. Sirviéndonos como guía en la voluntad y responsabilidad de capacitarnos para ser mejores Matronas.

M^o José Espinaco Garrido

Vocal de Matronas. Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla.

EDITA

Ilte. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

José María Rueda Segura

SUBDIRECTOR

Francisco Baena Martín

DIRECCIÓN TÉCNICA

Miguel Ángel Alcántara González

CONSEJO DE REDACCIÓN

Carmelo Gallardo Moraleda

M^o Dolores Ruiz Fernández

M^o Josefa Espinaco Garrido

Amelia Lerma Soriano

M^o Fernanda Fuentes Paniagua

Antonio Hernández Díaz

Alfonso Álvarez González

Encarnación Jiménez García

Hipólito Gallardo Reyes

TIRADA

8.500 ejemplares

ISSN

1.137-7178

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, 10

Teléfono: (95) 493 38 00

Página Web: www.ocenf.org/sevilla

Correo Electrónico: coleg41@smail1.ocenf.org

MAQUETACIÓN, FOTOMECAÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.

Tel. 95 435 00 03/Fax 95 443 46 24

Sumario

HYGIA

Nº 43

tres

La salud de la mujer y las Matronas

cinco

Elaboración de registros: Hoja de valoración inicial

diez

El Aborto: Una decisión importante

quince

Planes de cuidados de enfermería en pacientes sometidos a la implantación de Marcapasos

veinticuatro

Necesidad del alta hospitalaria de enfermería en Atención Primaria

treinta

Evaluación de riesgos laborales en un taller de carpintería

treinta y ocho

Seguimiento del paciente con síndrome de Apnea del sueño (P.A.E.)

José Luis Santos
Serrano
Colegiado nº 2.545
Título:
"Rincón
olvidado"



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

Elaboración de Registros: Hoja de Valoración Inicial

Susana Romero Carmona¹
Pilar Limpo de la Iglesia²
Carmen Cosano Sojo²
Paula Baños Martín²
M^a José Cabrera Aguera²

¹Enfermera Directora de la Unidad de Gestión de Cuidados Enfermeros (UGCE). Hospital Duques del Infantado (Sevilla).

²Diplomadas en Enfermería. Unidad de Gestión de Cuidados Enfermeros (UGCE). Hospital Duques del Infantado (Sevilla).

INTRODUCCIÓN

Somos un grupo de profesionales que decidimos voluntariamente incorporar los elementos de gestión a nuestro trabajo, asumiendo poco a poco mayores niveles de autonomía y, como consecuencia, una mayor responsabilidad sobre los resultados del que hacer diario.

Las características que definen a la Unidad de Gestión de Cuidados Enfermeros (UGCE), se podrían resumir:

*Misión y líneas estratégicas.

La misión de nuestra Unidades el diagnóstico-plan de cuidados de las alteraciones para satisfacer necesidades básicas relacionadas con los problemas de salud de los pacientes.

El equipo de enfermería de la unidad tiene como foco de sus intervenciones las citadas a continuación:

- .-Las alteraciones de los pacientes para satisfacer sus necesidades básicas.-Los déficits de autocuidado de los pacientes y, en su caso, de su cuidadora principal.-Las necesidades de los cuidados derivadas de las intervenciones médicas o de otros profesionales
- .-La coordinación entre los dife-

rentes servicios sobre el paciente

- .-La continuidad de los cuidados

La unidad debe ofrecer las siguientes garantías a sus pacientes.

- .-La ayuda necesaria para compensar los problemas relacionados con la satisfacción de sus necesidades básicas

- .-La mejora de sus propios recursos de autocuidado y adaptación

- .-Su participación en el plan de cuidados para lo que recibirá la información necesaria para seleccionar entre alternativas y tomar decisiones

- .-El mantenimiento de los vínculos con su medio social conforme a sus características y deseos.

- .-Cuidados sustentados en los principios de la ética profesional y en los conocimientos científico-técnicos, incorporando sus progresos.

Las líneas estratégicas de la Unidad de Gestión de Cuidados de Enfermería son las siguientes:

- .-Cuidado individualizado y sistemático a través del proceso de enfermería y de la asignación de



Equipo integrante de la UGCE

una enfermera responsable de cada paciente.

- .-La normalización de la práctica por medio de la estandarización de planes de cuidados para los principales tipos de pacientes ingresados en la unidad.

- .-La continuidad de cuidados a través de la cumplimentación rigurosa de los registros de cuidados y de estrategias de comunicación con los diferentes niveles y sectores.

- .-La satisfacción de los clientes tanto externos como internos a través de la exploración de sus necesidades y expectativas y de evaluar la conformidad con las mismas.

- .-La mejora de la eficacia y efectividad promoviendo la formación continuada, la investigación y la mejora de la continua de los procesos.

.-La preocupación por la eficiencia, para la cual se mantendrá activamente el sistema de información sobre producto y coste que permita diseñar objetivos de mejora.

*Integración voluntaria y aceptada por todos los miembros de la unidad.

*Existencia de un responsable.

*Cartera de servicios. Forman parte las acciones cuidadoras es una descripción clara y concisa de los procedimientos enfermeros que permiten expresar su identificación y ponderación. En el proyecto Signo II se recogen mas de 300 diferentes de las cuales se eligieron ó adecuaron unas 120 acciones cuidadoras diferentes que forman la cartera de servicio de nuestra unidad. Trabajando con una metodología que permite a Enfermería identificar los problemas de salud y dar respuesta a los mismos de una forma organizada y planificada con la utilización de los Planes de Cuidados Estandarizados.

*Cartera de Clientes:

- .-Pacientes de medicina interna con pluripatología.
- .-Pacientes crónicos.
- .-Pacientes seniles con patología asociada.
- .-Pacientes con patología infecciosa y procesos sistémicos.
- .-Pacientes paliativos oncológicos.

*Capacidad de asumir de manera autónoma la organización de la unidad.

*Con posibilidad de evaluación continua de calidad

*Con posibilidad de asignar recursos a través de un Presupuesto de Gastos.

*Deben de establecer mejoras significativas en relación de los usuarios.

El pertenecer a una UG(Unidad de Gestión) no significa cambios en el

tipo de relación contractual, pero sí significa que nosotros los profesionales podemos diseñar, de forma progresiva, la organización interna de la Unidad, constituyéndose equipos cohesionados y motivados. En nuestra Unidad se crearon cinco grupos de trabajos para la elaboración de nuestro "conjunto mínimo básico de datos de enfermería (CMBDE)" definidos en el acuerdo de la Unidad de Gestión (UG):

*Hoja de Valoración Inicial.

*Hoja Recomendaciones al Alta de enfermería.

*Planes de Cuidados Standarizados.

*Gráficas.

*Nosocomiales, UPP (úlceras por presión).

Nuestro grupo, abordó la elaboración de la Hoja de Valoración Inicial, perteneciente CMBDE, comenzando en Mayo del 99.

JUSTIFICACIÓN

La finalidad que nos planteamos con este formato, fue la identificación "a primera vista" de cómo llega el paciente, que facilitara su lectura posterior y nos acercara a identificar los problemas o diagnósticos enfermeros; que fuera simple, gráfica, atractiva, completa y que motivase a su cumplimentación.

Al mismo tiempo es una herramienta que nos aproxima a un lenguaje común, sencillo y práctico, siendo aceptado por todos los profesionales y adaptándola a las necesidades de nuestra unidad.



Enfermería participa activamente en el plan de cuidados.

OBJETIVOS

1. Recopilación de datos.
2. Unificación de criterios.
3. Facilitar el acceso a diagnóstico/problemas enfermero.
4. Cumplimentación en el 100% de los ingresos.
5. Mínimo tiempo invertido en la cumplimentación.
6. Identificación rápida de necesidades/problemas del cliente paciente.
7. Seguimiento del paciente en las primeras 24 horas.

MATERIAL Y MÉTODO

Nuestro método de elaboración de registro "HOJA DE VALORACIÓN INICIAL" se ha basado fundamentalmente, en nuestra necesidad de recopilar una serie de datos concretos y precisos para evaluar la situación de llegada del paciente/cliente a nuestra Unidad.

Estos datos debían ser fácilmente recogidos y plasmados, dándonos una visión sobre el papel de la situación real de cómo llega el paciente/cliente a nuestra unidad. De igual manera, nos debían marcar la pauta de los cuidados que

precisara durante su estancia, y su registro correspondiente (PATRONES DE CUIDADOS Ó PLANES DE CUIDADOS)

Nuestro método ha cogido como base los Círculos de Calidad, que son, según definición de Víctor Rius Femosas:

"Grupos de trabajo formado por voluntarios de una misma unidad operativa que, ayudados por una metodología, dedican su esfuerzo común a detectar y analizar sus problemas, buscar y mejorar sus propuestas y elaborar los mecanismos de retrocontrol para mantener la mejora de calidad obtenida. Se realizaron reuniones periódicas en las cuales se valoraban y recopilaban nuevos datos que daban forma al siguiente prototipo en total se confeccionaron seis.

Estos prototipos se ponían en circulación para valoración por parte de todos los miembros del equipo, que con sus nuevas aportaciones, se daba forma al siguiente prototipo.

La experiencia de todos los profesionales que formamos parte de la Unidad, es la base de la construcción de nuestra HOJA DE VALORACION INICIAL haciéndola original en todos sus conceptos.

RESULTADO Y CONCLUSIONES

Como conclusión diremos que todos los objetivos propuestos por el grupo se han alcanzado con la elaboración de La Hoja De Valora-

ción Inicial. El producto al que hemos llegado no es el definitivo, ya que seguimos abiertos a modificaciones, siempre que estas sirvan para mejorar nuestro trabajo y en consecuencia el de todos.

AGRADECIMIENTOS

Esta hoja que hoy os presentamos. Ha sido pues, gracias a la colaboración inestimable de todos nuestros compañeros, a quienes desde aquí, aprovechamos para expresarles nuestro más sincero agradecimiento, y compartir con ellos el producto que os presentamos. Ellos nos han aportado sugerencias y nos han apoyado desde el primer momento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 PLANES DE CUIDADOS DE ENFERMERIA MODELO DE REFERENCIA. Métodos e instrumentos. Antonia María Tomás Vidal. Editorial Olama.
- 2 MANUAL DE DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. Lynda J. Carpenito. Editorial Interamericana. año 1995, 5ª edición.
- 3 DOLOR. MANUAL CLÍNICO PARA LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA. Margo Mcffery, Alejandre Beebe. Editorial Salvat, edición 1992.
- 4 ACTUACIONES DE ENFERMERIA ANTE LAS ULCERAS Y HERIDAS. Juan Carlos López Corral. Editado por Luzaris S.A. ediciones (laboratorios Knoll) 1992.



Servicio Andaluz de Salud
H.H. U.U. "Virgen del Rocío"

HOJA DE VALORACION INICIAL DE ENFERMERIA

NOMBRE
EDAD
SEXO
N.H.C.....N.S.S.....

HAB.....

CAMA

FECHA//.....

DIAGNOSTICO.....

FUNCION RESPIRATORIA

MOTIVO DE INGRESO.....

AUTONOMA☐ ALTERADA☐

OXIGENO NO☐ SI☐

TRAQUEOTOMIA NO☐ SI☐

ASPIRACION SECRECIONES NO☐ SI☐

ALERGIAS NO CONOCIDA.....☐

CONOCIDAS.....☐

DOLOR

AGUDO☐ CRONICO☐

ZONA

ANALGESIA NO☐ SI☐

ANTECEDENTES.....

ESTADO NEUROLOGICO

TRATAMIENTOS PREVIOS

ANTICOAGULANTES NO☐ SI☐

PROXIMO CONTROL (.../.../...) DOSIS.....

ANTIHIPERTENSIVOS NO☐ SI☐

ANTIDIABETICOS NO☐ SI☐

OTROS.....

CONSCIENTE☐ INCONSCIENTE.....☐

ORIENTADO☐ DESORIENTADO☐

COLABORADOR☐ AGITADO☐

OBNUBILADO☐ COMATOSO☐

OTROS.....

APORTES I.V NO☐ SI☐

CAPACIDADES

TIPOS DE CATETER / COLOCACION / FECHA

CORTO.....☐ / CENTRAL☐ (.../.../...)

LARGO.....☐ / PERIFERICA☐ (.../.../...)

OTROS.....☐ / C. PERIFERICA.....☐ (.../.../...)

MOTRIZ: INTEGRA.....☐ AFECTADA.....☐

COMUNICATIVA: INTEGRA.....☐ AFECTADA.....☐

SENSORIAL:

AUDITIVA: INTEGRA.....☐ AFECTADA.....☐

VISUAL: INTEGRA.....☐ AFECTADA.....☐

TACTIL: INTEGRA.....☐ AFECTADA.....☐

ZONA DE PUNCION

VIA PERMEABLE AL INGRESO: NO☐ SI☐

LIMITACIONES

INGESTA

FISICAS☐ PSIQUICAS.....☐

DIETA.....

AUTONOMA.....☐

CON AYUDA PARCIAL.....☐ TOTAL.....☐

NE.....☐ S.N.G.....☐ OTRA.....

FECHA DE COLOCACION (.../.../...)

PERMEABLE NO☐ SI☐

PROTESIS FISICAS

NO☐ SI☐ TIPO.....

ELIMINACION

HIGIENE

AUTONOMA.....☐

AUTONOMA.....☐

CON AYUDA PARCIAL.....☐ TOTAL.....☐

CON AYUDA PARCIAL.....☐ TOTAL.....☐

INCONTINENCIA: VESICAL.....☐

INTESTINAL.....☐

ESTREÑIMIENTO.....☐

ALTERACION DEL SUEÑO

SONDA VESICAL☐ N°.....TIPO.....FECHA(.....)

NO☐ SI☐ TT°.....

PERMEABLE NO☐ SI☐

MEDIOS FISICOS.....

OSTOMIA.....☐

El Aborto: Una decisión importante

Víctor Bohórquez Sánchez

Diplomado en Enfermería. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El aborto, es la interrupción del embarazo antes de las 21 semanas, constituye una alternativa, quizás la más conveniente, para muchos jóvenes y adolescentes que no pueden enfrentarse a la crianza y educación de un hijo. Cada año aumenta el número de abortos en este sector poblacional, la cuestión obligada es por qué, las causas son las respuestas. Siempre existe la pregunta del aborto, pero pocas son las soluciones que se han visto, en este breve estudio he intentado mostrar ciertas inquietudes.

En 1995, 1.812 jóvenes de 20 a 24 años se sometieron a la interrupción voluntaria del embarazo, lo que suponía el 13,8% del total de abortos de aquel año; en 1997, 2.181 jóvenes se han sometido a la interrupción voluntaria del embarazo, lo que suponía el 27,8% de ese año. Hace doce años, en 1987, el porcentaje adolescente era del 12,41%, aunque el número de abortos en el ámbito nacional ha seguido en claro aumento, las franjas comprendidas entre los 25 a los 44 años se han mantenido estables, son las franjas comprendidas entre los 15 a los 24 años los que más han aumentado.

nen por primera vez un aborto; que prácticamente todas las jóvenes se encuentran paradas o son estudiantes cuando les surge el problema; y que normalmente no acuden a un Centro de Planificación Familiar para obtener algún tipo de orientación sobre el tema; según los datos de 1993, 1994 y 1996 recogidos por el Servicio de Información y evaluación Sanitaria de la Junta de Andalucía durante los años 1996, 1997, es evidente la necesidad de un estudio detallado sobre la cuestión, la consecución de posibles medidas y la puesta en práctica de las mismas para paliar el problema.

JUSTIFICACIÓN

Juventud y adolescencia son dos palabras que abarcan un amplio sector de la población y que se han convertido en habituales para analizar cualquier problema social. Si ese problema, además, hace referencia a los embarazos no deseados, la preocupación se hace más evidente. Según los últimos estudios realizados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), el porcentaje de abortos entre los adolescentes se incrementa de forma paulatina.

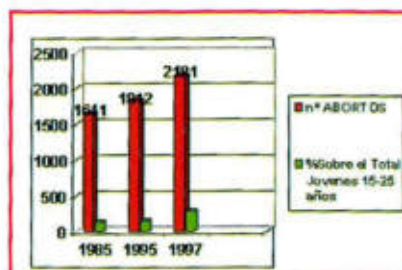
OBSERVACIONES

Datos estadísticos

Si a estos datos se añade el hecho que en Málaga, Granada, Cádiz y Sevilla, según este orden, son las provincias con mayor número de abortos entre jóvenes en el ámbito geográfico de Andalucía; que la mujer soltera es la mayor demandante de interrupciones voluntarias; que el nivel de instrucción en el sector de edad analizado está entre 5º Primaria, 2º ESO y COU cuando tie-

“El embarazo en la juventud no puede entenderse dentro de un marco puramente biológico sino que debe considerarse

GRAFICO 1



como una categoría social."

Un informe recogido de la reunión de la Organización Mundial de la Salud -OMS- realizada en Ginebra en 1975, "El Embarazo y el Aborto en la Adolescencia", recoge los factores que pueden influir en el aumento de los embarazos no deseados en las adolescentes, factores que, por otra parte no han variado mucho desde entonces y que, pese a los progresos poblacionales y las campañas realizadas, pueden aplicarse actualmente sin que puedan considerarse retrógrados. El tratado señala en primer lugar que el hecho del embarazo en la juventud "no puede entenderse dentro de un marco puramente biológico sino que debe considerarse como una categoría social cuya composición y sus implicaciones están sujetas a cambios en función de las interacciones de la tradición, las instituciones sociales y los valores imperantes". Hoy en día, los temas sexuales no constituyen un tabú para la sociedad, si bien sigue existiendo cierta prudencia al tratarlos, las prácticas incestuosas, los grupos homosexuales, los vídeos pornográficos, los lugares especializados, e incluso la prác-



Los métodos anticonceptivos más utilizados por la mujer para la interrupción del embarazo

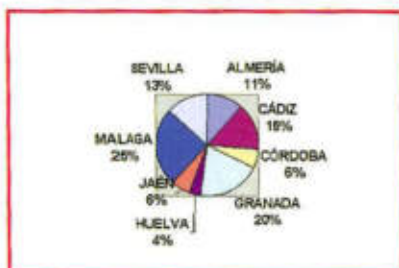
tica del sexo se ha convertido en mera práctica sin que ello dé lugar a ningún tipo de tapujos, es algo totalmente normalizado por los medios de comunicación. En definitiva, "la cultura juvenil a la que están expuestos suele guardar pocas analogías con el contexto tradicional en el que se movían anteriormente los adolescentes".

COMENTARIOS

La curiosidad por experimentar nuevas sensaciones en torno a prácticas sexuales suele conducir en muchos casos a adelantar, excesivamente en algunas situaciones, la primera experiencia sexual. Esto influye directamente en el desconocimiento o conocimiento parcial de los métodos de anticoncepción, lo que provoca un aumento de equivocaciones que repercuten en las posteriores consecuencias respecto a embarazos no deseados, como quedaba reflejado en las expresiones del Dr. Dueñas en la entrevista mantenida con él en noviembre de 1997: "Los adolescentes y los jóvenes son el sector de la población más preocupante en torno a abortos ya que no utiliza o no lo hace correctamente los métodos anticonceptivos".

Otra de las causas que intervienen en el hecho de se haya disparado en España la tasa de embarazos de solteras menores y que una tercera parte acabe en aborto es la falta de precauciones en las relaciones sexuales esporádicas de los jóvenes, circunstancia agravada, de nuevo, por el desconocimiento o falta de interés informativo respecto a los métodos para evitar un embarazo o las alternativas existentes para no recurrir en primera instancia a la interrupción de la gestación como único remedio. Opciones que ya especifica el texto anteriormente referido de 1975, tales como el nacimiento del niño fuera del embarazo sin que ello signifique deshonra alguna para nadie;

GRAFICO 2



adopción, ceder el niño a unos padres adoptivos remarcando "la importancia de los servicios sociales destinados a ayudar a los jóvenes", pues las consecuencias psíquicas que se derivan pueden llegar a ser graves; matrimonio, aunque la viabilidad de estos haya sido muy cuestionada según el informe: "teniendo en cuenta la promesa de seguridad económica y de legitimación social que ofrece, es fácil comprender su atractivo para la joven y la familia. No obstante, los estudios realizados sobre estos matrimonios indican que pueden representar una respuesta paliativa transitoria en vista de las grandes probabilidades de que acaben separándose". Alternativas obstaculizadas por las presiones sociales y familiares que la madre o la pareja, según los casos, encuentran, incapaces de recibir el apoyo de la familia necesario, condicionantes así de las posteriores decisiones respecto a éstas.

"Ningún valor es tan absoluto que no pueda en casos excepcionales entrar en conflicto con otro valor"

Ambos puntos están en relación directa con la educación familiar y los factores económicos que condicionan a los jóvenes, hecho que también pone de manifiesto el informe de la reunión. En grupos sociales donde el concepto de aborto esté totalmente aceptado y no contrario a los principios éticos o morales, es evidente que recurrir a esta opción no derivará en consecuencias negati-



La frialdad que demuestra una consulta de planificación en un centro de Salud.

vas para ninguno de los implicados, e incluso para las personas que forman el contexto. Sin embargo, en familias de tradición religiosa, particularmente la católica, las actuaciones que se escojan para solventar el obstáculo han de estar en íntima correspondencia con los principios religiosos que la persona acepta al entrar en una comunidad concreta con valores específicos. Dos libros: uno de ellos es el Arte de amar de Erich Fromm publicado en 1992, y el otro El derecho de nacer. Crítica de la Razón Abortiva publicado en 1995 por el Centro Cristianisme i Justícia de Barcelona pone de relieve claramente los preceptos que se deben de seguir en caso de embarazo no deseado en un contexto religioso: "No ser en absoluto capaz de considerar el valor de algo, sólo porque me quita sitio o me molesta, o porque vivimos en una sociedad que las cosas no tie-

nen más valor que el valor "otorgado", es el modo de argumentar de la razón abortiva. Aunque también reconoce que "ningún valor moral es tan absoluto que no pueda en casos excepcionales entrar en conflicto con otro valor, y menos en situaciones estructuralmente injustas. La pretensión de que valores morales humanos sean tan absolutos como el mismo Dios es absurdo".

"Referirse que la cuestión del aborto es exclusivamente un problema moral es absurdo, hoy día más del 90% de mujeres que mueren en prácticas abortivas son pertenecientes al tercer y cuarto mundo, con lo cual se prueba la ausencia de exclusividad de un problema moral."

En cuanto a los factores económicos es ostensible que diferencias entre los distintos sectores poblacionales también afecten a la juventud. No hace falta un estudio riguroso, basta acudir a los datos estadísticos, para deducir que la mayoría de jóvenes que quedan embarazadas a corta edad son estudiantes o se encuentran en desempleo, por tanto, la mejor opción para no afrontar un nuevo problema, que exige cierto nivel adquisitivo, es el aborto. En un ámbito geográfico más amplio la cuestión económica es determinante en cuanto al número de interrupciones que se efectúan. Es decir, en países desarrollados las posibilidades de tener el hijo, no son dificultades, y criarlo en condiciones aceptables es mayor que en los subdesarrollados donde la propia supervivencia personal prima y el mantenimiento del niño queda relegado a un segundo plano, así pues la tasa de abortos es más elevada: "más del 90% de mujeres que mueren en prácticas abortivas pertenecen al tercer y cuarto mundo. Este dato enseña que hoy la cuestión del aborto no es exclusivamente un problema moral, también es un problema económico-social.", expresa el tratado cristiano.

RESUMEN

En todo el desarrollo he intentado mostrar la gran preocupación existente dentro de todos los campos, e intentar analizar el problema, no solo desde el



Los Centros de Salud deben ser la puerta de entrada de los jóvenes hacia una planificación familiar consciente.

punto de vista moral sino también desde el punto de vista social. Mi mas grato deseo es que este trabajo sirva para ver que estamos ante un problema multidisciplinar, y que de su solvencia, estará el desarrollo de las generaciones futuras, el sometimiento de la mujer y su liberación, desde la óptica social y civil, y la mayor recompensa de los niveles sanitarios por cumplir una visión socio-moralista, aunque, pudiera ir en contra de convencimientos religiosos. Los puntos a reseñar serían:

- El aumento que ha venido teniendo las prácticas abortivas en la Comunidad Autónoma andaluza.
- El elevado nº de abortos que se producen en las personas de menor edad, siendo los mayores índices en el grupo social comprendido entre los 15 a los 24 años.
- La falta de planes relacionados con una mayor informa-

ción sobre los métodos anticonceptivos expuestos a los jóvenes.

- Exponer a los padres su total implicación en la educación sexual a sus hijos.
- Mayor implicación por parte de las administraciones públicas, con respecto a la realización de prácticas sexuales en determinados lugares, que de alguna manera incidan en el control de los embarazos no deseados.
- Exponer claramente las inquietudes sanitarias sobre las prácticas abortivas, y su mayor intervención en la resolución de las preocupaciones de los jóvenes.
- Mayor acercamiento por parte de las Consejería de Salud, de los métodos que de alguna manera ayuden a controlar estos embarazos.

AGRADECIMIENTOS

Doña M^a José CUADRI FERNANDEZ . Profesora titular de Enfermería Maternal. Escuela Universitaria de Enfermería "Virgen del Rocío" (Sevilla), Dr. D. José María CARRANZA,

Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario "Virgen del Rocío" (Sevilla). Dr. D. José DUEÑAS, Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Universitario "Virgen Macarena" y Profesor Titular de la Facultad de medicina de la Universidad

de Sevilla, Padre Santiago CERRATO CACERES, Sacerdote de la Congregación Claretiana y Profesor titular del Colegio "San Antonio M^a Claret" y a Doña Rocío VILLASVERDE MIURA. Diplomada en Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. FINNIS, Job. THONSON, J. TOOLEY, Michael. " Debate sobre el Aborto. Cinco ensayos sobre filosofía moral". Editorial Cátedra. 1974.
2. HAROLD, J. MOROWITZ, J. TREFIL, J.S. "La Verdad sobre el Aborto ¿Cuándo empieza la vida humana?". Alcor. 1993
3. STAMLEY, Jr. CLAYTON, C. "Obstetricia". Editorial Salvat S.A. 1^a Edición 1981
4. STAMLEY, Jr. CLAYTON, C. "Ginecología".
5. Registro de I.V.E. de la Comunidad Andaluza de 1998. Consejería de Salud.
6. Registro de I.V.E. de la Comunidad Andaluza de 1993,1994 y 1996. Consejería de Salud.
7. Planes de actuación en relación con I.V.E. Ministerio de Sanidad.
8. CEFRIAN, C. MARTINEZ TEN, C. SERRANO, I. "La cuestión del aborto". Editorial Icaria. Barcelona. 1986.
9. El embarazo y el aborto en la adolescencia. Informe de una reunión de la OMS. Ginebra. 1975.
10. GONZALEZ FAUS, J.I. "El derecho de nacer". Cristianisme i Justicia. Barcelona. 1995.
11. BEDOYA, J.M. "Obstetricia práctica". Universidad de Sevilla. 1977.
12. ATKINSON, Leslie D. "Proceso de Atención de Enfermería". Ediciones el manual moderno S.A. de C.V. México D.F. 1985.
13. HAMILTON, D. "Asistencia Materno-Infantil de enfermería". Ediciones Salvat, 5^a edición. 1983.
14. LANGMAN'S MEDICAL EMBRIOLOGY. Ediciones panamericanas S.A. 1993
15. CAMPBELL, Claire. "Tratado de Enfermería, Diagnóstico y Métodos". Editorial Doyma. Madrid. 1986.
16. Servicios de la hemeroteca del Instituto de la Mujer; artículos obtenidos de diferentes periódicos de ámbito nacional y regional de España en 1999 con referencias al aborto.

Planes de Cuidados de Enfermería en pacientes sometidos a la implantación de Marcapasos

Antonio Márquez Alfonso¹
Susana Romero Carmona²

¹Enfermero. Unidad de Gestión de Cuidados Enfermeros (UGCE). Hospital Duques del Infantado (Sevilla).

²Enfermera. Directora de la UGCE. Hospital Duques del Infantado (Sevilla).

INTRODUCCIÓN:

Los marcapasos son generadores alimentados por pilas que inician y controlan la frecuencia del corazón mediante el suministro de impulsos eléctricos al miocardio por medio de un electrodo. La implantación de electrodos miocárdicos se inicia cuando el paciente tiene un bloqueo AV sintomático.

La implantación del marcapasos puede llevarse a cabo para un control temporal o a largo plazo de los pasos. El control cardíaco temporal es empleado con más frecuencia para propósitos hemodinámicos o de preservación de la vida. Terapéuticamente, las indicaciones para su uso incluyen el control profiláctico del bloqueo cardíaco completo y el control sintomático de las bradiarritmias. Además, es una medida de urgencia para contrarrestar el mal funcionamiento de un marcapasos implantado de forma permanente. El marcapasos cardíaco permanente está indicado ante la continua presencia de bradiarritmias sintomáticas.

El método de implantación depende de si la estimulación será temporal o permanente:

1.- Introducción transvenosa o endocárdica. Técnica empleada con más frecuencia para la estimulación temporal; el catéter provisto de electrodo se introduce en

el ventrículo derecho a través de una vena periférica. El electrodo se conecta entonces a un generador de pulsaciones externas, alimentado por una pila que puede ser modificado manualmente para establecer el modo de la estimulación, ya sea directa o a demanda.

2.- Marcapasos transvenoso permanente. Es un procedimiento empleado con mayor frecuencia para la inserción de un marcapasos permanente; el catéter provisto de electrodo se introduce en el ventrículo derecho a través de una disección de la vena cefálica o por medio del método percutáneo en la vena subclavia o en la vena yugular interna o externa. El catéter con electrodo se conecta después a un generador de pulso de pequeño tamaño, sellado y alimentado por una pila que se implanta subcutáneamente en el hombro o en el cuadrante superior izquierdo.

Con el objetivo primordial de proporcionar una atención integral al paciente sometido a la inserción de marcapasos y con ello contribuir a una mejora de la calidad asistencial, elaboramos el Plan de Cuidados de Enfermería que es la esencia de nuestra profesión. Es un método de solución de problemas cuya finalidad es satisfacer las necesidades asistenciales generales y de enfermería de los pacientes.



Electrodos de marcapasos

Los componentes del Plan de Cuidados son:

- 1.- La valoración sistemática del paciente para determinar su grado de bienestar general, identificar problemas de salud reales y/o potenciales y elaborar diagnósticos enfermeros.
- 2.- Elaboración de un plan asistencial que ayude al paciente en la resolución de los diagnósticos.
- 3.- Ejecución del plan de atención en sí mismo.
- 4.- Evaluación de la eficacia del plan de atención en la resolución de diagnósticos y la satisfacción de todas las necesidades asistenciales del paciente-cliente.

Estos componentes del plan de cuidados deben ser considerados como un todo el cual es cíclico y sus pasos están interrelacionados y son interdependientes y recurrentes.

El plan de cuidados contiene una recopilación de datos y toma de

decisiones en el cual se incluye la evaluación del paciente y la modificación subsecuente como mecanismos de retroalimentación que fomentan la resolución de los diagnósticos enfermeros

PALABRAS CLAVE

MARCAPASOS.

PLANES DE CUIDADOS.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA.

EDUCACION SANITARIA.

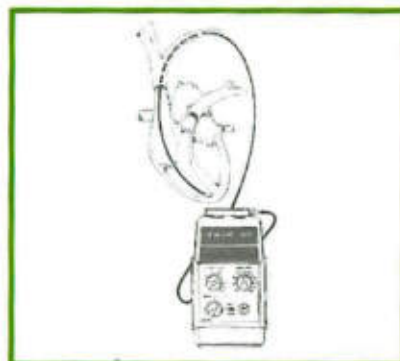
MATERIAL Y MÉTODO

Pautas de valoración:

A través de la valoración inicial, pretendemos obtener la máxima información útil para la posterior elaboración del plan de cuidados.

A) Patrón de percepción y mantenimiento de la salud:

- El paciente puede referir síncope, vértigos y mareos (enfermedad de Strokes-Adams).
- Si existe un fallo en el marcapasos, se produce además hipotensión, dificultad para respirar, en el ritmo del ECG se produce una pérdida de la espícula del marcapasos, cambios en el complejo QRS estimulado, reducción de la amplitud de la espícula del marcapasos así como competición entre el ritmo subyacente del paciente y los latidos estimulados y arritmias.
- Por desprendimiento del catéter se producen cambios en la configuración del QRS, pérdida de



Unidad de marcapasos temporal externa.



Radiografía de Tórax en un paciente con marcapasos.

la espícula del ECG, incapacidad para detectar el ritmo, hipo y contracciones rápidas musculares en el pecho o abdomen.

- En cuanto a la función del marcapasos, hay que valorar también la unidad del marcapasos, localización del generador de pulso, tipo de marcapasos, frecuencia seleccionada, intervalos de tiempo preprogramados (si es de doble cavidad).
- En cuanto al lugar de la incisión hay que valorar posibles signos y síntomas de infección como enrojecimiento, cambio de color, dolor, calor, hinchazón, acumulación de líquido, drenaje, lesión cutánea y elevación de la temperatura.
- El paciente puede estar bajo tratamiento por disritmias, por angina, arteriosclerosis, hipertensión o IC Congestiva.
- Puede informar de una historia de IAM, Cardiopatía Congénita o Cirugía Cardíaca.

B) Patrón de actividad y ejercicio:

- El paciente puede referir respiración entrecortada, fatiga e intolerancia a la actividad.

C) Patrón nutricional metabólico:

- Puede referir hinchazón de las extremidades y aumento de peso.

D) Patrón cognitivo y perceptual:

- El paciente puede referir palpitaciones y/o dolor torácico. Hay que valorar, por tanto, latidos ventriculares prematuros y taquicardia ventricular continua.

E) Patrón de autoimagen y autoconcepto:

- El paciente puede expresar preocupación por los cuidados y restricciones que deberá seguir.
- Puede expresar, asimismo, su preocupación sobre los cambios anticipados su imagen y funcionamiento corporal.

F) Hallazgos físicos a valorar antes de la inserción del marcapasos:

1.- Cardiovasculares:

- *Disritmias*: bradicardia, ritmos irregulares o taquicardias.
- Hipotensión.

- Ingurgitación venosa o distensión venosa-yugular.
- Sonidos cardíacos S_3 y S_4 .
- Reducción de los pulsos periféricos.
- Enlentecimiento del llenado capilar.

2.- Pulmonares:

Crepitantes, respiración entrecortada y disnea paroxística nocturna.

3.- Neurológicos:

Convulsiones, vértigos y síncope.

4.- Integumentarios:

Piel fría y húmeda y/o edemas.

5.- Gastrointestinales:

Agrandamiento hepático y/o reflujo hepatoyugular positivo.

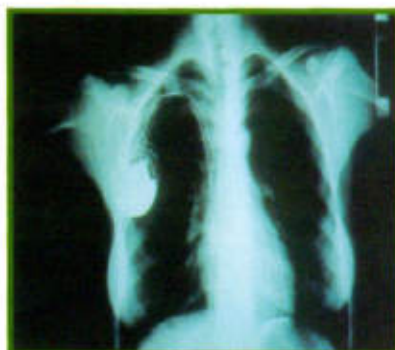
6.- Renales:

Aumento de peso por retención de líquidos.

Cuidados de enfermería anteriores al procedimiento:

1.- Iniciar la educación sanitaria del paciente/familia incluyendo la finalidad y las indicaciones de la implantación del marcapasos, los beneficios y los riesgos asociados.

1.a. Proporcionar información referente al modo y al tipo del marcapasos utilizado, al método de inserción e indicar que el procedimiento se lleva a cabo bajo anestesia local.



Radiografía de tórax en un caso de fractura de electrodo.



Radiografía de tórax en un caso de fractura del aislante.

1.b. Hacer énfasis en el cuidado postoperatorio incluyendo la necesidad de monitorización mediante el ECG durante 24 horas y la necesidad de restringir las necesidades durante 4 a 6 horas.

2.- Obtener un consentimiento informado por escrito.

3.- Enseñar al paciente los ejercicios pasivos de movimiento articular que debe efectuar en el postoperatorio.

4.- Llevar a cabo la preparación cutánea.

5.- No permitir que ingiera nada por vía oral.

6.- Instaurar una vía intravenosa.

7.- Obtener datos basales de valoración:

7.a. El ritmo del ECG subyacente.

7.b. Las constantes vitales y el nivel de conciencia.

8.- Verificar el funcionamiento del generador externo incluyendo la pila.

9.- Administrar la medicación preoperatoria prescrita.

Realización de planes de cuidados en función de los diagnósticos de enfermería

El siguiente plan de cuidados está realizado en función del formato de patrones-acciones cuidadoras que utilizamos en nuestra Unidad (U.G.C.E.: Unidad de Gestión de Cuidados de Enfermería) del Hospital Duques del Infantado, con las modificaciones pertinentes para su adaptación individualizada y específica al paciente sometido a la implantación de marcapasos.

Actualmente, en nuestra Unidad estamos en proceso de creación de los Planes de Cuidados individualizados y específicos en base a los GDR's (grupo relacionado con el diagnóstico) más prevalentes en ella.

U.G.C.E. HOSPITAL DUQUES DEL INFANTADO

Nombre..... Apellidos

Nº. Hª Hab.

PATRON-ACCION CUIDADORA: HEMODINAMICA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA 6 PROBLEMAS:

- Disrritmias potenciales relacionadas con mal funcionamiento del marcapasos o desplazamiento del catéter.
- Disminución del gasto cardíaco relacionado con perforación del ventrículo o fallo del marcapasos.

PRIORIDAD DE ENFERMERIA:

- Mantener un óptimo ritmo cardíaco.

OBJETIVOS:

- El paciente tendrá después de la operación unos signos vitales estables dentro de los límites normales.
- El paciente revelará ECG de sensibilidad, estimulación y tomas correctas del marcapasos durante la hospitalización.

ACTIVIDADES:

- Iniciar la monitorización cardíaca constante durante las 48 ó 72 horas siguientes a la inserción del marcapasos o según indicaciones.
- Anotar el tipo y frecuencia del marcapasos y la frecuencia y ritmo intrínsecos.
- Obtener y anotar registros gráficos del ritmo en cada turno.
- Notificar al médico si aparecen problemas con la iniciación o conducción del impulso.
- Controlar tensión arterial, latido apical y frecuencia respiratoria cada 4 horas y según prescripción.
- Mantener y anotar la permeabilidad de la vía.
- Mantener asimismo el reposo en cama con limitación de los cambios posturales.
- Elevar la cabecera de la cama de 30 a 45 grados durante 48 ó 72 horas.
- Administrar medicamentos cardíacos según indicaciones.
- Documentar la efectividad de los medicamentos y sus efectos secundarios.
- Obtener registros del ECG simultáneos de 12 derivaciones diariamente durante 3 días o según necesidades.
- Realizar ejercicios pasivos de amplitud de movimientos en el brazo afectado cada hora durante las primeras 24 horas del postoperatorio si se prescribe uso restringido del mismo

U.G.C.E. HOSPITAL DUQUES DEL INFANTADO

Nombre..... Apellidos

Nº. Hª Hab.

PATRON-ACCION CUIDADORA: ACTIVIDAD-MOVILIDAD/REPOSO-SUEÑO

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ó PROBLEMAS:

- Déficit de autocuidado (Uso del WC, baño parcial, alimentación y vestido) relacionado con reposo en cama y restricciones de actividad.
- Intolerancia a la actividad relacionado con su proceso.

PRIORIDAD DE ENFERMERIA:

- Proporcionarle ayuda para el baño, alimentación, vestido y uso del WC mientras se requiera su reposo en cama.

OBJETIVOS:

- El paciente aceptará la ayuda para su autocuidado mientras esté en reposo en cama.
- A las 72 horas del postoperatorio, el paciente reanudará las actividades normales de autocuidado.
- A los 3-4 días del postoperatorio, el paciente realizará eliminación intestinales normales sin esfuerzo excesivo.
- Antes del alta hospitalaria, el paciente tendrá un margen de movimientos máximo dentro de sus limitaciones.

ACTIVIDADES:

- Ayudar al paciente con el baño y la higiene oral diariamente y según necesidades.
- Elevar la cabecera de la cama según prescripción y a las horas de las comidas.
- Animar al paciente a mover el brazo afectado y a reanudar su autocuidado cuando ya no haya restricciones para el uso del mismo y reanudar su autocuidado.
- Administrar ablandadores de heces y laxantes según necesidades y prescripción.
- Aumentar la ingesta de fibras en la dieta.
- Facilitar al paciente la botella o cuña según necesidades.
- Alimentación e hidratación oral del paciente con ayuda parcial.
- Promocionar el reposo y sueño del paciente durante la noche.

U.G.C.E. HOSPITAL DUQUES DEL INFANTADO

Nombre..... Apellidos

Nº. Hª Hab.

PATRON-ACCION CUIDADORA: INTEGRIDAD DE TEJIDOS/INFECCIONES

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ó PROBLEMAS:

- Potenciar la infección relacionado con interrupción quirúrgica de la barrera cutánea.
- Alteración de la integridad de la piel relacionado con herida quirúrgica por inserción de marcapasos.

PRIORIDAD DE ENFERMERIA:

- Promover la cicatrización de la herida principal y prevenir o detectar pronto la infección.

OBJETIVOS:

- Después de un día de postoperatorio y durante toda la hospitalización, el paciente tendrá una incisión quirúrgica intacta y sin drenaje.
- El paciente se mantendrá afebril durante toda la hospitalización.
- En el momento del alta, el paciente tendrá un recuento de leucocitos dentro de los límites normales.

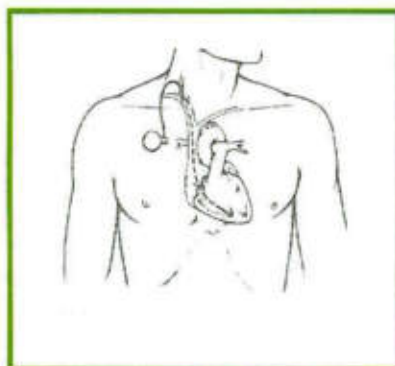
ACTIVIDADES:

- Controlar el drenaje del apósito.
- Inspeccionar la incisión tras retirar el apósito para detectar enrojecimiento excesivo, inflamación, calor y drenaje.
- Reforzar el apósito según necesidades cada 24 horas.
- Realizar cura de la herida diariamente y según necesidades.
- Controlar la temperatura corporal cada 4 horas.
- Administrar antibióticos según prescripciones.
- Realizar un cultivo si existe drenaje purulento.
- Controlar el recuento de leucocitos.

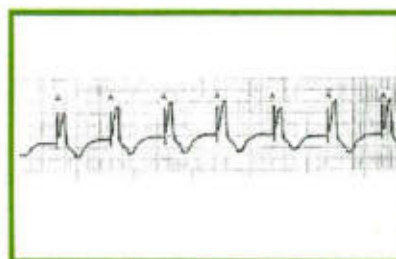
NORMAS PARA LA EDUCACION SANITARIA PACIENTE/FAMILIA

La educación sanitaria es una parte fundamental del Plan de Cuidados, ya que nos proporciona un instrumento para identificar el aprendizaje que el paciente y familia necesita respecto a la alteración o problema específico que sufren. En este caso, se basa en los siguientes parámetros:

- Debemos instruir a estos pacientes y a sus familias acerca de la finalidad, los fundamentos y la función básica del marcapasos.
- Describir los signos y síntomas del fallo del marcapasos, incluyendo los mareos, la sensación de ligereza en la cabeza, la debilidad o la caída de la frecuencia establecida para el marcapasos.
- Informar del tipo de marcapasos y del ritmo establecido para el mismo.
- Explicar al paciente las actividades permitidas y las limitaciones: que evite viajar o conducir durante las primeras 4 semanas siguientes a la inserción.
- Alentar al paciente a reanudar sus actividades diarias normales y sus intereses recreacionales, con la excepción de deportes competitivos de contacto y las actividades isométricas que pueden aumentar el riesgo de desprendimiento.
- Explicar al paciente que el llevar un marcapasos no afecta su vida sexual.
- Comentar al paciente la necesidad de evitar y de protegerse contra los riesgos eléctricos causados por generadores de alta actividad como motores diatérmicos, equipos de soldadura o radar.
- La mayoría de los electrodomésticos son considerados seguros pero debemos comentar al paciente los síntomas que pueden reflejar interferencias elec-



Marcapasos permanente.



EKG mostrando el latido inducido por el marcapasos.

tromagnéticas y qué acciones deben ponerse en práctica si se presentan los síntomas.

- Explicarle la necesidad de continuar con las visitas de seguimiento y sustituir las pilas periódicamente. Debemos remitirle a una consulta especializada en marcapasos, siempre que sea posible.
- Describir el uso de los transmisores telefónicos cuando estén disponibles.
- Explicar al paciente los signos y síntomas de la infección de la herida o de la bolsa y que debe comunicar al médico la aparición de fiebre o de drenaje. Comentarle que están permitidas las duchas diarias y que lave con cuidado el área empleando agua y jabón. Puede sentirse dolorido y rígido durante aproximadamente una semana. El ejercicio cuidadoso con el brazo, el cuello y los hombros le ayudará a relajar sus músculos.
- Hacer énfasis en la necesidad de proteger el lugar donde está situado el marcapasos, indicándole que evite el uso de ropa muy ajustada y el contacto directo o los golpes en ese lugar.
- Explicar al paciente que debe llevar consigo una tarjeta de identificación de marcapasos, ya que en ella se incluye el nombre de su médico, el hospital, tipo de marcapasos y la fecha de implantación. El fabricante del marcapasos debe enviarle la tarjeta. Puede también llevar una

joya o un brazalete de alerta médica.

- Si se trata de mujeres en edad productiva, hay que informarlas de que el embarazo no está contraindicado, sin embargo, hacer énfasis en que deben comunicarlo a sus médicos antes de que se produzca la concepción si desean un embarazo, para que prueben el programa del marcapasos y lo adapten a los cambios asociados habitualmente con dicho embarazo.
- Informar al paciente de que cuando vaya a ver a otro médico o al dentista, que se asegure de comunicarle que es portador de un marcapasos, ya que algunos equipos médicos eléctricos pueden interferir en su funcionamiento o puede precisar antibióticos para evitar infecciones.
- Recordar al paciente/familia que no coloque ningún dispositivo eléctrico directamente sobre su marcapasos y que evite el empleo de herramientas eléctricas o los motores a gasolina a menos que lleven una toma de tierra apropiada.
- Indicarle que no deben inclinarse sobre aparatos o motores en marcha.
- Explicarle a sí mismo que cuando viaje en avión informe al personal del aeropuerto que es portador de un marcapasos antes de que le hagan atravesar los controles de detectores de metales.
- Remarcar al paciente y familia la importancia de que notifiquen inmediatamente a su

U.G.C.E. HOSPITAL DUQUES DEL INFANTADO

Nombre..... Apellidos

Nº. Hª Hab.

PATRON-ACCION CUIDADORA: SENTIMIENTOS/PERCEPCION/CONOCIMIENTOS.

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA ó PROBLEMAS:

- Potencial de alteración del autoconcepto: imagen corporal relacionado con la dependencia de un dispositivo protésico.
- Ansiedad relacionado con los cambios reales y/o percibidos en el estado de la salud y en el rol funcional.
- Déficit de conocimientos relacionado con el conocimiento de instauración del marcapasos.
- Alteración en el bienestar: dolor relacionado con la incisión y la inmovilidad física del brazo afectado.

PRIORIDAD DE ENFERMERIA:

- Promover la incorporación positiva del marcapasos en la imagen corporal del paciente, aumentar su campo de conocimientos con respecto al procedimiento, aliviar el dolor y erradicar la ansiedad.

OBJETIVOS:

- El paciente no demostrará comportamientos desadaptados de hacer frente al alta hospitalaria.
- Antes del alta hospitalaria, el paciente formulará preguntas adecuadas y mostrará interés en aprender.
- El paciente describirá de manera realista el impacto del procedimiento a los 3 días de hospitalización.
- Durante la hospitalización, el paciente comunicará sentimientos positivos acerca de sí mismo.
- A las 48 horas de hospitalización, el paciente describirá la finalidad e indicaciones de la implantación del marcapasos.
- El paciente expresará una disminución de la ansiedad en un período de 48 horas de hospitalización.
- En el momento del alta, el paciente participará activamente en su autocuidado.
- El paciente manifestará una sensación de bienestar y una movilidad articular completa por la disminución del dolor a las 72 horas del postoperatorio.

ACTIVIDADES:

- Valorar la adaptación del paciente al cambio incluyendo la percepción y significado de las limitaciones.
- Estimular al paciente a hacer preguntas y a expresar sus sentimientos.
- Valorar los comportamientos desadaptados de hacer frente.
- Animar al paciente a mirar la zona de la incisión y el sitio del marcapasos.
- Valorar el nivel de ansiedad y los temores asociados con la implantación del marcapasos.
- Proporcionar la explicación sobre los propósitos y fundamentos del marcapasos.
- Permitir al paciente formular preguntas en relación con los estilos de vida y las precauciones a cerca del manejo del marcapasos.
- Iniciar el programa de educación sanitaria (incluido en Cuidados de Enfermería anteriores al procedimiento).
- Valorar la intensidad y el origen del dolor y administrar los analgésicos según prescripción.
- Instar al paciente a efectuar ejercicios de movimiento articular con el hombro afectado.
- Realizar ejercicios pasivos de amplitud de movimientos en el brazo afectado si se prescribe un uso restringido del mismo.

médico, la aparición de cualquiera de los siguientes síntomas: frecuencia del pulso más rápida o más lenta de lo normal, dificultad para respirar, dolor en el pecho, mareos o desmayos, hinchazón en las piernas y los tobillos, hipo prolongado (más de dos horas), temperatura elevada o drenaje procedente de la incisión.

- Enseñar al paciente a controlarse el pulso radial cada día a la misma hora, después de descansar 5 minutos y reforzar las pautas para informar de los cambios significativos, particularmente, descenso de 3 a 5 latidos por minuto por debajo del límite marcado en el marcapasos o una frecuencia cardíaca errática y persistentemente alta.
- Explicar al paciente/familia el propósito, dosis, horario de administración y efectos secundarios de todos los medicamentos.

EVALUACIÓN Y RESULTADOS

- El paciente ha reducido su nivel de ansiedad, ya que está tranquilo y relajado, expresa sus preocupaciones y temores relacionados con el autocuidado y el manejo del marcapasos, participa activamente en la educación y notifica que tiene un sueño reparador.

- El marcapasos funciona adecuadamente ya que el paciente se encuentra normotenso y no presenta mareos, síncope, palpitaciones, dolor torácico, dificultad para respirar ni fatiga. La frecuencia cardíaca es aceptable, el marcapasos dispara al ritmo preestablecido y la espícula del marcapasos es visualizada en el ECG.
- Por otra parte, el paciente se encuentra sin dolor, el punto de incisión está limpio y no presenta inflamación ni enrojecimiento. Expresa sensación de comodidad y tiene una amplitud absoluta de movimientos en el hombro y brazo afectados.
- El nivel de conocimientos del paciente aumenta ya que expresa su comprensión y los fundamentos del autocuidado, así como los signos y síntomas del fallo del marcapasos y las acciones a poner en práctica. Demuestra asimismo la técnica de la toma de frecuencia cardíaca y del cuidado de la piel.
- El paciente ha expresado correctamente las limitaciones y expectativas de actividad, así como los peligros y riesgos ambientales.
- De igual forma, ha manifestado su comprensión de la necesidad de informar a los profesionales de la salud sobre la existencia del marcapasos, ha expuesto el propósito, dosis, horario de administración y efectos secundarios de los medicamentos prescritos

y ha explicado con actitud positiva y colaboradora el motivo de las visitas y controles iniciales de seguimiento.

CONCLUSIONES

Como conclusiones podríamos decir que no basta solamente con evaluar la eficacia de los servicios asistenciales, sino que tenemos que ver lo que podemos hacer para mejorar la asistencia de Enfermería, y por consiguiente, debe de haber una vigilancia y revisión constante y completa de los servicios prestados. Después se readaptan los planes de cuidados y se inicia un curso de acción que oferte más apoyo y atención al paciente/cliente. Así pues, cada paso del Plan de Cuidados es continuo y guarda relación con los demás.

La evaluación constante proporciona los medios para conservar la viabilidad del plan de cuidados en su totalidad y mostrar la responsabilidad ante la sociedad por la calidad de los servicios enfermeros prestados.

El trabajo mediante la realización de Planes de Cuidados, garantiza una atención individualizada, específica y de calidad para cada cliente en particular y éstos presentan una mejor respuesta e iniciativa de colaboración hacia las actuaciones y cuidados enfermeros que tienen en consideración sus características personales y preferencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. TRASTORNOS CARDIOVASCULARES. Serie Mosby de Enfermería Clínica. Mary M. Canobbio. División Iberoamericana.
2. BRUNNER-SUDDARTH. Enfermería Médico-Quirúrgica. Sexta edición. Vol. 1 y 2. Ed. McGraw Hill Interamericana.
3. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA. L.G. Carpenito. Aplicación a la práctica clínica. Edit. Interamericana. 5ª ed.
4. POTTER P.A. And PERRY. Fundamentos de Enfermería 1.985. Versión española.
5. ULRICH S.P. et al. Planes de Cuidados de Enfermería. 1.986. Versión española.
6. DUFFIN E.G. Jr. and ZIPES D.P. Marcapasos cardíacos artificial. 1.983.

Necesidad del alta hospitalaria de enfermería en Atención Primaria

García Crespo, Fco. Javier¹
Montero Raya, Mario²
Sánchez Ibáñez, Francisco²
Arias Solís, Juan²

¹Enfermero. Centro de Salud Polígono Sur. (Sevilla)

²Enfermeros. Servicio de Nefrología. H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Gran parte de las actuaciones sanitarias que se desarrollan en nuestro país se realizan en el hospital, implicando un gran esfuerzo económico y humano. Estas actividades son especialmente reincidentes en la población anciana. A esto hay que añadir el incremento de dicha población, determinada por una mejora en la asistencia y en una mejor calidad de vida.

Las actuaciones llevadas a cabo por los profesionales de enfermería en los centros hospitalarios, quedan como hechos aislados dentro del marco en el cual se desarrollan, no existiendo eslabones que los unan con las actuaciones de los profesionales de enfermería en los Centros de Salud, a los que son remitidos los pacientes una vez dados de alta.

En numerosas ocasiones requieren una continuidad en los cuidados de enfermería, de forma individualizada y específica, para así, ser insertados en su entorno biopsicosocial.

Nuestro trabajo, Necesidad del informe de Alta hospitalaria de Enfermería en los Centros de Salud, pretende ser la continuación de otro realizado en el H.H.U.U. Virgen del Rocío en el año 1994, en el cual se ponía de manifiesto la necesidad por parte de las profesionales de enfermería de realizar un alta hospitalaria de

enfermería, con el fin de transmitir todo el plan de actuación, con evaluación de estado y cuidados del paciente, que es derivado a su Centro de Salud, más concretamente a las consultas de enfermería y, favorecer el desarrollo integral de los pacientes.

PROBLEMA

Estudio de la opinión de los enfermeros/as, sobre la necesidad del informe de alta hospitalaria de enfermería de los pacientes ancianos, en centros adscritos al H.H.U.U. Virgen del Rocío.

OBJETIVOS

- 1.- Determinar la validez del Alta Hospitalaria de Enfermería (A.H.E) en los Centros de Salud dependientes del Área del H.H.U.U. Virgen del Rocío.
- 2.- Determinar el nivel de conocimientos del Proceso de Atención de Enfermería.
- 3.- Conocer si existen diversos modelos de Alta Hospitalaria de Enfermería.
- 4.- Conocer si se realizan las etapas del PAE de forma continua.
- 5.- Conocer si existen recursos (personal, tiempo, medios materiales) para la realización de informes de enfermería para el anciano.

- 6.- Conocer si existe unificación de criterios y protocolos en la realización del PAE.

Lugar de realización de la encuesta

Centros de Salud adscritos al área del H.H.U.U. Virgen del Rocío. Tomamos una muestra aleatoria y significativa de los centros de Salud de su área metropolitana.

Población muestra

Enfermeros de dichos Centros de Salud.

Tiempo de realización de la encuesta

Mes de Diciembre de 1997

Modalidad de la encuesta

Anónima, sin distinción de sexo ni edad.

Introducción a la encuesta

Somos un grupo de trabajo de enfermeros del H.H.U.U. Virgen del Rocío (Hospital General) y, pretendemos hacer una encuesta entre los enfermeros de los Centros de Salud perteneciente al Área Sanitaria de dicho hospital. La encuesta es un estudio de opinión, basado en un trabajo sobre

el Alta Hospitalaria de Enfermería, realizado en 1994 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío, en el que se exponía la necesidad de un alta de enfermería para los pacientes que son remitidos a los Centros de Salud, para así, tener

una referencia de los cuidados efectuados en el hospital; con el fin de continuar dichos cuidados tras una nueva valoración en el Centro de Salud.

Nuestro objetivo es determinar si

en los Centros de Salud existe la necesidad de un Alta Hospitalaria de Enfermería como elemento de referencia hacia nuevos cuidados, de manera que no se rompa la cadena de cuidados.

Cuestionario/Encuesta

	SI	No	N/S N/C
1.¿Conoce el Alta Hospitalaria de Enfermería?	☐	☐	☐
2.¿Utiliza en su trabajo el Alta Hospitalaria medica?	☐	☐	☐
3.¿Utiliza la historia familiar en la consulta programada?	☐	☐	☐
4.¿Viene el paciente del Hospital con el Alta Hospitalaria de Enfermería?	☐	☐	☐
5.Utiliza la historia familiar en la consulta a demanda?	☐	☐	☐
6.¿Conoce el PAE?	☐	☐	☐
7.¿Ha utilizado alguna vez el PAE?	☐	☐	☐
8.¿Realiza el PAE en su Trabajo?	☐	☐	☐
9.¿Realiza el PAE por escrito?	☐	☐	☐
10.¿Queda constancia del mismo en la historia familiar del paciente?	☐	☐	☐
11.¿En su método de trabajo, realiza una valoración del paciente cuando este acude a la consulta de enfermería?	☐	☐	☐
12.¿Realiza una planificación de los cuidados que precisa el paciente?	☐	☐	☐
13.¿Establece unos objetivos en los cuidados?	☐	☐	☐
14.¿Al finalizar el proceso elabora una evaluación de los cuidados prestados?	☐	☐	☐
15.¿Existe unificación de criterios en el método de trabajo de los profesionales de Enfermería de su centro?	☐	☐	☐
16.¿Existe personal suficiente para llevar a cabo el PAE en la consulta de enfermería?	☐	☐	☐

Cuestionario/Encuesta(Continuación)

	SI	No	N/S N/C
17.¿Existe tiempo suficiente para realizar el PAE en la consulta de Enfermería?	☐	☐	☐
18.¿Existen recursos materiales suficiente para realizar el PAE en la consulta de Enfermería?	☐	☐	☐
19.¿Cree que sería necesario el informe de evolución periódico de los cuidados del paciente en consulta de Enfermería?	☐	☐	☐
20.¿Cree que sería beneficioso el informe de evolución periódico de los cuidados del paciente en consulta de Enfermería, para la Enfermería del Hospital?	☐	☐	☐
21.¿Piensa que un informe de Alta Hospitalaria de Enfermería podría mejorar los cuidados que presta?	☐	☐	☐

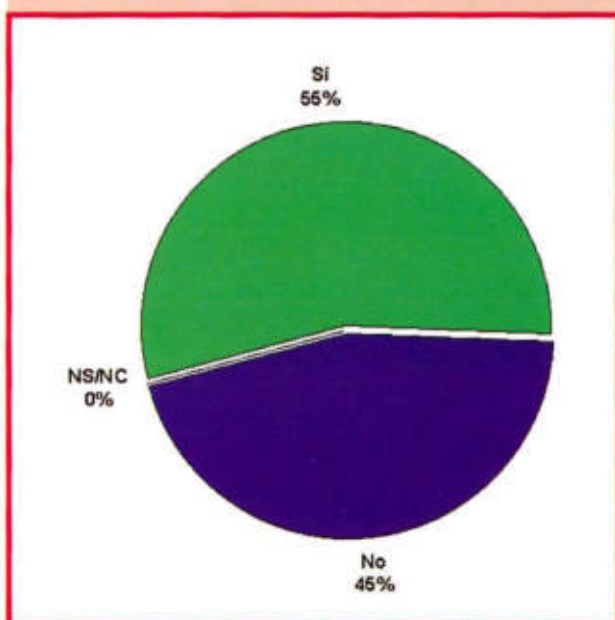
RESULTADOS

Los resultados de la encuesta de opinión entre los enfermeros/as de los Centros de Salud consultados fueron los siguientes:

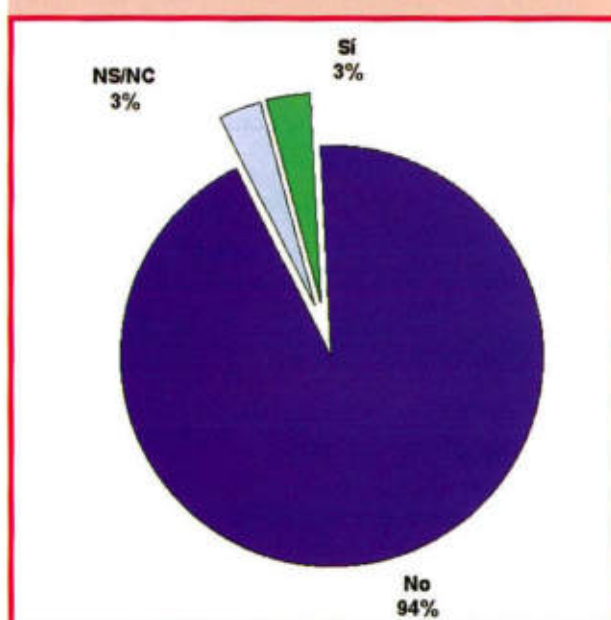
1 Los enfermeros manifiestan tener conocimiento del Alta Hospitalaria de Enfermería en un 55%. Habitualmente utiliza el Alta Medica Hospitalaria en un 81%, la historia familiar en la consulta programada en el

96% y, en la consulta a demanda en el 36% de los casos. El paciente no trae ningún informe de Alta Hospitalaria de Enfermería en el 94% de los casos.

¿CONOCE EL ALTA HOSPITALARIA DE ENFERMERÍA?



¿VIENE EL PACIENTE DEL HOSPITAL CON EL ALTA H. DE ENFERMERÍA?



2. En cuanto a protocolos de trabajo manifestaron:

- 2.1 Tener conocimiento del P.A.E. en el 94%.
- 2.2 Haber utilizado el P.A.E. en su trabajo el 87%.
- 2.3 Haber utilizado el P.A.E. alguna vez el 87%.
- 2.4 Realiza el P.A.E. por escrito el 61%.
- 2.5 Dejar constancia del P.A.E. en la historia familiar el 65%.
- 2.6 Realizar valoración del paciente cuando acude a la consulta de Enfermería el 96%.
- 2.7 Realizar planificación de los cuidados el 100%.
- 2.8 Establece objetivos en los cuidados el 100%.
- 2.9 Realiza evaluación de los cuidados el 77%.

2.10 Existe unificación de criterios en el método de trabajo en los profesionales de enfermería de su centro en el 78%.

3. En cuanto a recursos para realizar el P.A.E. habitualmente, los enfermeros/as manifestaron:

- 3.1 Existe personal suficiente para llevar a cabo el P.A.E. en la consulta de enfermería en el 52%.
- 3.2 No existe tiempo suficiente para realizar el P.A.E. en la consulta de Enfermería en el 68%.
- 3.3 Existen recursos materiales suficientes para realizar el P.A.E. en la consulta de Enfermería en el 68%.

4. Respecto a la necesidad del informe de Alta Hospitalaria de Enfermería, los enfermeros/as manifiestan:

4.1 Creen necesario el informe de evolución periódica de los cuidados del paciente en consulta de Enfermería el 94%.

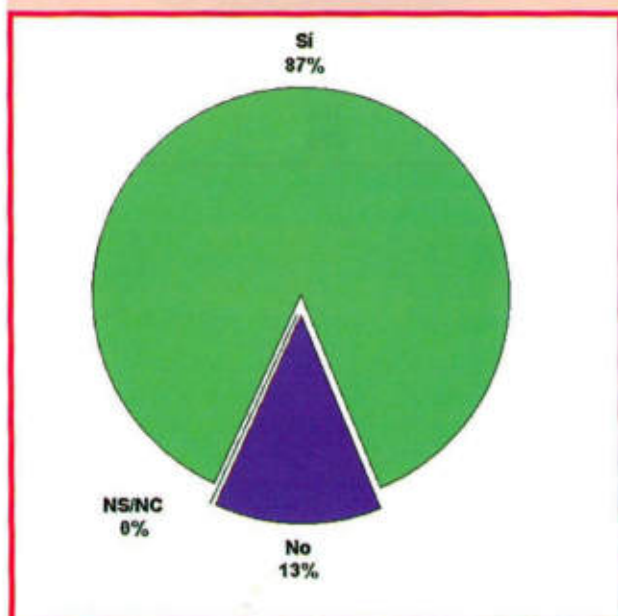
4.2 Creen beneficioso el informe de evolución periódica de los cuidados del paciente en consulta de Enfermería para, la enfermería del hospital en un 100%.

4.3 Creen que un informe de Alta Hospitalaria de Enfermería mejoraría los cuidados que prestan en el Centra de Salud el 100%.

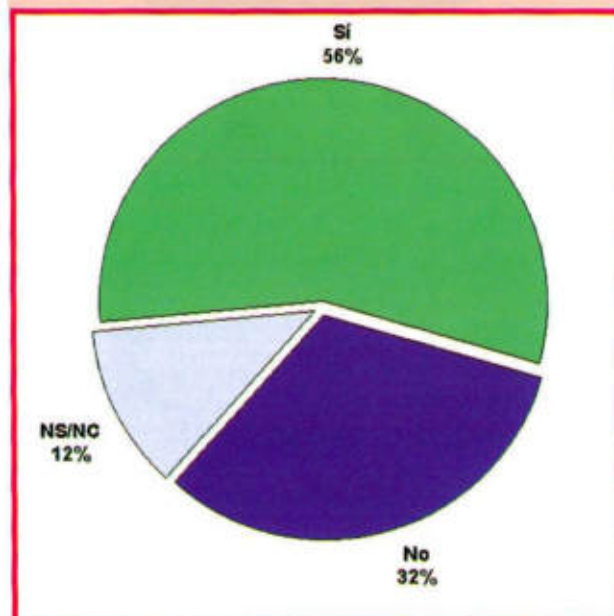
CONCLUSIONES

- 1. No existe protocolo de Alta Hospitalaria de Enfermería para derivar a los pacientes ancianos a las consultas programadas de enfermería de los Centros de Salud.

¿REALIZA EL P.A.E. EN SU TRABAJO?



¿REALIZA EL P.A.E. POR ESCRITO?

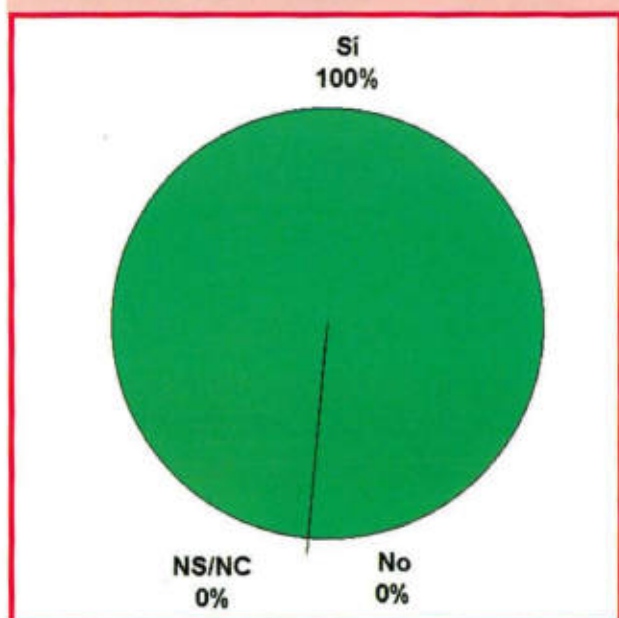


- 2 El P.A.E. es la metodología de trabajo fundamental en los Centros de Salud, encontrando mayor dificultad para realizarlo por escrito; aunque lo realicen en un alto porcentaje.
- 3 El P.A.E. tiene continuidad en cada una de sus fases, siendo la etapa de la valoración la parte con más dificultad para llevarlo a cabo.

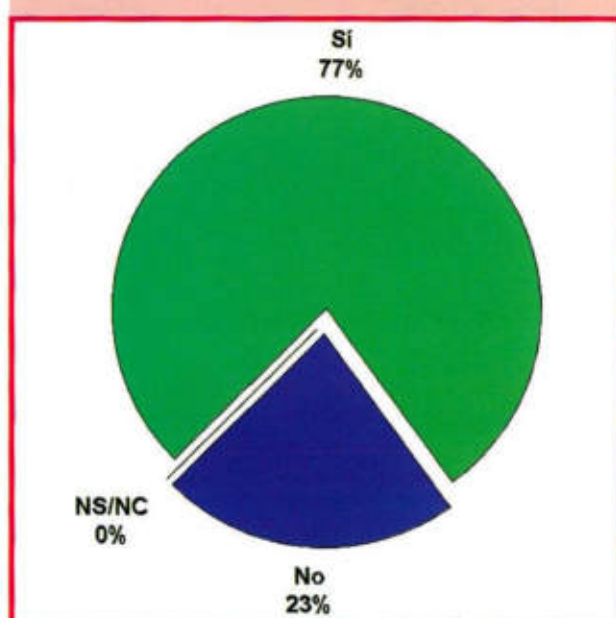
- 4 Existe unificación de criterios en el método de trabajo en los Centros de Salud.
- 5 En cuanto a los recursos, el factor tiempo es fundamentalmente el que impide llevar a cabo el P.A.E. en su totalidad.
- 6 Los enfermeros/as creen que es necesario tanto, el Alta Hospitalaria de Enfermería como

el informe de evolución de enfermería; realizado éste en los Centros de Salud. De esta forma los cuidados realizados en Atención Primaria y en la Atención Secundaria o especializada no se verían interrumpidos.

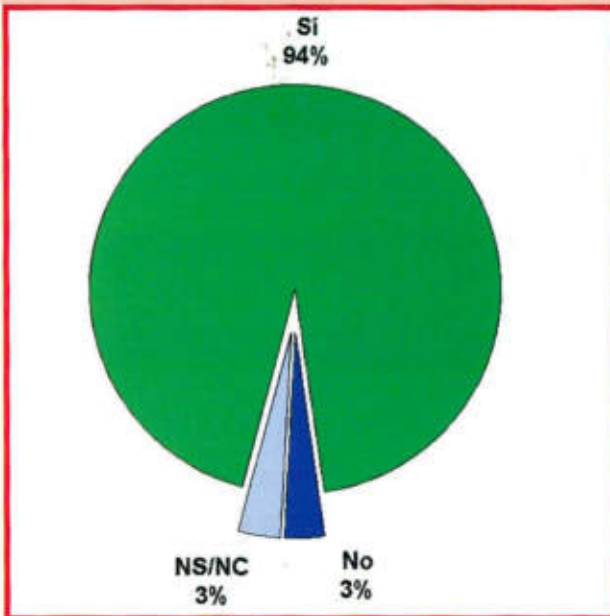
¿REALIZA UNA PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS QUE PRECISA EL PACIENTE?



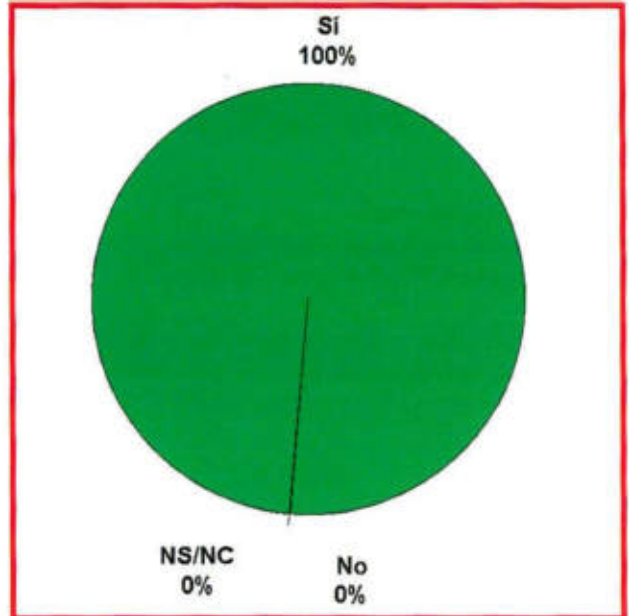
¿EXISTE UNIFICACIÓN DE CRITERIOS EN EL MÉTODO DE TRABAJO DE LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE SU CENTRO?



¿CREE QUE SERÍA NECESARIO EL INFORME DE EVOLUCIÓN PERIODICO DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EN CONSULTA DE ENFERMERÍA?



¿CREE QUE SERÍA BENEFICIOSO EL INFORME DE EVOLUCIÓN PERIODICO DE LOS CUIDADOS DEL PACIENTE EN CONSULTA DE ENFERMERÍA, PARA LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL?



BIBLIOGRAFÍA

- 1 ANN MARRINE. El Proceso de Atención de Enfermería. Un enfoque moderno. Editorial Manual Moderno
- 2 M. J. KIN, G. K. MCFARLAND, ANN MCLANE. Diagnóstico de Enfermería. Editorial Interamericana
- 3 Lynda JULL CARPENITO. Diagnostico de Enfermería. Editorial Interamericana
- 4 Gutiérrez, J. Nuestros Viejos. Editorial Hacer. Barcelona, 1991
- 5 ARAGO, J. M. El proceso de envejecimiento: aspectos psicológicos. Estudios de Psicología, 2. 1980
- 6 PELECHANO, V. Habilidades Interpersonales en ancianos: conceptualización y evaluación. Editorial Alfaplus. Valencia, 1991
- 7 LangaricA, R. Gerontología y geriatría. Editorial Interamericana. 1987
- 8 M. CORRERO, P. FERNÁNDEZ, F. J. GARCÍA CRESPO y Otros. Necesidad del informe de Alta Hospitalaria de Enfermería en el Hospital U. Virgen del Rocío. Revista HYGIA nº. 14, 1994.

Evaluación de riesgos laborales en un taller de carpintería

José Chacón Cruz¹.

Concepción Lidueña González².

Carlos Gómez-Caminero Cervetto³.

¹Enfermero. Excma Diputación Provincial de Sevilla. S.M. Empresa.

²Enfermera. Mutua Asepeyo ASEPEYO. Sevilla

³Enfermero. Mutua Fraternidad. MUPREXPA. Sevilla

INTRODUCCIÓN

Desde la modificación del tratado constitutivo de la Comunidad Económica Europea, por la llamada Acta Única, los Estados Miembros, vienen, desde su entrada en vigor promoviendo la mejora del medio del trabajo, para conseguir la armonización en el progreso de las Condiciones de Seguridad y Salud de los trabajadores.

El artículo 40.2 de la Constitución Española, encomienda a los poderes públicos, velar por la Seguridad e Higiene en el trabajo.

Así mismo, en el artículo 43 de la Carta Magna, se reconoce el derecho a la protección a la salud y le otorga competencias a los poderes públicos para organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

De las Directivas que configuran el Marco Jurídico Europeo, la más significativa, es sin duda, la 89/391/CEE, relativa a la aplicación de las medidas para promover la mejora de la seguridad y salud de los trabajadores.



Todo trabajador tiene derecho a conocer los riesgos a los que está sometido.

La Ley 31/95 de 8 de noviembre de **Prevención de Riesgos Laborales**, es una transposición de la directiva 89/391/CEE, al mismo tiempo que incorpora al que será nuestro cuerpo básico en esta materia, disposiciones de otras directivas, cuya materia exige o aconseja la traslación en una norma de rango legal, como son las Directivas 92/85/CEE, 94/33/CEE y 91/383/CEE, relativas a la protección de la maternidad y de los jóvenes y al tratamiento de las relaciones de traba-

jo temporales, en empresas de trabajo temporal.

Esta Ley 31/95 de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, consta de 7 capítulos, 54 Artículos, 13 Disposiciones Adicionales, 2 Disposiciones Transitorias, 1 Disposición Derogatoria única, y 2 Disposiciones finales.

Para el trabajo que nos ocupa, podíamos mencionar todos y cada uno de los artículos de esta Ley, pero vamos a hacer mención solo

a los que, desde nuestro punto de vista, tienen una relación directa con la Evaluación de Riesgos Laborales en cada uno de los puestos de trabajo en un taller de carpintería, que es en el que está basado nuestro documento.

El artículo 15 del capítulo III, en su punto 1, hace referencia a los Principios de la acción Preventiva. En él se menciona la obligación que tiene el empresario de aplicar las medidas oportunas para a).- Evitar los riesgos. b).- Evaluar los riesgos que no se puedan evitar. c).- Combatir los riesgos en su origen. d).- Adaptar el trabajo a la persona, en particular en lo que respecta la concepción de los puestos de trabajo, así como a la elección de los equipos y métodos de trabajo y de producción, con miras, en particular, a atenuar el trabajo monótono y repetitivo y a reducir los efectos del mismo en la salud. e).- Tener en cuenta la evolución de la técnica. f).- Sustituir lo peligroso por lo que entrañe poco o ningún peligro. g).- Planificar la Prevención, buscando un conjunto coherente que integre en ella la técnica, la organización del traba-

jo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales en el trabajo.

El artículo 16 del capítulo III en su punto 1, 2 y 3, hace hincapié en que la evaluación de riesgos debe ser algo dinámico y permanente, y que partiendo de una valoración inicial, habrá que repetir cada vez que se altere o cambien alguna de las condiciones de trabajo de cada uno de los puestos evaluados.

Los artículos 18 y 19, hacen referencia a la información y formación de los trabajadores. Todo trabajador tiene derecho a conocer en cada momento los riesgos, para su salud y su seguridad, a los que está sometido, así como a una formación permanente, teórica y práctica, en materia preventiva, en el momento de su contratación, y siempre que se produzcan cambios en las funciones que desempeñe, o se introduzcan nuevas tecnologías o cambios en los equipos de trabajo.

Cada una de las evaluaciones de riesgos que se realicen deben ser

siempre documentadas y permanecer a disposición de la Autoridad Laboral.

OBJETIVOS

Este documento recoge los resultados de un trabajo de campo realizado en una empresa familiar, constituida como S.L., dedicada a la construcción de muebles domésticos, y tiene el objeto de hacer un análisis de los riesgos, valorando si son tolerables o no, identificando el peligro, para hacer una evaluación de cada uno de los puestos de trabajo, concluyendo con una propuesta de medidas correctoras, si procede.

METODOLOGÍA

Vamos a efectuar dos métodos complementarios, para realizar este trabajo. Primero el método publicado por el **Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)**, de **Evaluación de Riesgos Laborales**, y el método **Fine**, apoyados ambos, por un listado de chequeo elaborado por el equipo que realizó el trabajo.

MÉTODO INSHT

		CONSECUENCIAS		
		Ligeramente Dañino	Dañino	Extremad. Dañino
Probabilidad	Baja	Riesgo Trivial	Riesgo Tolerable	Riesgo Moderado
	Media	Riesgo Tolerable	Riesgo Moderado	Riesgo Importante
	Alta	Riesgo Moderado	Riesgo Importante	Riesgo Intolerable

MÉTODO DE WILLIAN T. FINE

GRADO DE PELIGROSIDAD DEL RIESGO DE ACCIDENTE

$$GP = C \times E \times P$$

Consecuencias (C) Resultado más probable de Un accidente potencial.	Exposición (E) Frecuencia con que ocurre la Situación de riesgo.	Probabilidad (P) De que la secuencia del accidente Se complete
1.- Heridas leves sin baja (1)	1.- Remotamente posible (0,5)	1.- Nunca ha sucedido pero concebible (0,5)
2.- Heridas con baja no graves (5)	2.- Raramente (se sabe que ocurre) (1)	2.- Es remotamente posible (1)
3.- Lesiones con bajas graves (15)	3.- Ocasionalmente (una por semana o mes) (3)	3.- Será una secuencia rara pero posible (3)
4.- Muerte (25)	4.- Frecuentemente (alguna vez al día) (6)	4.- Es completamente posible (6)
5.- Varias muertes (50)	5.- Continuamente (muchas veces al día) (10)	5.- Muy probable ante la situación de riesgo (10)

EVALUACIÓN DEL GRADO DE PELIGROSIDAD

GP	270 - 1500: CORRECCIÓN INMEDIATA 90 - 200: CORRECCIÓN URGENTE 18 - 85: ELIMINAR RIESGO SIN DEMORA
-----------	---

Empresa.- Se trata de un taller de carpintería, ubicado en una nave comercial de un polígono industrial, situado en la zona norte de Sevilla. Es una Empresa, como decíamos anteriormente, pequeña y compuesta por miembros de una misma familia. En la actualidad cuenta con una plantilla fija de once miembros, que ocasionalmente se incrementa, con mano de obra eventual, dependiendo de la demanda de pedidos, por lo que podemos hablar de una plantilla media de 15 trabajadores.

La plantilla fija está compuesta por tres hermanos, un cuñado, hijos de los mismos y algún otro sobrino, hijos de otras hermanas. Solo un trabajador no pertenece a la familia.

La estructura empresarial está perfectamente jerarquizada recayendo la máxima responsabilidad en tres miembros. El hermano mayor, en lo que se refiere a la distribución del trabajo y al control de calidad del mismo, así como del manejo de la maquinaria más compleja y de los trabajos de más precisión. Otro hermano, realiza las labores de atención al cliente y relaciones públicas, compatibilizándolo con las tareas propias del taller, asumiendo fundamentalmente, el manejo de la sierra vertical y la cepilladora eléctrica.

El cuñado, asume la responsabilidad administrativa y labores de jefatura de personal, en lo relativo a descansos, vacaciones reglamen-

tarias, etc... Una de sus funciones, es la interlocución con las Mutuas, con las que actualmente está en contacto para concertar el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y la Vigilancia de la Salud de los Trabajadores.

Condiciones de Trabajo.- Al ser una empresa de carácter familiar, constituida como S.L., y el reparto de beneficios proporcionales a los ingresos, las condiciones de trabajo, no siempre se adaptan a la normativa vigente, ya que la productividad se ve en ocasiones condicionada por la demanda de pedidos y la fecha de compromiso de entregas, prevaleciendo ésto, a la seguridad de los trabajadores y al cumplimiento estricto de las normas.

El mobiliario, producto de fabricación, es entregado sin terminación de lacado ni pintado, por lo que no existen graves riesgos por contacto con agente químicos.



Depósito de extracción central.

Tanto el horario de trabajo, como los descansos, a veces escasos, son aceptados con satisfacción, ya que redundan en sus propios beneficios económicos, por lo que podemos decir que no existe carga mental que aparentemente les afecte negativamente y que los trabajadores mantienen un grado de satisfacción alto.

Hemos observado, que aunque disponen de carretillas, en ocasiones, por premura, hacen manipulaciones de carga poco correctas, que pueden repercutir negativamente en su salud.

Las condiciones ambientales, de forma subjetiva, y sin disponer de medidores apropiados, parecen encontrarse dentro de la normalidad, aunque con ciertas carencias, como pueden ser iluminación escasa y bajo grado de humedad, así como una contaminación acústica importante, sobre todo cuando coinciden más de dos máquinas trabajando al mismo tiempo. A pesar de que el estudio lo realiza-



Diversos muebles elaborados en la carpintería.

mos en época de frío, (noviembre) la temperatura no es fría. No se detectan, microscópicamente, partículas flotantes.

La asistencia de los accidentes laborales, la tienen concertada con una Mutua de implantación nacional, y todos los trabajadores, tanto fijos como eventuales, están reglamentariamente, dados de alta en Seguridad Social, por lo que las contingencias comunes son atendidas por el Servicio Andaluz de Salud.

Cuando se les pregunta por los accidentes producidos en el último año, contestan que sólo ha habido uno. Si profundizamos, nos podemos dar cuenta, que si bien es verdad, que sólo ha habido un accidente con baja, con una duración de 24 días, no es menos cierto que han existido en ocasiones, imposible de cuantificar, accidentes sin baja pero con el mismo grado de peligrosidad, que el que causó la baja laboral. Por ello dejamos constancia de que estadísticamente, el Índice de Incidencia cuantificable documentalmente, ha sido de 6.66%, cifra a todas luces falsa, por lo que no entramos en analizar los Índices de Frecuencia, Gravedad y Duración Media, ya que esto contribuiría a falsear la realidad, en mayor grado de lo que está.

A pesar de que han tenido acci-

dentes graves, con varias amputaciones de dedos, en varias ocasiones, no tienen montada la Cadena de Socorro, ni han recibido ningún tipo de cursos de primeros auxilios. Disponen de un botiquín bastante completo, con gasa, esparadrapo, vendas, alcohol, Mercromina, y Povidona yodada. Los autores de este trabajo, nos hemos comprometido a impartirles charlas informativas, sobre Primeros Auxilios y Seguridad de las Máquinas, y proporcionarles folletos informativos sobre Seguridad en los Talleres de Carpintería.

Descripción del Taller. El local tiene una superficie total de 575 m², una longitud de 50 m, un ancho de 11,5 m. y 6 m de altura. Está construido con material de construcción, por lo que puede considerarse una edificación robusta. El techo es de material sintético, no transparente.

Tiene dos entradas, una por cada calle, con dos grandes portones metálicos, con un sistema de cierre de corredera, con dos carriles situados en la parte exterior. Carece de ventanas, habida cuenta de su ubicación entre otras dos naves semejantes, características, que impiden la abertura de hueco. Tiene un sistema de extracción central, con una tubería de gran calibre, con puntos extractores en cada una de las máquinas. Esta

tubería central desemboca en un depósito anclado en la parte externa del recinto. Está dotado de un sistema de alarma que avisa cuando está completo y necesita ser evacuado.

La iluminación es artificial, de tubo fluorescentes, distribuidos a lo largo de la nave. Esta iluminación es complementada con la claridad que entra por los grandes portones, situados uno frente a otro en los extremos de la nave. El suelo es de terrazo tratado convenientemente, para no resbalar. La instalación eléctrica, con corriente de 380 voltios, tiene todas las garantías y está equipada con diferenciales, tomas de tierra y demás aparatos necesarios, por lo que no existe ningún tipo de riesgo eléctrico.

A la derecha de una de las entradas, se encuentra un habitáculo donde está situada la oficina perfectamente equipada, tanto de mobiliario, como de mecanización, dispone de mesa de despacho,

sillas, mesa accesoria, estantería, archivadores, teléfono y ordenador. Desde el punto de vista ergonómico, parece estar todo correcto. Encima de esta oficina, hay una edificación de madera, de unos 9 m² que sirve como vestuario del personal y almacén de los artículos de administración, como taquillas y archivadores. Se accede a través de una escalera fija, de madera con un ancho de 1 m. 10 cm. y barandilla. En el lado opuesto de la nave está situado el cuarto de baño, con todas las piezas, menos la bañera que está sustituida por una placa ducha. El grado de limpieza es aceptable, no viéndose por el suelo restos de tablas ni serrín, no observamos herramientas caídas por el suelo. A lo largo de la nave se encuentran instaladas las máquinas. Aparentemente, no guardan una distribución ordenada, pero dejan entre sí, espacio suficiente, para que, tanto trabajadores como clientes y visitantes, puedan circular sin riesgos. Toda la maquinaria es moderna y en perfecto estado de

mantenimiento, pero, como veremos al estudiarlas una a una, con evidentes carencias de protectores de seguridad, intencionadamente eliminados, para realizar el trabajo con más rapidez, por lo que en ocasiones se convierten en bastante inseguras. Aunque disponen de extintores, revisados y a punto, echamos de menos puntos de aguas, dotadas de conectores de mangueras. En el centro del taller está el banco de montaje, donde se terminan de montar los muebles.

El presente trabajo consistía en evaluar los riesgos del taller según los métodos propuestos por el INSHT y FINE para todos las herramientas utilizadas y fueron: Escuadradora, Tupí, Sierra circular, Ingletadora, Cepilladora, Sierra de cinta vertical, Taladradora y Lijadora. A modo de ejemplo, se estudian las máquinas más representativas como son: Tupí, Sierra circular y Sierra de cinta vertical, así como la evaluación de riesgos del propio taller.



Trabajador lijando en la máquina Tupí.

EVALUACIÓN DE RIESGOS: TUPÍ

Riesgos	Si	No
Cortes	x	
Amputaciones	x	
Golpes	x	
Sistema Aspiración	x	
Contam. Acústica	x	
R. Eléctricos		x
Gafas de Seguridad		x
Guantes		x
Máquina Certifica	x	
Buen Estado	x	
Protector de Manos		x
Protector Lateral		x
Trabajador Cualif.	x	

Método de Evaluación de Riesgos del INSHT

Probabilidad: Media

Consecuencias: Extremadamente Dañino

Evaluación: Riesgo Importante

Método FINE

Grado de Peligrosidad: Alto

Recomendación: Este puesto de trabajo debe ser revisado necesita corrección.



Lesiones provocadas por la Tupi.



Amputación de la falange distal del tercer dedo producido por la Tupi.

EVALUACIÓN DE RIESGOS: SIERRA CIRCULAR

Riesgos	Si	No
Cortes y Amputac.	x	
Golpes		x
Contam. Acústica	x	
Riesgos Eléctricos		x
Protec. Seguridad en Zona de Corte		x
Protección Lateral		x
Máquina Certificada	x	
Buen Estado		
Funcionamiento	x	
Trabajador Cualif.	x	
EPIs		x
Punto Luz Zona Cor.		x
Sistema de Aspirac.	x	

Método de Evaluación de riesgos del INSHT

Probabilidad: Baja

Consecuencias: Extremadamente dañino

Evaluación: riesgo Moderado

Método FINE

Grado de Peligrosidad: Riesgo Medio

Recomendación: Este puesto de trabajo precisa atención especial.



Sierra circular utilizada en el taller de carpintería.

EVALUACIÓN DE RIESGOS: SIERRA DE CINTA VERTICAL

Riesgos	Si	No
Cortes	x	
Amputaciones	x	
Golpes	x	
Contaminación		
Acústica	x	
Riesgos Eléctricos		x
Protección Lateral		x
Prot. Zona de Corte		x
Máquina Certific.	x	
Buen Estado	x	
Trabaj. Cualificado	x	
Sistema Aspiración	x	
EPIs		x
Luz Zona de Corte		x

Método de Evaluación de Riesgos de INSHT

Probabilidad: Alta

Consecuencias: Extremadamente dañino

Evaluación: Riesgo Intolerable

Método FINE

Grado de Peligrosidad: Riesgo muy alto

Recomendación: Este puesto de trabajo necesita una corrección inmediata.



El riesgo de sufrir un accidente con la sierra de cinta vertical es muy alto.



Amputación del 2º y 5º dedo provocada por Sierra Vertical.

EVALUACIÓN DEL RIESGOS DEL TALLER

Riesgos	Si	No
Iluminación Sufic.		x
Limpieza	x	
Señalización		x
Partículas Flotan.		x
Sistema de Extracción Central	x	
R. Caídas mismo Niv.	x	
R. Biológicos		x
R. Químicos		x
R. Físicos		x
Contam. Acústica	x	
R. de Fuego	x	
Puntos de Agua y Mangueras		x
Caídas de Objetos Distinta altura	x	
Caídas de Altura		x

Método de Evaluación de Riesgos del INSHT

Probabilidad: Baja

Consecuencias: Ligeramente dañinas

Evaluación: Riesgo Trivial

Método FINE

Grado de Peligrosidad: Baja

Recomendación: El riesgo esperado es asumible

PROPUESTA DE MEDIDAS CORRECTORAS

1º.- Creación inmediata del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales. Al ser una empresa pequeña, recomendamos un Servicio de Prevención ajeno, como regula la 31/95 de 8 de noviembre, haciendo el concierto con una Mutua.

2º.- Revisión urgente, por parte de un Técnico Superior de Seguridad, para comprobar la situación geográfica, estado de funcionamiento, cumplimiento de normas de seguridad y medidas de protección necesarias de la maquinaria.

3º.- Evaluación inicial de riesgos higiénicos, por un Técnico superior en Higiene, con el soporte de los aparatos necesarios, (luxómetros, muestreadores de polvo, sonómetro, etc.) para detectar los posibles riesgos referidos a iluminación, ambiente térmico, corrientes de aire, ruidos y vibraciones.

4º.- Reconocimiento Médico, por parte de un Servicio especializado, prestando especial interés en la realización de pruebas complementarias específicas, como Audiometría, Espirometría, Radio-

grafía de tórax y analítica de Hematología y Bioquímica, por lo menos una vez al año.

5º.- Formación general sobre temas de Ergonomía, Higiene Seguridad y Salud. Es imprescindible el conocimiento específico de los Reales Decretos que se relacionan: 485/97, 486/97, 487/97, de 14 de abril, sobre Señalización, Lugares de Trabajo y Manejo de cargas. El Real Decreto 773/97 de 30 de mayo sobre Equipos de Protección Individual y 1215/97 de 18 de julio sobre Equipos de Trabajo.

6º.- Creación y puesta en funcionamiento de la Cadena de Socorro, como recomienda la Norma Técnica 458-1997 NSHT, formando a uno o varios miembros de la empresa para cuando ocurra un siniestro, cada uno sepa lo que se debe hacer, y sobre todo lo que nunca hay que hacer, para no agravar la situación, por falta de conocimiento y coordinación. Es conveniente, que una persona adquiera la formación necesaria sobre primeros auxilios, por si ocurre el accidente, sepa transmitir la tranquilidad suficiente y organice la operación, tanto de atención al lesionado, llamada al centro de urgencias, o en su caso, la evacuación del accidentado.

7º.- Recomendamos el suministro inmediato de Equipos de Protección Individual, sobre todo, gafas, tapones auriculares y guantes, a cada uno de los trabajadores y la dotación de los medios de protección necesarios de las máquinas, mientras se realiza la Evaluación Inicial de Riesgos, por parte de los Técnicos especializados.

8º.- Recomendamos la colocación inmediata, de puntos de agua con adaptadores para mangueras, contra incendios.

9º.- Recomendamos la señalización de cada uno de los lugares del taller, así como, los posibles peligros para visitantes y trabajadores. Son imprescindibles las señales de direcciones de paso, extintores, salidas de emergencias, botiquín de primeros auxilios, prohibido fumar, salidas de socorro, etc.

10º.- Asimismo, recomendamos la instalación inmediata de aparatos detectores de fuego, con alarmas acústicas superiores a los niveles de ruido del taller y señales luminosas, situadas estratégicamente, para cuando los niveles de ruidos sean altos, que impidan su audición, con lo que quedaría garantizado la evacuación del local en momentos de peligro.

BIBLIOGRAFÍA

- a) Ley 31/95 de 8 de noviembre. Prevención de Riesgos Laborales.
- (b) Constitución Española.
- (c) R.D. 39/97 de 17 de enero. Desarrollo Ley 31/95.
- (d) R.D. 486/97 de 14 de abril. Lugares de Trabajo.
- (e) R.D. 485/97 de 14 de abril. Señalización Puesto de Trabajo.
- (f) Evaluación de Riesgos Laborales del INSHT. Publicaciones.
- (g) Taller de Carpintería del INSHT. Publicaciones.

Seguimiento del Paciente con Síndrome de Apnea del sueño (P.A.E.)

Manuel Ángel Carmona Vera¹

M^{ra} Isabel Lozano Nogales²

Benito Sánchez Domínguez³

¹Enfermero. Servicio de Neumología. Laboratorio del Sueño. H.H. U.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

²Enfermero. Servicio de Cirugía. H.H. U.U. Virgen del Rocío. Sevilla.

³Enfermero. Servicio de Cirugía. H.H.U.U. Virgen del Rocío. Sevilla

1) PRESENTACIÓN

Este trabajo da un paso más en la atención al paciente con Síndrome de Apnea del sueño (SAS), cubriendo la laguna de conocimientos dejada por nuestro primer trabajo denominado "Atención al paciente con SAS. PAE (1)."; ya que en aquél, nuestro objetivo era que el personal sanitario de un Centro de Salud fuera capaz de identificar este problema pudiendo tomar las medidas oportunas.

En esta nueva entrega pretendemos, con el modelo de trabajo de Enfermería, PAE, que todos los enfermeros conozcan cómo actuar y atender a un paciente tratado de SAOS con un dispositivo de CPAP-BIPAP. Este PAE sería válido durante todo el tiempo que durara el tratamiento con dicho dispositivo, que en ocasiones es para toda la vida.

2) INTRODUCCIÓN

Desde que el SAOS se individualizó como patología ha habido varias formas de abordar su tratamiento.

Los tratamientos se pueden dividir en cuatro grandes grupos:

- Tratamiento conservador o de reducción de los factores de riesgo.
- Tratamiento farmacológico.
- Tratamiento quirúrgico.
- Sistemas mecánicos.



Equipos como estos son utilizados por Enfermería para realizar estudios.

a) Tratamiento Conservador:

Este tipo de tratamiento se basa en el control de los factores de riesgo tales como: posición corporal, evitar consumo de alcohol, control del hipotiroidismo, exclusión de fármacos relajantes musculares y sedantes; pero fundamentalmente este apartado se basa en la corrección del exceso de peso contribuyendo así a la pérdida de grasa acumulada a nivel orofaríngeo y del cuello, aumentando además la capacidad residual funcional pulmonar por disminución del volumen abdominal.

Las evidencias sugieren que la disminución del peso se acompaña de una disminución del número de apneas y una mejoría de la oxigenación nocturna. (1, 2). Desgraciadamente solo una minoría de casos con SAOS consigue dismi-

nuir su peso y aún son menos los que consiguen mantener dicha disminución.

b) Tratamiento Farmacológico:

Se han ensayado diferentes tratamientos farmacológicos en el SAS sin claro beneficio y nunca como tratamientos de primera línea. También se ha utilizado el oxígeno nocturno aunque su papel como "tratamiento complementario" sigue siendo controvertido. Su eficacia debe comprobarse previa polisomnografía nocturna.

c) Tratamiento Quirúrgico:

Las técnicas quirúrgicas utilizadas para el tratamiento de SAS son variadas, entre las principales podemos destacar:

- Cirugía nasal.(septoplastias y turbinectomía) y amigdalectomía.

Ambas raramente son un tratamiento definitivo.

- Traqueotomías; es de una eficacia indudable pero hoy día de escasa indicación por los riesgos y complicaciones asociadas (infecciones, problemas psicológicos, ...).

Uvulopalatofaringoplastia (UPPP) y la cirugía mandibular son las técnicas que hasta ahora han presentado mejor índice de curación. De esta última hay publicaciones que hablan de hasta un 90% de curación. (2).

d) Tratamiento Mecánico:

Dentro de este grupo existen diferentes dispositivos entre los que podemos citar: tubos nasofaríngeos, prótesis de silicona (activador mandibular, collarines, dilatadores nasales, ...), todos ellos presentan una eficacia bastante limitada. Sin duda el método de elección es el dispositivo de presión positiva continua en la vía aérea por vía nasal durante el sueño (CPAP).

*Concluimos diciendo que para un tratamiento eficaz de un paciente con SAOS, lo primero que hemos de evitar son los factores de riesgo, fundamentalmente el control del peso. Como tratamiento de primera línea por ahora y hasta que no se demuestre lo contrario se hablará siempre de la CPAP. La cirugía por tanto quedará por lo general para una segunda línea de tratamiento, aunque para un grupo determinado de pacientes puede suponer el método de elección.

3) ETIOLOGÍA

La CPAP fue la propuesta que en 1981 hizo Sullivan como primera solución definitiva al SAOS desde que en la década de los sesenta se planteara este problema.

La CPAP es un dispositivo basado en la emisión de una presión positiva continua de aire procedente de un compresor. Dicho aire actúa



El Registro del sueño se realiza mediante la colocación de múltiples electrodos.

impidiendo el colapso de las vías respiratorias altas en todas las fases de la respiración, previniendo por tanto, las apneas de origen obstructivo. Con respecto a las apneas centrales existen estudios discordantes, así unos hablan de mejoría mientras que otros, de empeoramiento.

El paciente podrá hacer uso del dispositivo mediante la colocación de una mascarilla nasal conectada a la CPAP a través de un tubo anillado por el que pasará el aire a la presión necesaria para corregir las apneas (aprox. entre 5 y 15 cm H₂O). Además de estas mascarillas, cuyo material más frecuente suele ser la silicona y el látex, existen otros adaptadores nasales independientes conocidos como Sistema Adams u Olivas Nasales (1, 2, 3, 4).

En los últimos años ha habido una mejora de estos dispositivos, fundamentalmente encaminadas a la comodidad del paciente, entre las que se encuentran la aparición en el mercado de humidificadores y la incorporación de rampas ascendentes de presión. Así mismo ha disminuido el ruido en su funcionamiento, haciendo más cómodo el descanso de los pacientes y sus acompañantes. Su reducido tamaño facilita el transporte de este aparato, convirtiéndose en un pequeño bulto de viaje.

El tratamiento con CPAP disminuye la morbilidad y reduce de forma notable los costes sanitarios al conseguir la disminución de los problemas que el SAOS trae asociados (cor pulmonare, infartos, HTA, ...). Así como los ocasionados por la estancia hospitalaria de pacientes afectados por accidentes de tráfico, acc. laborales,

4) PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

a) Patrón Percepción-Mantenimiento de la Salud:

- El paciente puede que siga presentando obesidad por no seguir una dieta adecuada.
- El paciente puede que continúe haciendo una vida sedentaria
- Al paciente le puede resultar incómodo y/o molesto el uso de la CPAP-BIPAP.
- Quizás mantenga el paciente el hábito tabáquico asociado o no al consumo de alcohol.

b) Patrón Nutricional-Metabólico:

- El paciente podría presentar sequedad de mucosa nasal debido a la falta de humidificación del sistema.
- Otro problema podría ser la aparición de marcas o rozaduras en



Dispositivo de CPAPn-BIPAPn. (Disposición de presión de aire continua nasal)

la piel, provocadas por la presión de la mascarilla.

- Una dieta estricta podría provocar un abandono de la misma por parte del paciente.

c) Patrón de Actividad-Ejercicio:

- El paciente, adaptado a una vida sedentaria, no ha aumentado su actividad física diaria.

d) Patrón de Sueño-Descanso:

- En raras ocasiones el paciente puede seguir presentando somnolencia diurna por un posible mal uso del dispositivo de CPAP (fugas de aire, boca abierta, molestias por la mascarilla, ...).
- El paciente puede volver a presentar un sueño inquieto y desestructurado debido a que la presión de la CPAP le esté siendo insuficiente, ya sea por un error en el ensayo terapéutico o por un aumento en su peso corporal.
- Durante un periodo relativo, sobretudo al principio suelen aparecer sensaciones claustrofóbicas (en personas propensas).

e) Patrón de Autopercepción:

- El paciente puede sentir una disminución en su autoestima al verse con la necesidad de dormir dependiente de una máquina.

f) Patrón Rol-Relaciones:

- El paciente puede comentar que le supone una molestia y que le avergüenza utilizar la CPAP cuando tiene que viajar (hoteles, casa de familiares o amigos, ...).

5) COMPLICACIONES POTENCIALES

Las complicaciones potenciales del uso continuado de la CPAP son de escasa incidencia, pero a veces pueden aparecer:

- Irritación local por la presión de la mascarilla.
- Sequedad nasal y/o faríngea (se recurriría a humidificadores)
- Congestión nasal. Rinorrea. Rinitis.
- Conjuntivitis por compresión del conducto lacrimal por la mascarilla.
- Otolgia por barotrauma sobre el oído interno.

6) DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

Riesgo de alteración en la nutrición R/C malos hábitos alimenticios.

Objetivo: Conseguir que el paciente cambie sus hábitos alimenticios por una dieta adecuada.

Actividades: - Recaltar la importancia de la dieta en esta patología, recordando al paciente que el aumento de peso le perjudica.

- Preguntar al paciente que tipos de dietas ha seguido, valorando si éstas han sido demasiado severas y/o monótonas pudiendo esto ser la causa del abandono.

- Derivar a un servicio de Endocrinología si fuera preciso.

Riesgo de afectación de la movilidad física R/C el sedentarismo.

Objetivo: Fomentar el ejercicio diario.

Actividades: - Volver a comentar los riesgos que trae consigo la práctica de una vida pasiva.

- Proponerle ejercicios a realizar en su propia casa si es posible.

- Indagar la causa de por qué no hace ejercicio (falta de tiempo, patologías asociadas, ...) e intentar conjuntamente con el paciente, darle una solución.

- Concienciar a la familia para que ayude al paciente en su esfuerzo de hacer ejercicio.

Riesgo de alteración en el bienestar R/C molestias provocadas por el uso de la CPAP-BIPAP.

Objetivo: Intentar solucionar las molestias e incomodidades que pudiera provocar este dispositivo.

Actividades:- Hacerle entender al paciente que el tratamiento debe utilizarlo por que en ese momento le es necesario.

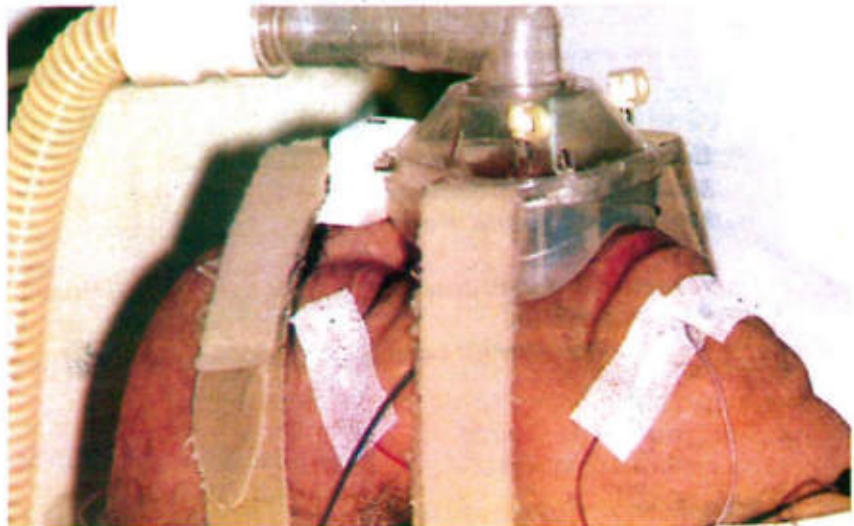
- Del mismo modo hacerle comprender que necesitará un cierto tiempo de adaptación a dicho tratamiento; con paciencia y buena voluntad acabará adaptándose.
- En caso de presentar sequedad de la mucosa nasal podremos recomendar la humidificación del ambiente mediante humidificadores o algún otro remedio casero. Lo más acertado sería poner al paciente en contacto con la empresa suministradora de los dispositivos CPAP-BIPAP, ya que disponen de sistemas de humidificación acoplables a estos aparatos.
- Si el paciente se queja de molestias por presión de la mascarilla nasal, en un principio se le recomendaría algún que otro remedio casero (algodones, ...) si no fuera efectivo, la distribuidora dispone de soluciones efectivas (cambios de material de mascarillas, uso de olivas nasales, ...).

Riesgo de Alteración en el Mantenimiento de la Salud R/C Tabaquismo y consumo de Alcohol.

Objetivo: Que el paciente abandone estos hábitos a la mayor brevedad posible.

Actividades:

- Explicar nuevamente las complicaciones que estos hábitos le pueden acarrear..
- Recomendarle la asistencia a charlas y terapias de grupo.
- El personal sanitario debe ayudar con su ejemplo al paciente, evitando fumar delante del mismo.



Con el dispositivo CPAP-BIPAP, es necesario evitar en lo posible las molestias al paciente.



Aspecto del paciente con los dispositivos de CPAP-BIPAP.

Riesgo de abandono del tratamiento R/C intolerancia al mismo.

Objetivo: Identificar las causas primarias de dicha intolerancia y darle solución.

Actividades:

- Investigar para descubrir los problemas existentes.
- Derivar al servicio de ORL para aclarar si existen problemas a este nivel que supongan una dificultad para el uso de este dispositivo.

Posible trastorno de la percepción de sí mismo R/C la

dependencia a la CPAP durante las horas de sueño.

Objetivo: Ayudar a superar el problema psicológico que el paciente puede estar sufriendo en ese momento..

Actividades:

- Hacer ver al paciente que el sueño es una actividad pasiva en la que goza de una intimidad suficiente para utilizar este tratamiento con tranquilidad.
- Que el paciente entienda que si sigue las recomendaciones higienicodietéticas ya explicadas el tratamiento podría llegar a ser retirado.

- Sopesar con el paciente los pros y contras del uso de este tratamiento, hasta llegar a convencerlo de que las ventajas superan los inconvenientes.

NOTA: Los **Criterios de Resultados** no se han incluido en este trabajo por ser algo muy variable, y que debe ser el propio profesional el que en cada caso y para cada diagnóstico de enfermería fije el tiempo que crea oportuno para valorar si se cumple o no el objetivo que se marcó al establecer el diagnóstico.

7) NORMAS DE EDUCACIÓN SANITARIA PARA EL PACIENTE Y SU FAMILIA

Cuando el paciente y su familia salga se la consulta de Enfermería deben haber comprendido:

- 1.- Que la dieta para perder peso es fundamental para la solución de este problema, por tanto hay que orientarla hacia frutas, legumbres, verduras, ...

- 2 - Que en caso de persistir hábitos insanos como alcohol y tabaco estos deben de ser eliminados.
- 3 - Que debe seguir aumentando su actividad física diaria.
- 4 - Todas y cada una de las instrucciones para el buen uso y mantenimiento del dispositivo CPAP-BIPAP.
- 5 - Dar información suficiente sobre a quien deben dirigirse y como hacerlo si su CPAP tiene algún problema.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- DE VEGA GÓMEZ, A. et al. "Síndrome de apnea del sueño", 1994.Oviedo.
- 2.- DURÁN CANTOYA, J. "SAOS.Eficacia del tratamiento a largo plazo". Congress Annual European Respiratory Society. 1995. Vitoria.
- 3.- MORERA, J. et al. "La CPAP nasal en al tratamiento del SAS". Revista Medicina Clínica, vol. 9, . nº 16, pág. 227-229, 1988. Barcelona.
- 4.- MARÍN, J.M. et al. "Síndrome de apnea obstructiva del sueño y su tratamiento mediante presión positiva aérea nasal continua".Archivos de Bronconeumología, vol. 26, nº 6, pág. 255-261. 1990. Montreal. Canadá.
- 5.- TERÁN SANTOS, J. et al, "Síndrome de apnea del sueño. Manifestaciones clínicas y tratamiento con presión positiva continua sobre la vía aérea (cPAP) en 40 pacientes". Revista Clínica Española, vol.190, nº 2, pág. 65-68, Febrero 1992. Burgos.
- 6.- MONTURIOL, J. et al, "Alteraciones respiratorias durante el sueño".Monografía. Revista Patología del Aparato Respiratorio (PAR), nº 74, Noviembre 1988. Madrid.
- 7.- ESTIVILL SANCHO, E. "El Sueño, ese desconocido"; Tomo III; Editorial Médica internacional S.A., 1991 Madrid.
- 8.- BARROT CORTÉS, E. et al. "Alteraciones Respiratorias durante el Sueño. Estudio Protocolizado". Revista Medicina Clínica, vol. 87, nº 5, pág. 187-192, Junio 1986. Barcelona.
- 9.- BARROT CORTÉS, E et al. "Síndrome de Apneas durante el Sueño". Archivos de Bronconeumología, vol. 23, nº 2, 1987. Sevilla.
- 10.- LEÓN JIMÉNEZ, A. et al. "Síndrome de Apnea Obstructiva durante el Sueño: Ensayo de Tratamiento con Presión Positiva Continua en la Vía Aérea". Revista Medicina Clínica, vol. 90, pág.. 276-279, 1988, Barcelona.
- 11.- ÁLVAREZ SALA, R. et al. "El Síndrome de Apnea de Sueño". Revista Medicina Clínica, vol. 86, nº4 pág. 161-168, 1986, Barcelona.
- 12.- RUIZ, J et al. "Esquemas Clínicos-Visuales en Neumología". Ediciones Doyma S.A., 1986, Barcelona.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

**TU COLEGIO
TE PROTEGE
CON 200 MILLONES
DE PESETAS**

**¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo**



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA
SEVILLA

XVI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE SEVILLA



PREMIOS

PRIMERO: 600.000 Pesetas

SEGUNDO: 300.000 Pesetas

TERCERO: 200.000 Pesetas

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

B A S E S

- 1ª DENOMINACIÓN:** Título "Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 2ª OBJETO:** Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases de mismo.
- 3ª DOTACIÓN:** La dotación económica será de SEISCIENTAS MIL PESETAS (600.000) para el trabajo premiado en primer lugar, TRESCIENTAS MIL PESETAS (300.000) para el trabajo premiado en segundo lugar y DOSCIENTAS MIL PESETAS (200.000) para el premiado en tercer lugar.
- 4ª PRESENTACIÓN:** Los trabajos que opten a este Certamen deberán ser presentados dentro de los plazos que cada convocatoria anual marque, no tendrán limitación de espacio y acompañarán Bibliografía. Se presentarán por duplicado en tamaño D.I.N. A-4, mecanografiado a doble espacio por una sola cara y encuadernados. Incluirán en separado un resumen de los mismos, no superior a dos páginas.
- 5ª CONCURSANTES:** Sólo podrán concurrir profesionales en posesión del Título de A.T.S. o D.E. y que se encuentren colegiados.
- 6ª JURADO:** Será Presidente del Jurado el del Colegio de Enfermería de Sevilla o persona en quien delegue. Seis vocales, cada uno de los cuales representará: al Colegio de Sevilla, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, tres Vocales por las escuelas Universitarias de Enfermería y uno representando a las Unidades de Formación Continuada de Sevilla. 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.
- 7ª INCIDENCIAS:** El hecho de participar en este Certamen supone la aceptación de las presentes bases.
- 8ª DECISIÓN DEL JURADO:** Los concursantes, por el simple hecho de participar en la Convocatoria, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial contra el fallo del Jurado, que será inapelable. Los premios no podrán quedar desiertos ni ser compartidos entre dos o más trabajos.
- 9ª DOCUMENTACIÓN:** Los trabajos serán remitidos por correo certificado con acuse de recibo o cualquier otra empresa de cartería, al Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla, Avda. Ramón y Cajal, nº 10 (41005 Sevilla), en sobre cerrado con la indicación "XVI CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE SEVILLA". No llevarán remite ni ningún otro dato de identificación. En su interior incluirá: el trabajo conforme se indica en el punto 4º de estas bases, firmado con pseudónimo; sobre cerrado, identificado con el mismo pseudónimo incluyendo nombre y dirección completa de autor o autores, teléfono de contacto del 1º firmante, certificado de colegiación reciente y curriculum vitae de la totalidad del equipo, si lo hubiere. Los trabajos presentados omitirán obligatoriamente referencias a localidad, centro o cualquier otro apartado, que pudiera inducir a los miembros del Jurado a la identificación, antes de la apertura de los pliegos, de la procedencia o autores de los mismos.
- 10ª 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 obligación de mencionar que ha sido premiado en el "XVI Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".
- 11ª TITULAR DEL PREMIO:** Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo.
Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el 31 de octubre de 2000. 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 2000.



**ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE
DIPLOMADOS EN
ENFERMERIA
DE SEVILLA**

Patrocina



CAJA MADRID