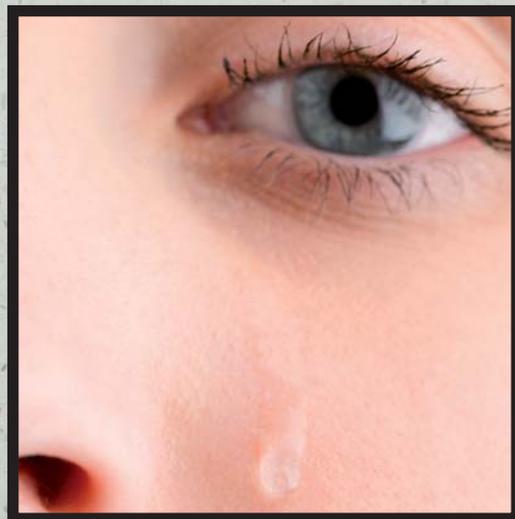




cuidando la salud

Revista Científica de Enfermería
del Colegio Oficial de Zaragoza



Volumen 8 ⊕ Año 2008



**COLEGIO OFICIAL
ZARAGOZA**



Tomás Bretón, 48, pral.
Edificio Torresol. 50005 Zaragoza



976 356 492



976 559 774



enfermeria@ocez.net (Zaragoza)
enfermeria2@ocez.net (Calatayud)

servicios colegiales

ASESORÍA JURÍDICA

- **Juan Carlos Campo Hernando.**
Atención en la Sede Colegial, previa petición de hora.
Horario:
Lunes y jueves, de 18,30 a 20,30 horas.
Martes y miércoles, de 12 a 13,30 horas.

ASESORÍA FISCAL Y TRIBUTARIA

- **Jesús Fernández Asensio.**
Avda. Goya, 28, esc. II, 1º dcha. 50006 Zaragoza.
Tel. 976 223 768.
Horario de atención, de 16 a 20 horas, previa petición de hora.
Tramitación gratuita de la jubilación.

SERVICIOS GENERALES

- Atención inmediata por parte del Presidente.
Horario de 11 a 13 horas.
Casos urgentes: Teléfono Presidente 629 420 641.
- Tramitación de colegiación: altas, traslados.
- Certificados de colegiación, responsabilidad civil, cuota, etc.
- Registro de Títulos.
- Tramitación de bajas por jubilación, fallecimiento, traslado no ejerciente.
- Cambios de cuentas corrientes.
- Información a domicilio sobre bolsas de trabajo, oposiciones, etc., previa solicitud.
- Información del BOE y BOA.
- Inserción de anuncios en el tablón del Colegio, en la revista **Noticias de Enfermería** y en la página web **www.ocez.net**.
- Inserción de ofertas de trabajo en la página web **www.ocez.net**.
- Compulsa gratuita de documentos.
- **Teléfono azul** de la Enfermería **902 500 000**, 24 horas.
- Entradas bonificadas para los teatros Principal y del Mercado de Zaragoza.
- Conexión a internet.

PRESTACIONES SOCIALES

- Ayudas por matrimonio, nacimientos y defunciones.

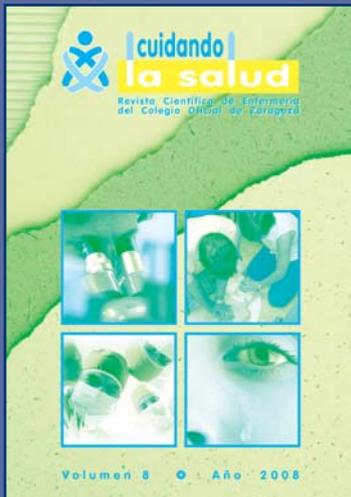
SEGUROS

- Responsabilidad civil profesional
Máxima indemnización por siniestro: 3.090.000 €.
Límite por anualidad: 20.000.000 €.
Inhabilitación profesional máxima: 1.350 € mensuales (hasta 15 meses).

FORMACIÓN CONTINUADA

- Amplia oferta de docencia por trimestres, con un programa de cursos baremables.
- Información personal y telefónica de los distintos Cursos, Jornadas, Seminarios, etc. e inscripciones en los mismos.
- Documentación, certificados, etc., que pudieran derivarse del programa docente.





Portada: Fco. Núñez Arcos / Los Sitios

Director

Juan José Porcar Porcar

Comité Técnico Científico

Coordinadora

A. Carmen Longares Longares

Miembros

Gloria de Gregorio Ariza

Ángel-Montón Serrano

Francisca Martínez Lozano

Director Técnico

Francisco Núñez Arcos

Edita

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza.

Tomás Bretón, 48, pral.

Edif. Torresol. 50005 Zaragoza

Tel. 976 356 492 Fax 976 559 774

E-mail enfermeria@ocez.net

www.ocez.net

Edición y diseño

Los Sitios, talleres gráficos.

Ávila, 17 bajos. 50005 Zaragoza

Depósito Legal

Z-2.253/99

ISSN

1696-1005

Esta publicación no puede ser reproducida ni transmitida total o parcialmente sin la autorización expresa de la entidad editora.

El Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza, no se hace responsable del material que los autores suministran para su publicación.

E D I T O R I A L

Cuando hace ahora poco más de doce meses hacíamos balance del año transcurrido, me refería a la finalización de los Cursos de Convalidación de ATS por DUE, hoy una realidad, y también hacía alusión a la implantación del Grado, un proyecto



materializado este Curso, por la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. La Universidad de Zaragoza y la Escuela han sido pioneras en la adaptación de los estudios de Enfermería a los acuerdos de Bolonia y al Espacio Europeo de Educación Superior. El nuevo Plan de Estudios ya está implantado, Zaragoza ha marcado la pauta, abierto el camino, ya podremos ser Doctores en Enfermería. Reconociendo su trabajo, el Colegio ha hecho un merecido homenaje a la Escuela y a las enfermeras y enfermero profesores titulares de la misma que *“han contribuido con su compromiso, colaboración, apoyo y esfuerzo personal”* a la implantación, en este Curso, de los estudios de Grado de Enfermería en la Escuela de Ciencias de la Salud de nuestra Universidad. La Junta de Gobierno les ha concedido, por unanimidad, la Insignia de Oro del Colegio. El acto de entrega de las insignias y una Placa a la Escuela ha sido, muy cálido, como queríamos, y la asistencia del Rector de la Universidad le ha dado la solemnidad y el rango que merecía.

Respecto al tema de la prescripción enfermera, el ministro Soria está cumpliendo su compromiso y la prescripción enfermera está en el Parlamento. Ya es realidad en algunas Comunidades Autónomas, espero que enseguida llegue a todo el panorama español. También se han dado pasos importantes en el espinoso tema de las agresiones a personal de enfermería. Los ataques siguen produciéndose y las últimas sentencias en las que se considera a la enfermera agredida como funcionaria pública son positivas y como consecuencia las penas son mayores para los agresores.

En las páginas de este número de **cuidando la salud** encontrarás una serie de trabajos elaborados por otros compañeros de profesión que han dedicado a ellos muchas horas de estu-

dio e investigación, en muchos casos restándoselas a su familia o amigos, a sus ratos de ocio. Cuatro de ellos han sido recompensados con el Premio Científico de Enfermería o el Premio de Investigación Enfermera «Don Ángel Andía Leza»

que el Colegio convoca cada año, y otros son colaboraciones de profesionales enfermeros que aceptan el reto de investigar para mejorar los cuidados de Enfermería, ampliando sus conocimientos y lo exponen a sus compañeros, comparten con todos sus experiencias. Espero que su lectura y estudio sean para ti de gran utilidad, que supongan una mejora de tus conocimientos profesionales.

Para terminar, dos noticias positivas que ampliaré en mis contactos periódicos con vosotros en otros medios: Hemos firmado un Convenio y estamos en la fase de estudio de necesidades para un Programa de Atención Integral de Enfermería, dirigido a colegiados jubilados, en activo y familiares de primer grado. El estudio lo están llevando a cabo una trabajadora social y una terapeuta ocupacional, que desde ahora hasta octubre recogerán por medio de cuestionarios y visitas domiciliarias la información sobre las necesidades socioculturales y demandas de servicios terapéuticos que servirán para elaborar la cartera de servicios que se ofertará dentro del Programa Socioterapéutico. Por otra parte, la inminente convocatoria de oposiciones antes del verano, aunque aún no hay fechas concretas, paliará en alguna medida la insuficiencia de personal en los Hospitales y Centros de Salud.

Como veis son muchos los frentes abiertos, estamos poniendo todo nuestro empeño, con tesón y constancia, pero sobre todo con mucha ilusión, creemos en lo que estamos haciendo. Y no vamos a reblar, como se dice en Aragón, así al final tendremos los resultados buscados, todos ellos en beneficio de la profesión.

Un abrazo para todos.

Juan José Porcar Porcar
Presidente

Un nuevo servicio de la **Fundación Index** para promocionar la producción científica enfermera.

A partir de este momento todos los autores que deseen incluir directamente sus trabajos en **cuiden**, pueden hacerlo con sólo solicitarlo a la Fundación Index (www.index-f.com). Hasta ahora, **cuiden** se nutría casi exclusivamente de los artículos publicados en revistas científicas y otros materiales aportados por editoriales o instituciones, sin embargo es cada vez mayor el número de autores que solicitan incluir sus trabajos, bien porque no han sido publicados en los canales habituales, o porque lo han sido en publicaciones que no entran en los circuitos comerciales, y por tanto, de difícil localización. En otros casos las enfermeras publican sus trabajos en revistas que no son exclusivas de enfermería, o en idiomas diferentes del español.

La Fundación Index hace una llamada a todos aquellos profesionales de enfermería o disciplinas afines que deseen aumentar la difusión de sus trabajos a que verifiquen si están incluidos en la base de datos **cuiden** y en su defecto soliciten su inclusión (www.index-f.com).

Los trabajos que pueden incluirse son desde Tesis doctorales, Tesinas y Bachelor, Textos de congresos y Reuniones científicas, Libros y Monografías, Artículos y Documentos publicados en Internet. El procedimiento para su inclusión consiste en el envío del documento original o copia (incluida electrónica) a la Fundación Index (apartado de correos, 734; 18080 Granada, España, o indexcd@interbook.net) acompañado de una carta en la que se solicite su inclusión y se autorice el uso con fines divulgativos.

Más información sobre este nuevo servicio puede obtenerse en la web de la Fundación Index www.index-f.com. Existe una relación directa entre el consumo de materiales científicos (artículos, libros, etc.) y su circulación en las bases de datos bibliográficas. **cuiden** es, además, la base de datos bibliográfica más exhaustiva de enfermería en español, y por tanto, la más utilizada por la comunidad científica hispanohablante, razón por la que merece la pena que todos los autores se preocupen porque sus trabajos estén debidamente indizados en este fondo.

La **Fundación Index** es una organización no gubernamental sin ánimo de lucro dedicada a promover la investigación en cuidados de salud.

Apartado de Correos 734
18080 GRANADA (España)
Teléfono y fax: 958 293 304
E-mail: indexcd@interbook.net
Web: www.index-f.com

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La revista del Colegio Oficial de Enfermería **cuidando la salud**, ha adquirido el compromiso de promover y difundir información científica referente acerca de la teoría, la práctica asistencial, la investigación y la docencia, de la ciencia enfermera. Los objetivos de esta publicación son:

- Estimular la mejora continua de la calidad de la práctica asistencial.
- Reflejar los avances en cualquiera de las áreas de influencia en la enfermería.

TIPOS DE ARTÍCULOS ACEPTABLES:

Trabajos originales, artículos de opinión, revisiones de literatura, casos clínicos, estudios de investigación y artículos generados como consecuencia de proyectos docentes.

PROPIEDAD INTELECTUAL:

Todos los trabajos aceptados quedarán en propiedad del Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza. Para su reedición deberán contar con el permiso por escrito de dicho Colegio.

1 LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN, son artículos que plasman los resultados de un estudio relacionado con los cuidados enfermeros que aporte nuevos conocimientos sobre un tema concreto, o que confirme o refute hipótesis ya planteadas. Deberán respetar la estructura propia de todo trabajo científico y constarán de:

1.1 PÁGINA DEL TÍTULO: En la que figurarán el nombre y dos apellidos de los autores, departamento e institución a las que deba ser atribuido el trabajo, nombre y dirección completa del autor responsable de la correspondencia.

1.2 RESUMEN Y PALABRAS CLAVE: Deberán aparecer en la segunda página. La extensión máxima del resumen será de 250 palabras y se recomienda que esté semiestructurado, es decir que tenga los siguientes encabezamientos: Objetivo, Material y Método, Resultados y Conclusiones. En la misma hoja aparecerán las palabras clave (mínimo de tres y máximo de ocho) que permitirán identificar el trabajo en las bases de datos.

1.3 ABSTRACT Y KEY WORDS: Es la traducción al inglés del resumen y las palabras clave y figurará en la tercera página, junto al título del trabajo en inglés.

1.4 INTRODUCCIÓN: Debe contener la justificación y objetivos del trabajo y resumir el fundamento del mismo sin profundizar excesivamente en el tema.

1.5 MATERIAL Y MÉTODOS: Debe incluir la descripción detallada de la selección de los sujetos estudiados, especificando los métodos, medios y procedimientos empleados de modo que el trabajo pueda ser reproducido por otros investigadores. Debe constar expresamente el cumplimiento de las normas éticas seguidas por los autores y la metodología estadística utilizada.

1.6 RESULTADOS: Deben ser claros y concisos, con el análisis de los datos obtenidos y sin interpretaciones de éstos, ni repetición de los reflejados en tablas y figuras.

1.7 DISCUSIÓN: Basada en los resultados arrojados por el trabajo y con comentarios relativos a éstos y a los hallados por otros investigadores, señalando las diferencias o coincidencias encontradas. Se explicarán las limitaciones del estudio si las hubiere, y no se reflejarán más conclusiones que las que se apoyen directamente en los resultados.

1.8 AGRADECIMIENTOS: Ocuparán un máximo de cinco líneas y deben incluir cualquier tipo de financiación o ayuda recibida.

1.9 BIBLIOGRAFÍA: Las citas bibliográficas se identificarán en el texto con la correspondiente numeración correlativa mediante números arábigos en superíndice. Se escribirán a doble espacio y se numerarán consecutivamente al orden de aparición en el texto.

1.10 TABLAS Y FIGURAS: Los trabajos deberán remitirse mecanografiados a doble espacio, original y dos copias, en DIN A-4, por una sola cara y con unos márgenes mínimos, superior, inferior y laterales de 3 centímetros.

2 CARTAS AL DIRECTOR son comentarios y opiniones expresados en los contenidos de la revista.

3 ARTÍCULOS CONCEPTUALES O DE FONDO referidos al Marco Conceptual de la Enfermería o a elementos organizativos o de gestión. Constarán de Introducción, Desarrollo, Conclusiones y Bibliografía.

4 LAS REVISIONES DE LA LITERATURA son trabajos y revisión de la literatura más actualizada en los que los autores efectúan un ejercicio de comparación e interpretación. El artículo comprenderá, introducción, desarrollo, conclusiones y bibliografía utilizada.

5 LOS CASOS CLÍNICOS son trabajos descriptivos de uno o varios casos relacionados con la práctica enfermera en la que se describe el proceso de atención de enfermería. La estructura será de, introducción, descripción del proceso y desarrollo, discusión, conclusiones y bibliografía.

PRESENTACIÓN DE TRABAJOS.

Los trabajos deberán remitirse mecanografiados a doble espacio, original y dos copias, en DIN A-4, por una sola cara y con unos márgenes mínimos, superior, inferior y laterales de 3 centímetros por una cara. Se incluirá una carta dirigida a la revista en la que se indique, el nombre, dirección, teléfono, fax, del autor/es. Todo ello ajustado a las Normas Internacionales de Vancouver, según lo indicado en la 5ª edición de 1997 del documento sobre Requisitos de Uniformidad para Manuscritos Presentados a Revistas Biomédicas del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (N Engl J Med 1997; 336:309-15).

Editorial

Trabajos Originales

Tú puedes salvar una vida

Primer Premio Científico de Enfermería 2008 del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza
Eduardo Mir Ramos, Roberto Antón Ramos, Rafael Castro Salanova, José Antonio Gallego Catalán, Sergio García Murillo, Marta Palacios Laseca 4

Intervención y Tratamiento Enfermero en Paciente Vascular con úlcera de 7 años de evolución: el secreto del cuidado de las heridas

Accésit. Premio Científico de Enfermería 2008 del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza
Raúl Juárez Vela 13

Patología tiroidea: el papel preventivo en enfermería

Primer Premio de Investigación Enfermera «D. Ángel Andía Leza».
Ana Aznar Sauca, Elizabet Real Lopéz, Rosa Álvarez Lahuerta, Raquel Ibáñez Marco, Pilar Bocos Terraz, Silvia Izquierdo Álvarez, Rosa Ana Vela Palmer 25

Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato, y factores de riesgo

Accésit. Premio de Investigación Enfermera «D. Ángel Andía Leza».
Miriam Navas Monzón 36

Artículos Conceptuales

Historia de los colgajos

M^a Asunción Martín Conde 52

Teoría y práctica de las intervenciones asistenciales y educacionales en nutrición y dietética, de las enfermeras

M^a Lourdes de Torres Aured, Mercedes López-Pardo Martínez, Ana Domínguez Mæso, Cristina de Torres Olson 57

Leído en...

El ethos que cuida

A.M. Montón Serrano 66

Saber cuidarse para poder cuidar

Fidel Delgado 68

Protocolos de actuación

Protocolo de actuación de enfermería en la intervención de catarata

Luis Fernando Manchón López, María Cristina Serrano Beritens 71

Valoración del impacto socio-sanitario de la incontinencia urinaria en el anciano a través de un caso clínico: medidas preventivas y higiénicas desde una faceta enfermera

Raúl Juárez Vela, María Isabel Romo Sanz, Cristina Falces Oliveros 75

Actualidad

Los criterios de calidad editorial LATINDEX en el marco de la evaluación de la revista española cuidando la salud, editada por el Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza

F. Martínez Lozano, A.C. Longares Longares, A. Montón Serrano, G. de Gregorio Ariza 81

VII Congreso Nacional de Enfermería en Otorrinolaringología

C. Carriquiri Milián, A. Anguas Gracia, J.C. Fraca Cardiel, F. Martínez Lozano 83

41º Congreso Nacional SEPAR

A. Anguas Gracia, C. Carriquiri Milian, J.C. Fraca Cardiel, F. Martínez Lozano 83

Congresos, Cursos y Jornadas 84

Trabajos originales

TÚ PUEDES SALVAR UNA VIDA

1.º Premio Científico de Enfermería 2008,
del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza

EDUARDO MIR RAMOS.

Diplomado Universitario en Enfermería.
Enfermero de Urgencias y Emergencias del
Servicio Aragonés de Salud (061 Aragón).
Unidad Móvil de Emergencias de Alcañiz.

ROBERTO ANTÓN RAMAS.

Licenciado en Medicina y Cirugía.
Médico de Urgencias y Emergencias del
Servicio Aragonés de Salud (061 Aragón).
Unidad Móvil de Emergencias
de Ejea de los Caballeros.

RAFAEL CASTRO SALANOVA.

Licenciado en Medicina y Cirugía.
Especialista en Medicina
Familiar y Comunitaria.
Médico de Urgencias y Emergencias del
Servicio Aragonés de Salud (061 Aragón).
Unidad Móvil de Emergencias de Alcañiz.

JOSÉ ANTONIO GALLEGO CATALÁN.

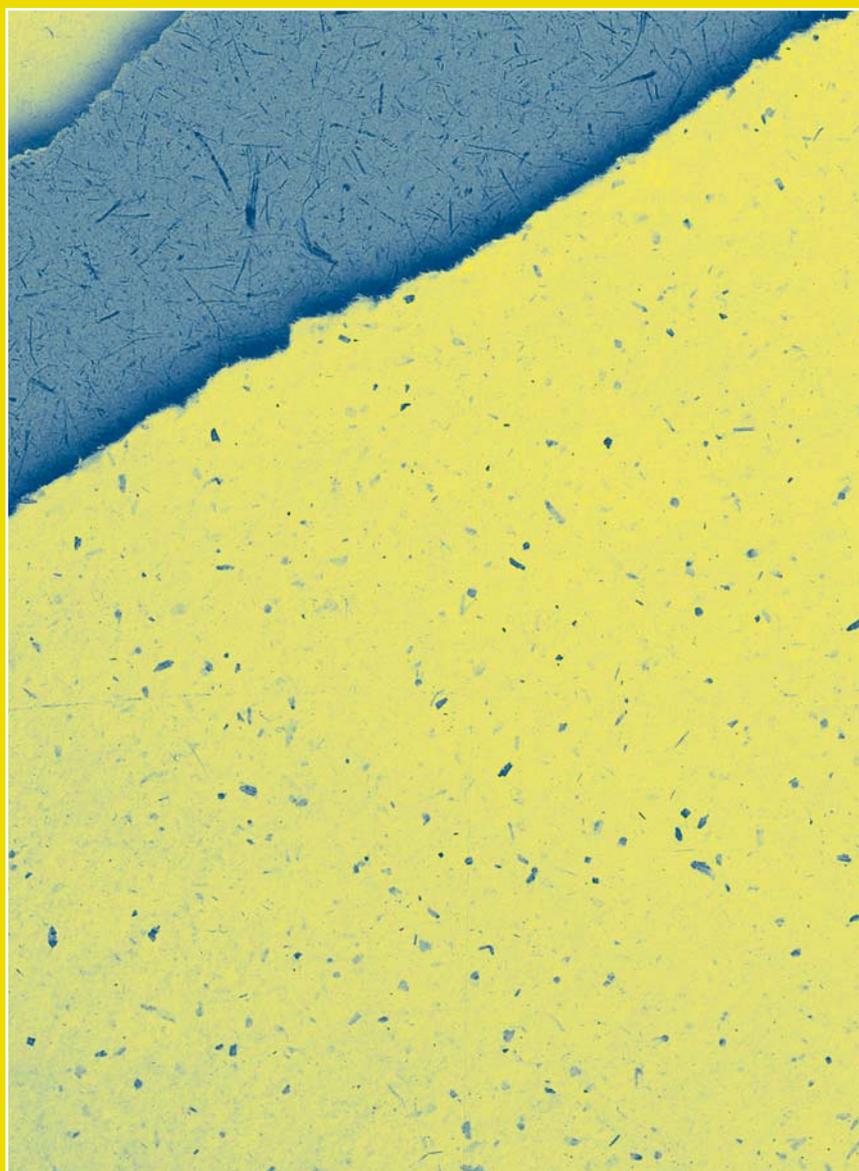
Licenciado en Medicina y Cirugía.
Especialista en Medicina
Familiar y Comunitaria.
Médico de Urgencias y Emergencias del
Servicio Aragonés de Salud (061 Aragón).
Unidad Móvil de Emergencias de Monzón.

SERGIO GARCÍA MURILLO.

Diplomado Universitario en Enfermería.
Enfermero de Urgencias y Emergencias del
Servicio Aragonés de Salud (061 Aragón).
Unidad Móvil de Emergencias de Zaragoza.

MARTA PALACIOS LASECA.

Diplomada Universitaria en Enfermería.
Enfermera de Urgencias y Emergencias del
Servicio Aragonés de Salud (061 Aragón).
Unidad Móvil de Emergencias
de Ejea de los Caballeros.



Persona de Contacto

Eduardo Mir Ramos. Aldebarán, 60, esc. 7, 3-B. 50012 Zaragoza. Teléfono 626 208 013

RESUMEN

El inicio de las maniobras de Soporte Vital Básico (SVB) lo más precozmente posible mejora la supervivencia de la víctima de parada cardiorrespiratoria. La enseñanza de estas maniobras desde los colegios e institutos constituiría el marco ideal para el aprendizaje temprano de dichas técnicas.

El presente trabajo es un estudio descriptivo y transversal realizado con todos los alumnos matriculados en 4º de la ESO, durante el curso 2006-2007, del Instituto de Educación Secundaria Moncayo Corazonistas de Zaragoza. Analiza la opinión de los alumnos sobre una intervención de educación para la salud en materia de SVB. Además, también pretende proporcionar a los alumnos, conocimientos, habilidades y destrezas necesarias en dicha materia.

De los resultados obtenidos se desprende que la totalidad de los alumnos valoró de forma positiva el taller. Además, el 100% de ellos opinó que la exposición teórica les resultó fácil o muy fácil de aprender y, casi el 90%, consideró lo mismo respecto a la exposición práctica. Cabe destacar que un 23% de los alumnos pensaban que la duración de las prácticas fue escasa. También es importante señalar que sólo el 7% de los alumnos conocía todos los pasos de la reanimación cardiopulmonar. Esto nos da idea de lo mucho que falta por hacer y de la importancia que tiene la educación para la salud en materia de SVB.

Otros temas relacionados con la salud que los alumnos demandaron fueron: alimentación, epilepsia, alcohol, drogas y accidentes de tráfico, entre otros.

PALABRAS CLAVE:

Parada cardiorrespiratoria, Cadena de Supervivencia, Soporte Vital Básico, Educación para la Salud y Encuesta de opinión.

INTRODUCCIÓN

La parada cardíaca es una situación de emergencia vital¹, de hecho la parada cardíaca súbita es la principal causa de muerte en Europa². Se calcula que, en España, se producen más de 25.000 muertes anuales por infarto de miocardio, antes de que el paciente pueda recibir asistencia médica³.

Existen estudios que demuestran que, en el intervalo de respuesta, (tiempo que transcurre desde la llamada al servicio médico de emergencias hasta la llegada al aviso) se invierten 8 minutos o más; durante este tiempo, la supervivencia de la víctima depende del inicio precoz de los tres primeros eslabones de la denominada “cadena de supervivencia”, por parte de los testigos presenciales².

Por “cadena de supervivencia” se entiende el conjunto de procedimientos que, realizados de forma ordenada, consecutiva y precozmente, han demostrado ser los más eficaces para tratar a los pacientes con parada cardíaca. La “cadena de supervivencia” se compone de cuatro eslabones: el reconocimiento precoz de la emergencia, la activación de los servicios de emergencia, RCP precoz y soporte vital avanzado^{2 4 5 6}.

Todas las sociedades científicas resaltan la importancia que tiene la precocidad en el inicio de las maniobras de soporte vital¹⁰. El alertar rápidamente a los servicios de emergencia y comenzar lo antes posible las maniobras de reanimación cardiopulmonar aumenta las posibilidades de supervivencia y disminuye las secuelas graves^{2 15 16 17}.

Numerosos estudios científicos confirman la utilidad de la aplicación de las maniobras de RCP bá-

sica y/o avanzada, así como una buena formación tanto teórica como práctica^{7 20}.

Instruir a la población en general y, no sólo a los profesionales sanitarios, en las maniobras de soporte vital básico, redundaría en el bien de la colectividad^{8 9}.

Los colegios e institutos constituyen el entorno ideal para iniciar precozmente a la población en el conocimiento y el aprendizaje de dichas técnicas³.

En algunos países como Noruega, Gran Bretaña o Estados Unidos ya se han puesto en marcha estrategias que posibilitan la enseñanza de las maniobras de soporte vital en el ámbito escolar^{10 11}. Incluso prestigiosas sociedades médicas como la American Heart Association o el European Resuscitation Council, ponen de manifiesto la necesidad de desarrollar programas de RCP para las escuelas como una estrategia primaria educativa para asegurar el desarrollo del aprendizaje de RCP³.

Aquí, en España, también se han llevado a cabo estrategias de educación en materia de RCP en las escuelas¹², como en la comunidad de Madrid, con su programa “Las vidas también se salvan en las escuelas”¹²; en Cataluña, con el programa “PROCES”³; en Andalucía, con el programa 061 en las aulas¹³; o en Canarias, a través de cursos para escolares impartidos por el servicio de urgencias canario en colaboración con la Dirección General de Promoción Educativa de la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno de Canarias¹⁴.

A pesar de lo anteriormente expuesto, es notorio resaltar que, en la actualidad, no existe ninguna oferta formativa reglada en materia de reanimación cardiopulmonar en la mayoría de las comunidades autónomas, Aragón es un claro ejemplo de ello. Con este proyecto pretendemos comenzar a llenar el vacío existente en este ámbito y promocionar el desarrollo de programas de educación para la salud en Soporte Vital Básico.

En el presente trabajo se analiza la opinión de los alumnos de los Institutos de Enseñanza Secundaria respecto a un taller práctico de reanimación cardiopulmonar. Además, pretendemos instruir a los alumnos para que sepan qué hacer y qué no hacer ante una situación de emergencia, cómo alertar a los servicios de asistencia urgente, así como aprender maniobras básicas de reanimación cardiopulmonar.

OBJETIVOS

Generales

- Conocer la opinión de los alumnos de los Institutos de Enseñanza Secundaria respecto a un taller de RCP.
- Proporcionar a los alumnos, los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias en materia de Soporte Vital Básico.

Específicos

- Adquirir conocimientos básicos de las causas y mecanismos más importantes de la parada cardiorrespiratoria.
- Capacitar al alumno para alertar adecuadamente a los servicios de Emergencias.

- Conocer las medidas preventivas para disminuir el riesgo de la parada cardiorrespiratoria.

- Adquirir los conocimientos básicos de las maniobras fundamentales a realizar en una situación de parada cardiorrespiratoria.

- Aprender las habilidades prácticas para la identificación de la parada cardiorrespiratoria y la realización de las maniobras de Soporte Vital Básico.

- Promocionar la salud dotando de herramientas y capacidades que les permitan adoptar decisiones informadas sobre los temas de salud.

- Promover el desarrollo de capacidades personales y la toma de decisiones libres y conscientes sobre la salud personal y social.

- Contribuir a la detección y resoluciones de problemas de salud

- Mejorar la integración social del individuo.

- Promocionar el desarrollo de programas de educación para la salud en materia de Soporte Vital Básico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y transversal realizado a una muestra de 61 escolares matriculados en 4º de la ESO del IES Moncayo Corazonistas de Zaragoza, en el curso académico 2006-2007.

Los talleres, con una duración de 4 horas y distribuidas en dos días, fueron impartidos por un grupo multidisciplinar de profesionales, que trabajan en los servicios de emergencia extrahospitalaria (véase programa del curso en Anexo 1).

El primer día se impartieron los conocimientos teóricos con apoyo de medios audiovisuales y, el segundo día, se desarrolló la parte práctica (taller), distribuyendo los alumnos en grupos de 6-8 y, asig-

nando un monitor por grupo (3 horas de duración).

Se asumen los grupos de alumnos ya formados por el propio centro educativo, formándose tres grupos que denominaremos: grupo A (21 participantes); grupo B (16 participantes) y grupo C (24 participantes).

Esquema del taller

- a Presentación: Objetivos y Metodología.

- b Una hora de exposición teórica desarrollada de forma activa y participativa, fomentando la resolución de dudas por parte del alumno y ajustada al programa desarrollado en el anexo 1.

- c Tres horas de realización de talleres de dramatización, con casos prácticos ajustados al contenido del programa, fomentando la dinámica de grupo y el trabajo en equipo. Para ello, se establecerán 3 ó 4 grupos de 6 a 8 personas cada uno.

- d Cuestionario de opinión sobre el taller realizado. Es un cuestionario mixto que consta de 8 preguntas, de las cuales 7 son preguntas cerradas (relacionadas con la exposición teórica y práctica del taller, su duración y los conocimientos previos de los alumnos entre otras cuestiones) y una pregunta abierta, necesaria para que los alumnos comenten sus inquietudes en materia de salud. (Véase anexo 2).

Actividades a realizar en el taller

- Participación activa en la clase teórica fomentando al alumno la realización de preguntas y resolución de dudas.

- El personal que imparte la parte práctica muestra a los alumnos la forma correcta de realizar la reanimación cardiopulmonar, de manera que sirve de modelo a los alumnos.

■ En los talleres prácticos, cada grupo de 6-8 alumnos, se subdivide por parejas. Cada pareja, mediante dramatización, va realizando las mismas maniobras que ha visto realizar al monitor.

■ Se realiza una dinámica de grupo con el resto de alumnos que comentan la actuación de la pareja que está realizando las maniobras. Con ello, se fomenta la participación, la crítica constructiva y la cooperación entre individuos. Esto se repite hasta que todos los alumnos han participado en la ejecución de la dramatización.

■ Tras la práctica se exponen supuestos prácticos que deben ser resueltos por los alumnos, sirviendo éstos de refuerzo del aprendizaje y evaluación.

RESULTADOS

Tras la relación del cuestionario de opinión (anexo 2) los resultados fueron los siguientes:

■ A la pregunta relacionada con la exposición teórica, el 75% de alumnos encuestados respondieron que les había resultado fácil y el 25% contestó que muy fácil. Siendo el resultado por grupos el siguiente:

■ Grupo A:
71% “fácil” y 29% “muy fácil”.

■ Grupo B:
81% “fácil” y 19% “muy fácil”.

■ Y Grupo C:
75% “fácil” y 25% “muy fácil”.
(Véase gráficas 1, 2, 3 y 4).

■ Analizando las contestaciones a la segunda pregunta, los contenidos prácticos les resultaron fáciles de aprender a un 60% de los alumnos y muy fáciles de aprender a un 38%. Cabe destacar que, a esta pregunta, el 50% del grupo B respondió que era “muy fácil” de

aprender. Así, los resultados por grupos fueron los siguientes:

■ Grupo A:
67% “fácil de aprender”
y 33% “muy fácil de aprender”.

■ Grupo B:
50% “fácil de aprender”
y 50% “muy fácil de aprender”.

■ Grupo C:
63% “fácil de aprender”,
33% “muy fácil de aprender”
y 4% “sin respuesta”.
(Véase gráficas 5, 6, 7 y 8).

■ En el caso de la tercera pregunta, ningún alumno opinó que la duración de las prácticas le pareciera demasiado larga, de hecho un 23% consideró que era escasa. El resultado por grupos fue el siguiente:

■ Grupo A:
14% “escasa” y 86% “suficiente”.

■ Grupo B:
38% “escasa” y 62% “suficiente”.

■ Grupo C:
21% “escasa” y 79% “suficiente”.
(Véase gráficas 9, 10, 11 y 12).

■ Tan sólo el 7% de los encuestados, afirmaron conocer todos los pasos de la reanimación cardiopulmonar. Siendo el resultado por grupos, en el cuarto ítem, el siguiente:

■ Grupo A; 5% “conocía todos los pasos”, 47% “conocía algún paso”
y 48% “no conocía casi nada”.

■ Grupo B; 79% “conocía algún paso” 17% “no conocía casi nada”
y 4% “sin respuesta”.

■ Grupo C; 7% “conocía todos los pasos”, 55% “conocía algún paso”,
36% “no conocía casi nada” y 2%
“sin respuesta”. (Véase gráficas 13,
14, 15 y 16).

■ El 100% de los alumnos valoró de forma positiva los talleres. Todos coincidieron que tenían más claro qué hacer ante una posible situa-

ción de parada cardiorrespiratoria y que les gustaría repetir el taller.

■ A la pregunta abierta, “Señala otros temas relativos a la salud que puedan ser de tu interés”, los temas que los alumnos demandaban mayoritariamente fueron los siguientes:

■ “Alimentación”, 18%,

■ “Epilepsia”, 14%,

■ “Alcohol y drogas”, 10%,

■ “Atragantamiento”, 10%,

■ y “Accidentes de Tráfico”, 14%.
(Véase gráfica 17).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La acogida que ha tenido esta iniciativa ha sido exitosa, ya que la totalidad de los alumnos considera la realización de estos talleres muy interesantes y clarificadores a la hora de enfrentarse ante una hipotética situación de parada cardiorrespiratoria.

Cabe destacar que únicamente 4 de los 61 alumnos, conocían todos los pasos de la reanimación cardiopulmonar antes de la realización de estos talleres. También es cierto que no fue realizada una prueba objetiva de conocimientos previa y posteriormente al taller, por lo que no se puede constatar si se ha producido un aumento real de conocimientos. En todo caso, esto sería otro de los aspectos a analizar en próximos estudios.

Otro dato a tener en cuenta es que los alumnos han encontrado sencillas y asequibles tanto las explicaciones dadas, como las prácticas realizadas valorando muy positivamente la experiencia.

A la vista de los resultados, creemos que este trabajo demuestra tanto la eficacia de la intervención realizada, como el interés de los alum-

nos en estos temas pero, para lograr universalizar la difusión de las maniobras de reanimación cardiopulmonar, no sólo tenemos que realizar intervenciones puntuales, sino que debemos implicar y animar al profesorado a que introduzcan programas de educación para la salud dentro de sus “proyectos curriculares de centro”. Nosotros, como profesionales sanitarios, debemos apoyar y reforzar la acción educativa que estos lleven a cabo, asesorándolos y formándolos en temas de salud y complementando su intervención mediante actuaciones conjuntas.

También creemos necesaria la actuación conjunta de los Departamentos de Sanidad y Educación para que se impartan programas de educación para la salud (que incluyan la formación en SVB) de forma obligatoria y no opcional, como viene ocurriendo hasta ahora.

De todas maneras, como dijo Pilar Lorenzo Vilar: *“falta mucho por hacer, y todavía no se puede afirmar que la totalidad de los chicos y chicas que en la actualidad cursan la enseñanza obligatoria en España, se han beneficiado de formación en contenidos específicos de “educación para la salud”*².

AGRADECIMIENTOS

■ Al Instituto de Educación Secundaria Moncayo Corazonistas, por la buena disposición para la realización de estos talleres.

■ A la Asociación Soporte Vital Cinco Villas, porque, sin su participación, no hubiera sido posible realizar esta iniciativa.

* Técnica de salud e igualdad del Consello da Xuventude de Galicia en una entrevista realizada en el portal educaweb.com el 06/11/2006.

Anexo 1: Programa del taller “Tú Puedes Salvar Una Vida”.

1. Presentación.

Objetivos del curso.
Metodología.

2. Concepto y causas de la parada cardiorrespiratoria.

3. Medidas preventivas de la parada cardiorrespiratoria.

4. Protocolo de la Reanimación Cardiopulmonar Básica:

- Pasos de la Reanimación Cardiopulmonar. Identificación de la parada.
- Determinación de la inconsciencia.
- Llamada de ayuda.
- Apertura y desobstrucción de la vía aérea.
- Ventilación con aire espirado.
- Comprobación de signos vitales.
- Masaje cardíaco.
- Comprobación de la eficacia de la reanimación.

5. Talleres Prácticos: Reanimación Cardiopulmonar.

6. Evaluación de los conocimientos adquiridos.

7. Conclusión y entrega de diplomas.

Anexo 2: Cuestionario taller RCP.

Recientemente has realizado un taller teórico práctico de las maniobras de Soporte Vital Básico, donde has practicado con un muñeco la reanimación cardio-pulmonar. Queremos preguntarte algunos aspectos del taller para poder mejorarlo. Responde a esta encuesta anónima con sinceridad y danos tu opinión.

1. La exposición teórica te ha resultado:

- a) Muy difícil
- b) Bastante difícil
- c) Fácil
- d) Muy fácil

2. Los contenidos prácticos son:

- a) Muy difíciles de aprender
- b) Bastante difíciles de aprender
- c) Fáciles de aprender
- d) Muy fáciles de aprender

3. La duración de la parte práctica te ha parecido:

- a) Algo escasa, me hubiera gustado tener más tiempo
- b) Suficiente, he podido practicar varias veces toda la secuencia
- c) Demasiado larga, no era necesario tanto tiempo

4. Antes de este curso ¿conocías todos los pasos que tenías que hacer al encontrarte con una persona inconsciente?

- a) Sí, conocía todos los pasos
- b) Conocía alguno de los pasos
- c) No conocía casi nada de este tema

5. Te ha parecido interesante:

- a) No
- b) Sí

6. Te ha quedado más claro lo que tienes que hacer en estas situaciones:

- a) No
- b) Sí

7. Te gustaría poder repetirlo más adelante:

- a) No
- b) Sí

8. Señala otros temas relativos a la salud que puedan ser de tu interés:

Gráfica 1: Resultados obtenidos a la pregunta nº 1 del cuestionario por el grupo A.



Gráfica 4: Resultados Globales obtenidos a la pregunta nº 1 del cuestionario.



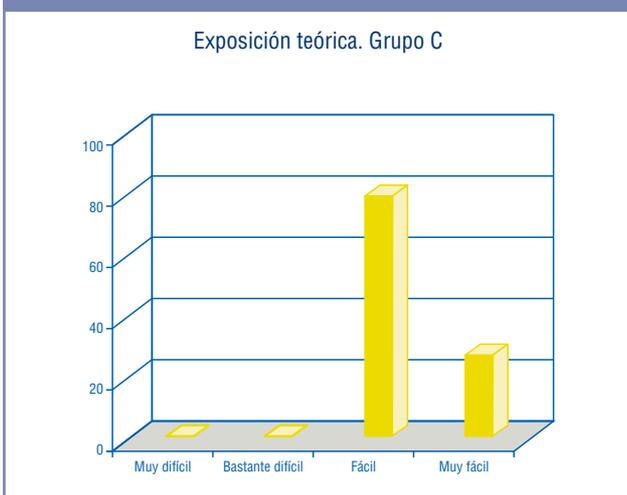
Gráfica 2: Resultados obtenidos a la pregunta nº 1 del cuestionario por el grupo B.



Gráfica 5: Resultados obtenidos a la pregunta nº 2 del cuestionario por el grupo A.



Gráfica 3: Resultados obtenidos a la pregunta nº 1 del cuestionario por el grupo C.



Gráfica 6: Resultados obtenidos a la pregunta nº 2 del cuestionario por el grupo B.



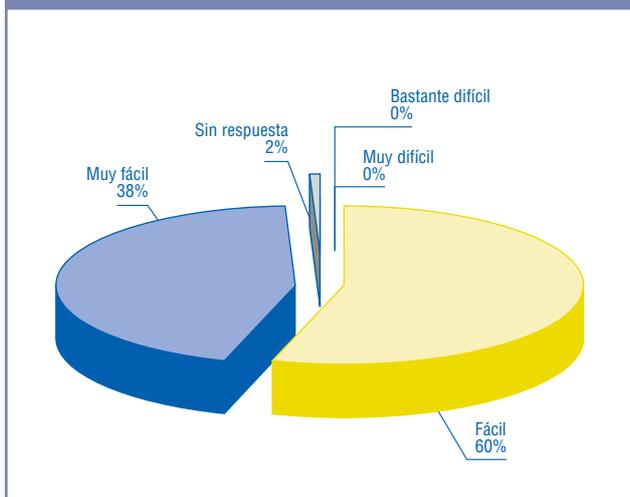
Gráfica 7: Resultados obtenidos a la pregunta nº 2 del cuestionario por el grupo C.



Gráfica 10: Resultados obtenidos a la pregunta nº 3 del cuestionario por el grupo B.



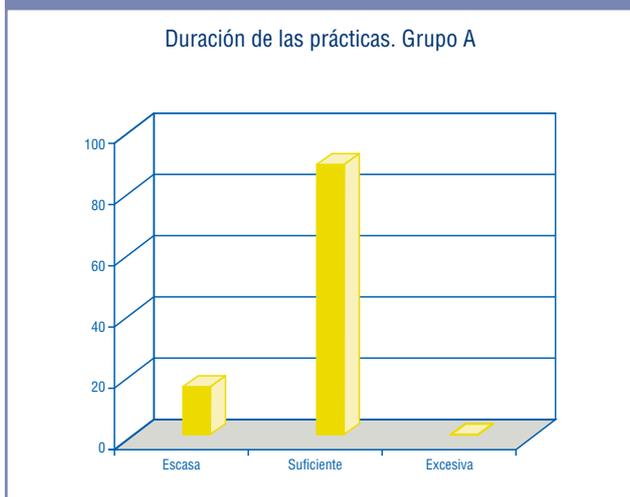
Gráfica 8: Resultados globales obtenidos a la pregunta nº 2 del cuestionario.



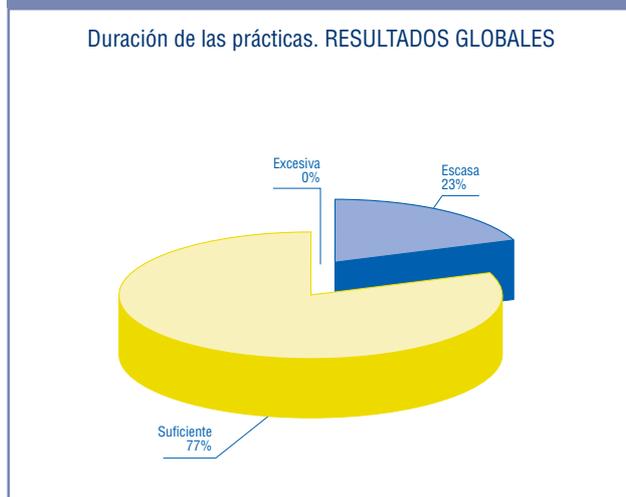
Gráfica 11: Resultados obtenidos a la pregunta nº 3 del cuestionario por el grupo C.



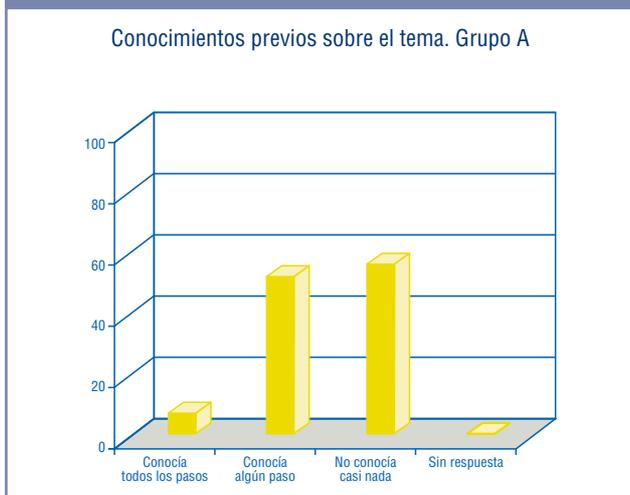
Gráfica 9: Resultados obtenidos a la pregunta nº 3 del cuestionario por el grupo A.



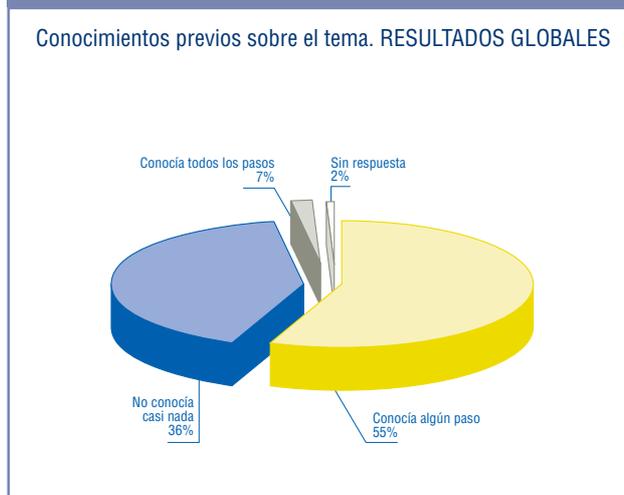
Gráfica 12: Resultados globales obtenidos a la pregunta nº 3 del cuestionario.



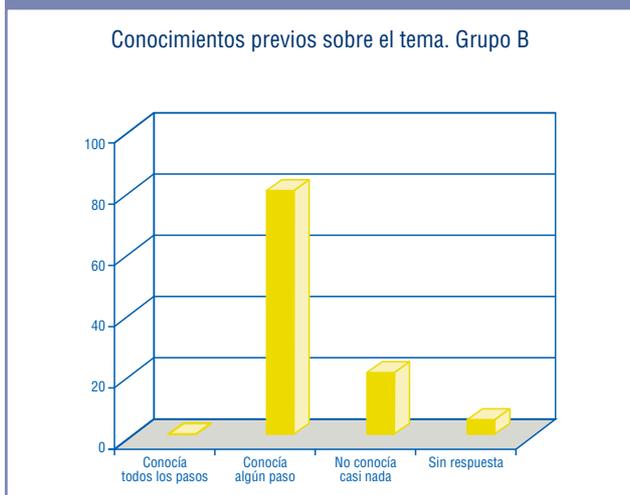
Gráfica 13: Resultados obtenidos a la pregunta nº 4 del cuestionario por el grupo A.



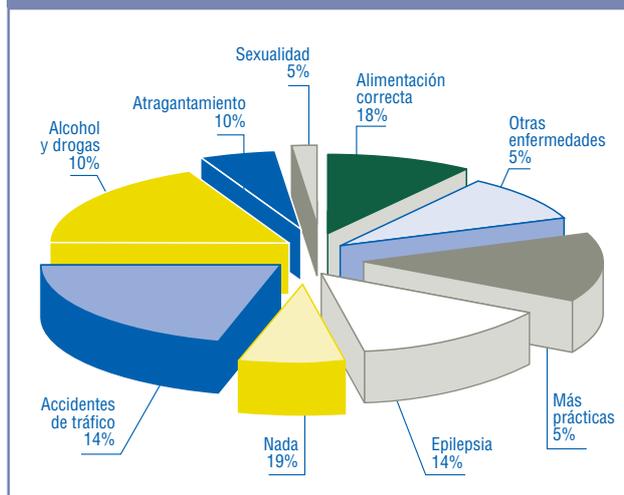
Gráfica 16: Resultados globales a la pregunta nº 4 del cuestionario.



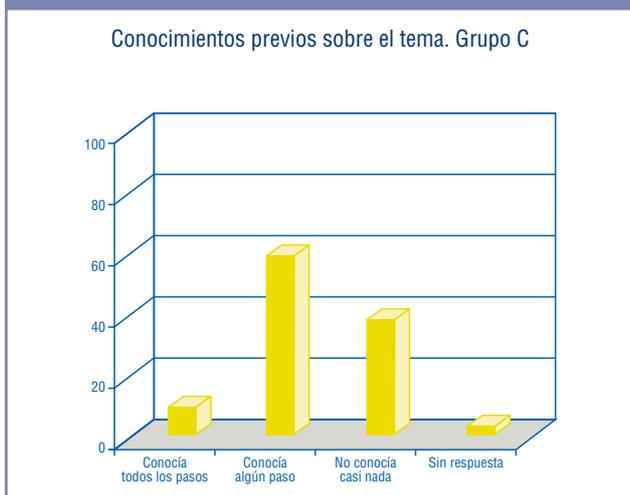
Gráfica 14: Resultados obtenidos a la pregunta nº 4 del cuestionario por el grupo B.



Gráfica 17: Resultados globales obtenidos a la pregunta nº 8 del cuestionario.

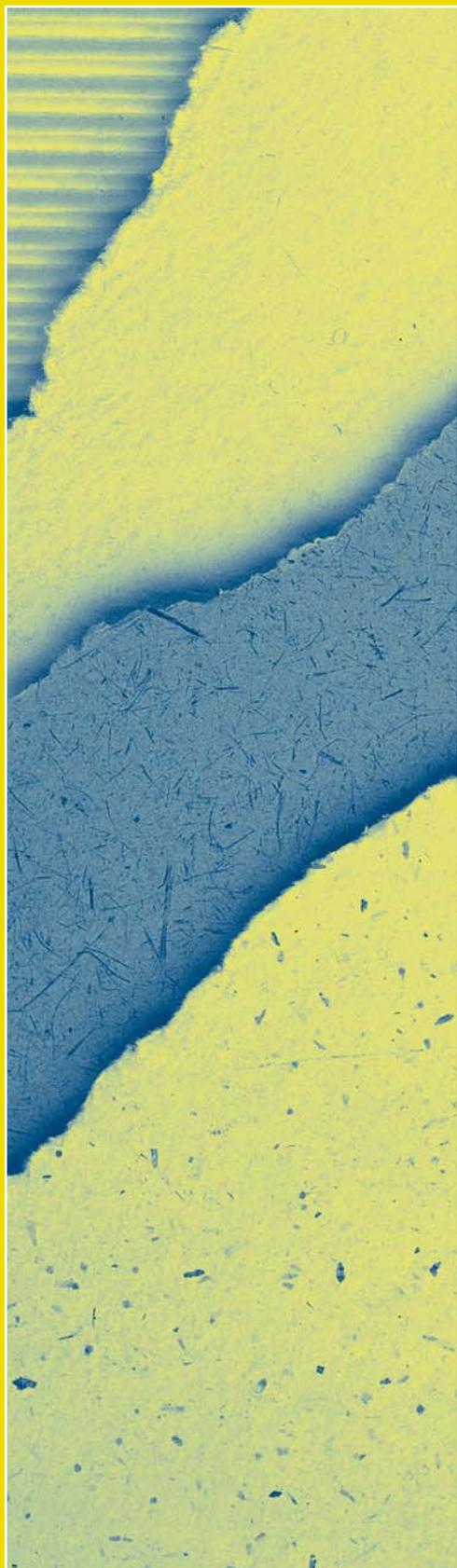


Gráfica 15: Resultados obtenidos a la pregunta nº 4 del cuestionario por el grupo C.



BIBLIOGRAFÍA

1. **Ecayola Maranges, A.M.** “Talleres prácticos de Reanimación Cardiopulmonar Básica en Institutos de Enseñanza Secundaria”. *Rev. Metas de Enfermería*. Núm. 51. Diciembre 2002 Enero 2003.
2. **Handley, A.J.; Koster, R.; Monsieurs, K.; Perkins, G.D.; Davies, S.; Bossaert, L.** “Recomendaciones para Reanimación 2005 del European Resuscitation Council”. *Rev. Resuscitation 2005*. 67S1, S3-S23.
3. **Miró, O.; Jiménez-Fábrega, X.; Díaz, N.; Coll-Vinent, B.; Bragula, E.; Jiménez, S.; Espinsa, G.; Hernández-Rodríguez, J.; García-Alfranca, F.; Álvarez, M.T.; Salvador, J.; Millá, J.; Sánchez, M.** “Programa de Reanimación cardiopulmonar Orientado a Centros de Enseñanza Secundaria (PRODCES): análisis de los resultados del estudio piloto”. *Rev. Med. Clín. (Barc.)*: 2005; 124(1): 4-9.
4. **Sastre Carrera, M.J.; García García, L.M.; Bordel Nieto, F.; López-Herce Cid, J.; Carrillo Álvarez, A.; Benítez Robredo, M.T.; y Equipo de Prevención de Accidentes del Centro Municipal de Salud de Camberí.** Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar básica en población general. *Rev. Aten. Primaria* 2004; 34(8): 408-13.
5. “Nuevo protocolo para las emergencias con reanimación cardiopulmonar”. *Rev. Nursing*. Marzo 2005; 23(3): 43.
6. **Martín de Santos García Consuegra, M.Á.** “Resucitación cardiopulmonar en el adulto: Soporte Vital Básico (SVB)”. *Rev. Metas Enfermería* Febrero 2004; 7(1): 20-25.
7. Sección de Cuidados Intensivos Pediátricos y Servicio de Medicina Preventiva y Control de Calidad. Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. “Evaluación de los cursos de Reanimación Cardiopulmonar básica y avanzada en pediatría”. *Rev. An. Esp. Pediatr.* 2000; 53(2): 125-134.
8. **Cerdá, M.; García Guasch, R.** “Enseñanza de la reanimación cardiopulmonar a la población: uno de los pilares para mejorar la supervivencia de los pacientes en paro cardíaco”. *Rev. Medicina*. 2005; 124(1): 13-15.
9. **Peiró Andrés, A.; Sancho Sánchez, M.J.; Loro Sancho, N.; Sancho Sánchez, T.; Folgado Roig, J.** “Enseñanza en la enseñanza de la reanimación cardiopulmonar en un grupo de adolescentes”. *Rev. Enfermería Cardiol.* 2006; Año XIII (37): 41-45.
10. **Lind, B.** “Teaching mouth-to-mouth resuscitation in primary schools”. *Acta Anaesth Scand.* 1961; 9:63-9.
11. **Lester, C.; Donnelly, P.; Weston, C.; Morgan, M.** “Teaching schoolchildren cardiopulmonary resuscitation”. *Rev. Resuscitation* 1996; 31 (1): 33-8.
12. www.munimadrid.es/portal/site/munimadrid/menuitem.f4bb5b953cd0b0a7d245f019fc08a0c/?vgnnextoid=c88fcd1bffa010VgnVCM100000d90ca8c0RCRD&vgnnextchannel=942c9ad016e07010VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD&cidCapitulo=4328860
13. www.epes.es/cocoon/epes-estatico-.html?omv=/menuVertical/atencionAlCiudadano/&omvh=/menuVertical/atencionAlCiudadano/el061EnLasAulas/&language=&c=el061EnLasAulas
14. www.061.com/popup.html#Escena_1
15. **Larsen, M.P.; Eisenberg, M.S.; Cummins, R.O.; Hallstrom, A.P.** “Predicting survival from out-of-hospital cardiac arrest: a graphic model”. *Ann Emerg. Med.* 1993; 22: 1652-8.
16. **Cummins, R.O.; Ornato, J.P.; Thies W.H.; Pepe, P.E.** “Improving survival from sudden cardiac arrest: the ‘chain of survival’ concept. A statement for health professionals from the Advanced Cardiac Life Support Subcommittee and the Emergency Cardiac Care Committee, American Heart Association”. *Circulation* 1991; 83: 1.832-47.
17. **Holmberg, M.; Holmberg, S.; Herlitz, J.** Effect of bystander cardiopulmonary resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest patients in Sweden. *Rev. Resuscitation* 2000; 47: 59-70.
18. **López González, A.; Rovira Gil, E.; Arenas Fernández, J.** “Recomendaciones en reanimación cardiopulmonar. Hacia la democratización de la reanimación”. *Metas de Enfermería* Jul./ago. 2007; 10(6): 24-31.
19. **Arenas Fernández, J.** “Experiencia de aplicación del modelo de investigación en la escuela: taller de Soporte Vital Básico en la asignatura de Enfermería de Urgencias”. *Rev. Educare*, 21, Abril 2005; 16.
20. **Collado Boira, E.J.; Molina López, M.; Marqués Aguilar, M.** “Recomendaciones 2005 sobre resucitación cardiopulmonar del European Resuscitation Council. Nuevos Algoritmos en soporte vital básico adultos”. *Excelm Enferm [en línea]* 2006 [1 de febrero de 2006]; 3(14). www.ee.isics.es



INTERVENCIÓN Y TRATAMIENTO ENFERMERO EN PACIENTE VASCULAR CON ÚLCERA DE 7 AÑOS DE EVOLUCIÓN: EL SECRETO DEL CUIDADO DE LAS HERIDAS

**Accésit Premio Científico de Enfermería 2008,
del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza**

RAÚL JUÁREZ VELA.

Diplomado en Enfermería
por la Universidad de Salamanca.
Enfermero del Centro de Salud de Luna
(Servicio Aragonés de Salud, Zaragoza).

Experto Universitario
en Gestión de Servicios Sanitarios
y Unidades de Enfermería por la
Universidad "Alfonso X El Sabio".

Profesor Titular de Sanidad
SEAS- FSV (Zaragoza).

rjuarez@salud.aragon.es

INTRODUCCIÓN: RESUMEN DEL CASO CLÍNICO

Las bacterias anaeróbicas difieren de las demás bacterias en varios aspectos. Se desarrollan adecuadamente en áreas del organismo que tienen bajos valores de oxígeno y en los tejidos que sufren un proceso de degeneración, particularmente las heridas profundas y sucias y donde las defensas del organismo están disminuidas. Estas bacterias anaeróbicas no necesitan que haya oxígeno y suelen causar infecciones que se caracterizan por la aparición de acumulaciones purulentas provocando abscesos.

En las heridas crónicas, las bacterias y la presencia de tejido desvitalizado constituyen un obstáculo para que el proceso de cicatrización se desarrolle de forma óptima.

La disponibilidad de nuevos apósitos con plata hidroactiva de liberación sostenida, como agente antibacteriano, abre un horizonte muy prometedor en el tratamiento de estas heridas crónicas.

OBJETIVOS

- 1 Evaluar el rendimiento de un apósito antibacteriano de plata iónica hidroactiva formulado sobre una base de hidropolimérica.
- 2 Activar el proceso de cicatrización tratando las heridas infectadas con un apósito de plata iónica hidroactiva durante las primeras semanas y continuando el proceso con un apósito hidrocélular.

MATERIAL Y MÉTODOS

- El criterio de inclusión del paciente se sigue según las pautas determinadas en el cuaderno de recogida de datos. Se utiliza la taxonomía NANDA/NIC/NOC en el cuidado de las heridas.
- Se evalúan por la escala de Braden. En las lesiones se determina el grado cuyo proceso de cicatrización se ve enlentecido debido a la elevada carga bacteriana, con signos clínicos de infección y mal olor. La limpieza de la úlcera se sigue según los métodos habituales. La profundidad se constata realizando la medición del volumen. El estudio bacteriológico se realiza por biopsia percutánea en las situaciones posibles sino con hisopo. El desbridamiento se realiza sobre el tejido desvitalizado o no viable cortando por planos.

- Se realiza una valoración semanal de la lesión y del comportamiento del apósito sometido a estudio y del dolor, así como el motivo de los cambios y el material utilizado en las curas para evaluar los costes.

CONCLUSIONES

La utilización de un apósito de plata iónica hidroactiva en heridas infectadas o colonizadas prepara la herida para una cicatrización más rápida reduciendo la fase inflamatoria. Reducción considerable del olor de forma efectiva. Prepara la herida para seguir la cicatrización con un apósito hidrocápilar.

LA HISTORIA CLÍNICA Y PLANES DE CUIDADOS

- La historia clínica, como conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones, e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial, es un instrumento o herramienta básica del personal de Enfermería, donde se constata las actuaciones y las reflexiones realizadas en el ejercicio Enfermero.
- Las nuevas tecnologías de la información han permitido, que la historia clínica del caso que a continuación presentamos, quede vinculada al programa de gestión de historias clínicas *OMI-AP*, para una gestión integral e integrada del paciente que recibe los cuidados de Enfermería.

1

Situación Contextual

- El caso clínico que a continuación presentamos es el de un paciente de 72 años de edad, con úlceras postflebiticas de 7 años de evolución.
- Cumple criterios de inclusión en el *protocolo de Inmovilizados* debido a que es una persona con dificultad importante para desplazarse, al presentar un problema físico y psíquico.

2

La Captación

Acude a consulta de atención primaria el 28 de abril de 2007, presentando úlceras muy dolorosas. La captación fue realizada por la demanda familiar de cuidados de Enfermería.

3

La Primera Visita Realizada

■ La primera visita realizada al paciente, ha sido por la Enfermera debido al hecho de que la naturaleza del problema demandado por el paciente eran cuidados de enfermería.

■ Se ha realizado una valoración integral del paciente y su entorno, abriendo los registros pertinentes para la inclusión en el protocolo de visita domiciliaria, así como la asignación de los servicios demandados.

Imagen 1.

Atención al adulto y anciano

<input type="checkbox"/> 301-A - Vacunación Gripe mayores o igual de 65 años	<input type="checkbox"/> 309 - Atención Crónicos Hipercolesterolemia
<input type="checkbox"/> 301-B - Vacunación menores 65 años criterios CDC o CA	<input type="checkbox"/> 310 - Atención Pacientes con VIH - SIDA
<input type="checkbox"/> 302 - Vacunación del Tetanos	<input type="checkbox"/> 311 - Educación Salud Grupos de Pacientes Diabéticos
<input type="checkbox"/> 303 - Vacunación Hepatitis B a grupos de riesgo	<input type="checkbox"/> 312 - Educación otros Grupos de Pacientes
<input type="checkbox"/> 304 - Prevención Enfermedades Cardiovasculares	<input checked="" type="checkbox"/> 313 - Atención Domiciliaria Pacientes Inmovilizados
<input type="checkbox"/> 305 - Atención Crónicos Hipertensos	<input type="checkbox"/> 314 - Atención Pacientes Terminales
<input type="checkbox"/> 306 - Atención Crónicos diabetes	<input type="checkbox"/> 315 - Atención Consumidor Excesivo de Alcohol
<input type="checkbox"/> 307 - Atención Crónicos EPOC	<input type="checkbox"/> 316 - Prevención y Detección Problemas en el Anciano
<input type="checkbox"/> 308 - Atención Crónicos Obesos	<input type="checkbox"/> 317 - Cirugía Menor

■ Los datos de la Anamnesis son:

Antecedentes Personales y Estado relativo de Salud

■ **Antecedentes Patológicos.** No AP de Interés. No intervenciones Quirúrgicas, Insuficiencia Venosa Profunda, tratada con anterioridad en servicios de cirugía vascular y visitando múltiples consultas sin tener resultados.

■ **Estado relativo de Salud.** No llega con mal estado general físico. Sin embargo en el plano psíquico se presenta agobiado, ansioso por el dolor, refiere insomnio, dolor insoportable, y edema generalizado en pierna.

Vacunación

Vacunas correctas.

Estado de la piel, mucosas, uñas, y cabello

■ Pérdida de la integridad al tener una úlcera postflebítica supramaleolar en cara lateral interna inferior.

■ Varices superficiales extensas.

■ Gran edema en toda la extremidad inferior.

■ Gran dermatitis ocre y dermatitis eccematosa.

■ Heridas y lesiones por roce.

Capacidad de cicatrización

La cicatrización de las heridas es mala. El paciente se ha sometido a muchos tratamientos y muy contradictorios entre sí. Por ello el paciente lleva 7 años con dicha patología y la cicatrización está estancada.

La Alimentación

■ El paciente se alimenta por sí solo. La alimentación que lleva no es muy acorde a una alimentación equilibrada para la patología que dispone. Come excesos de grasas y pocas proteínas.

■ En la escala de detección para la malnutrición se le asigna la siguiente puntuación:

PROBLEMA NUTRICIONAL	PUNTUACIÓN
Tiene enfermedad que le ha hecho cambiar la cantidad de alimento que come	Del 0 al 2: 1
Realiza menos de dos comidas al día	Del 0 al 3: 0
Come pocas frutas, verduras y lácteos	Del 0 al 2: 2
Toma 3 vasos de vino, cerveza o licor al día	Del 0 al 2: 0
Tiene problemas en la boca o en la dentadura que le causen dificultad al comer	Del 0 al 2: 2
En ocasiones le falta el dinero para comprar lo que necesita	Del 0 al 2: 0
Come solo la mayor parte del tiempo	Del 0 al 1: 0
Toma mas de tres fármacos prescritos al día	Del 0 al 1: 1
Sin pretenderlo ha perdido o ganado 5 kilos en los últimos 6 meses	Del 0 al 2: 1
En ocasiones es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse por sí mismo	Del 0 al 2: 1

La escala clasifica la puntuación con un grupo de riesgo: 0-2: Bien; 3-5: Riesgo Moderado; 6 ó Más: Alto Riesgo.

La clasificación que hacemos para este paciente es de **Alto Riesgo**.

Cultivos Microbiológicos

■ Al paciente del caso clínico que presentamos, se le realizó diversas tomas microbiológicas con el objetivo de detectar los gérmenes patógenos causantes del retraso en la cicatrización de las heridas, del olor y del aspecto de infección de las heridas.

■ El estudio bacteriológico se realiza intentando tomar la primera muestra entre el tejido necrótico y el sano, donde no existan señales de inflamación. Antes de tomar la muestra, se retira todo el material necrótico posible, realizando la limpieza de la piel perilesional.

■ En las diversas muestras, los gérmenes mayoritarios eran:

Microorganismo	Aislamiento
S. Epidermidis	10 % muestras
Proteus Mirabillis	6 % muestras
S. Aureus.	3 % muestras

■ Ante estos cultivos se le instauró un tratamiento médico, según antibiograma y se tuvo en cuenta a la hora de realizar las curas y ver la evolución de las mismas.

a

Patrón de Actividad y Ejercicio

a.1

Ocio y Ejercicio

- El paciente no realiza ninguna actividad física activa. Se le entregó documentación relativa a los cambios posturales. Pasivamente se fomenta la movilización.
- En los ítems de *la escala para la valoración de la autonomía funcional para el autocuidado*, se detecta:

Ocupación del Tiempo Libre	
Descripción	Puntos
No realiza actividades de ocio y tiempo libre	3
Gestión de los Recursos Comunitarios	
Descripción	Puntos
No puede utilizar los recursos de su comunidad	3
PUNTUACIÓN DE LOS BLOQUES	
Dependencia total - Suplencia (Bloques 11 y 12 de la EVA)	6

a.2

Actividades de la vida diaria

- El paciente no deambula ni realiza ninguna actividad de la vida diaria.
- En la escala de Barber, tiene una puntuación de 6. Ya que el dolor que presenta le invalida para salir a la calle y para hacer mucha de las actividades habituales de la vida diaria.

Imagen 2.

CAGE | BARBER | PFEIFFER | INDICE DE BARTHEL

Sólo se marcan las constataciones afirmativas (cada una un punto)

- ¿Vive solo?
- ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
- ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
- ¿Necesita de alguien que le ayude a menudo?
- ¿Le impide su salud salir a la calle?
- ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
- ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
- ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
- ¿Ha estado ingresado en el Hospital en el último año?

Puntuación total

a.3

Signos Vitales

Antropometría			
PAS	130 mmHg	IMC	25,61 kg/m ²
PAD	70 mmHg	Frecuencia	110 lpm
Talla	1,70 m	Temperatura	36,9 °C
Peso	74 kg	Glucemia Basal	100 mg/dl

a.4

Otras Exploraciones: Electrocardiográfica y Músculo-Esquelética

- El paciente tiene perdido el tono muscular con piel flácida en las zonas no escaradas.
- Presenta edemas en la región pretibial con exposición ósea.
- Cardiológicamente el paciente se encuentra en ritmo sinusal.



b

Patrón de Sueño y Descanso

- El paciente duerme con dificultad precisando benzodiazepinas para conciliar el sueño. Por la mañana alterna ligeros estados de somnolencia y vigilia.
- En los ítems *para la valoración de la autonomía funcional para el autocuidado*, se detecta:

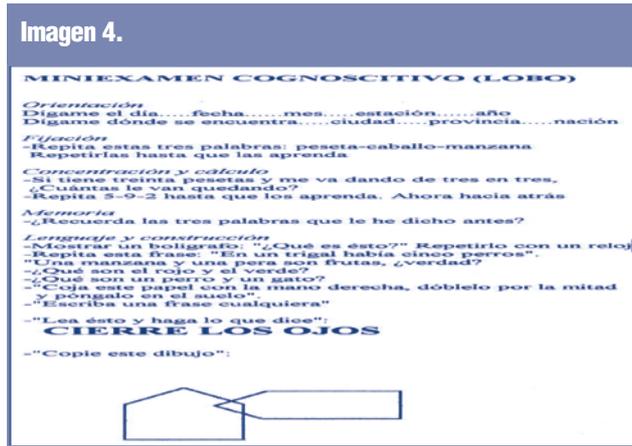
Patrón Descanso – Sueño	
Descripción	Puntos
Incluso tomando hipnóticos no mantiene patrón normal	3
PUNTUACIÓN DEL BLOQUE	
Dependencia total - Suplencia	3

c

Patrón Cognitivo / Perceptivo y Mental

Se realiza el examen cognoscitivo de lobo, obteniéndose unas puntuaciones correctas. (Imagen 4).

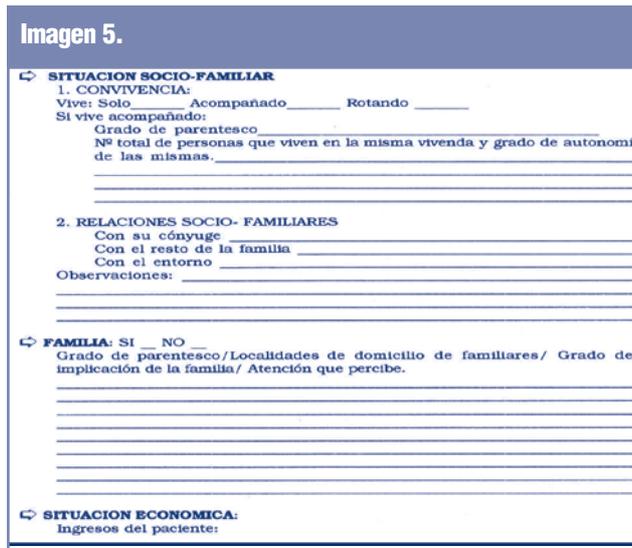




4

La Valoración Social

La historia clínica, conlleva a una valoración integral, englobando aspectos clínicos-funcionales, como los descritos anteriormente, y socio-familiares como los que describimos a continuación.



4.a

La Convivencia

Paciente de 74 años soltero, vive en un pueblo de la sierra y es cuidado por familiares.

4.b

Las Relaciones Socio Familiares

Las relaciones, según nos indican sus familiares han sido siempre buenas. El paciente está la mayoría del día acompañado por vecinos y/o amigos, que van a ver al paciente y le hacen pequeños recados.

4.c

La Familia

Es visitado por familiares directos de distintos grados de consanguinidad, los fines de semana.

4.d

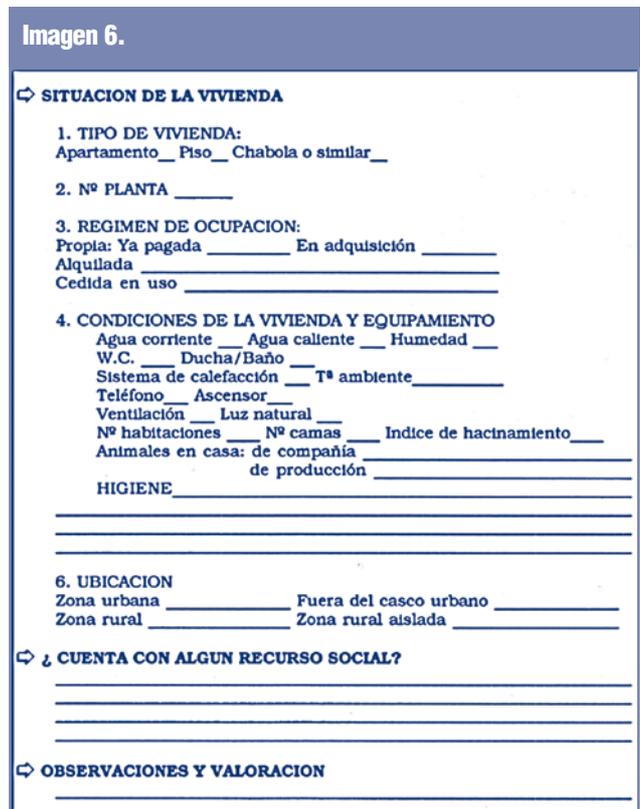
La Situación Económica

Los ingresos del paciente son los derivados de su pensión de Jubilación. Se desconoce si hay más ingresos procedentes de la unidad familiar.

4.e

La Situación de la Vivienda y Recursos Sociales

- La vivienda es una casa rústica en propiedad 160 m².
- La vivienda tiene agua caliente, WC, sistema de ducha, teléfono, sistema de calefacción, luz natural, etc.
- La higiene, tanto de la cama como del paciente es buena, ello a contribuido a no empeorar el estado de las heridas.
- No cuenta con recursos sociales a día de hoy, aunque sí los ha solicitado.



5

Los Planes de Cuidados

- Los planes de cuidados que corresponden a la historia clínica, son los que se agrupan dentro del programa OMI-AP, para gestión de historias clínicas.
- Anteriormente se han descritos planes de cuidados de alimentación.
- Otros planes de cuidados que establecemos son los vistos en la imagen 7, tales como:

- 1 Consejos sobre ejercicios/movilización.
- 2 Consejos e información sobre medicación.
- 3 Información sobre situación/enfermedad.
- 4 Consejo Prevención Accidentes.
- 5 Consejo Prevención/Cuidado úlceras.
- 6 Consejo Higiene Personal.

LA EXPLORACIÓN Y LOS PLANES DE CUIDADOS

La exploración orienta sobre los datos objetivos y subjetivos que deben recogerse, determinando cuáles son relevantes y cuáles carecen de valor, cuáles apuntan a la presencia de un problema propio o cuáles señalan la posible existencia de un problema que debe ser tratado en colaboración con otro profesional.

A continuación, se valora:

- Lesiones crónicas de baja a moderada exudación.
- Enlentecimiento o detección del proceso de cicatrización debido a la elevada carga bacteriana.
- Alteración de la pigmentación del tejido de granulación.
- Lesión con signos clínicos de infección.
- Mal Olor.

En la escala de Braden se obtiene:

Estado General	Percepción Sensorial	Exposición a la Humedad	Actividad
Regular/Malo	Limitada	Húmeda	Limitada
Movilidad	Nutrición	Roce y estado de lesiones	
Limitada	Regular	Problemas	

a La Exploración de las úlceras

El paciente presenta úlcera venosa postflebítica supramaleolar de la cara lateral interna inferior, junto con varices superficiales extensas y gran edema en toda la extremidad.

En la exploración hemos apreciado:

- Úlceras de Grado III.

b El estado de las úlceras (Ver Tabla Úlcera I. Día 1).

c Plan de cuidados de Enfermería en la Exploración

Podemos diferenciar dos tipos de cuidados Enfermeros:

Úlcera I. Día 1	
Olor	Fuerte
Tamaño (cm)	10 x 6
Volumen ² (ml)	NA
% Tejido Necrótico	30
% Tejido de Granulación	30
% Esfacelos	20
% Fibrina	20
Nivel Exudado	Alto
Piel Perilesional	Eccematosa
Antibioterapia (sensible)	Amoxicilina Clavulánico
Antigüedad (días)	7 años

c.1 Cuidados Generales

- Identificar tratamientos adyuvantes que puedan tener incidencias sobre la aparición o deterioro de las lesiones del paciente.
- Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada.
- Fomentar la movilidad y evitar roces.
- Exploración del dolor: Dolor moderado según la escala del dolor.
- Filamentos de Semmes Weinster: Sensibilidad alterada.
- Índice Tobillo-Brazo: 0.95. Pulsos presentes tantos pedios como tibial posterior no frialdad, prueba de sensibilidad positiva.

c.2 Cuidados Locales

- Limpieza de las heridas con suero fisiológico mediante técnica de arrastre sin traumatizar la lesión, retirando el exudado.
- En lesiones con tejido esfacelado o necrótico, utilizamos desbridamiento cortante intentando preservar el tejido de granulación.
- No utilizamos soluciones antisépticas o productos que por su situación puedan interactuar con el método de tratamiento elegido.
- Evaluación continuada, diaria, y semanal para verificar la eficacia del tratamiento elegido.
- Mantener la piel perilesional limpia y seca.

* La medida del volumen es el valor más adecuado para comprobar la evolución de la úlcera. Se realiza siguiendo la técnica descrita por Walter Berg y Cols.; 1990. Esta técnica consiste en que sobre una amplia zona de la piel perilesional limpia, se aplica un apósito de poliuretano, a través del cual se introduce suero salino fisiológico hasta llegar a enrasar el líquido con la superficie del apósito. No valorable.

LOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

La esencia de la Enfermería es el cuidado integral del ser humano, siendo el núcleo de actuación las Necesidades Humanas Básicas y las metas de nuestros cuidados la autonomía y el bienestar.

Debido al hecho de que un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, y que ellos proporcionan la base para seleccionar las intervenciones (cuidados) destinados a conseguir los resultados que el enfermero estime, en el caso clínico que presentamos hemos valorado:

1

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea: Riesgo de que la piel se vea afectada negativamente

Características definitorias mayores/factores de riesgo en el paciente:

- *Externos:* Hiper o hipotermia; sustancias químicas y factores mecánicos (fuerzas de deslizamiento, presión o sujeciones).
- *Radiación; inmovilidad física y humedad.*
- *Internos:* Medicación, alteración del estado nutricional, inanición, alteración del estado metabólico.
- Alteración de la circulación; alteración de la sensibilidad.
- Alteración de la pigmentación; prominencia esquelética.
- Factores del desarrollo; déficit inmunológico; alteraciones en la Turgencia cutánea y cambios en la elasticidad.

2

Deterioro de la Integridad cutánea: Alteración de la Epidermis, dermis o ambas

Factores relacionados/contribuyentes en el paciente:

- *Externos:* Hiper o hipotermia; sustancias químicas y factores mecánicos (fuerzas de deslizamiento, presión o sujeciones).
- *Radiación; inmovilidad física y humedad.*
- *Internos:* Medicación, alteración del estado nutricional, inanición, alteración del estado metabólico.
- Alteración de la circulación; alteración de la sensibilidad.
- Alteración de la pigmentación; prominencia esquelética.
- Factores del desarrollo; déficit inmunológico; alteraciones en la Turgencia cutánea y cambios en la elasticidad.

La actuación/plan de Enfermería, para el cuidado de las heridas será:

2.A

Objetivos para el cuidador (Criterios de Resultados)

- El cuidador, identificará los factores que favorezcan la aparición de las heridas, la forma de prevenirlas y cómo reducir estos factores.
- El cuidador identificará los signos y los síntomas que preceden a la aparición de las mismas.
- El cuidador expresará querer participar en el plan de cuidados.

2.B

Actividades de Enfermería (Criterios de Procesos)

1. Utilizar medidas que reduzcan la etiología de la herida: colchón antiescaras, almohadas, protectores, etc.
2. Realizar cambios posturales lo más frecuentemente posible, valorando los puntos de presión cada vez que se realicen.
3. Aplicar aceites y cremas barreras para el cuidado de la piel y prominencias óseas, utilizar apósitos que reduzcan la presión.
4. Mantener la piel limpia, seca y bien hidratada.
5. Mantener la ropa de cama, limpia, seca y sin arrugas.
6. Estimular la movilidad y realizar ejercicios pasivos.
7. Enseñar al cuidador las medidas generales y específicas encaminadas a prevenir las lesiones, nutrición, estado de la piel, cambios posturales, movilización, ejercicios activos y pasivos, protecciones cutáneas.

EL TRATAMIENTO ENFERMERO

1

Tratamiento Local de las Heridas

1.A

Objetivos

- 1 Eliminar el tejido necrótico.
- 2 Disminuir la carga bacteriana.
- 3 Mantener el nivel de humedad óptimo.
- 4 Aislar la herida.

1.B

Acciones

- 1 Limpieza de la herida, con la técnica descrita anteriormente.
- 2 Preparar la herida (eliminar el tejido desvitalizado-necrótico) para facilitar la cicatrización y reducir lo más posible los riesgos de infecciones.
- 3 Realización de Técnica estéril, utilizando material de un solo uso:
 - Paños Estériles de campo.
 - Gasas y compresas estériles.
 - Bisturí y pinzas de un solo uso.
 - Guantes estériles.
 - Batas estériles de un solo uso.
 - Bolsas para la recogida de residuos.
 - Material auxiliar fungible: vendas, esparadrapo, etc., vendaje multicapa al finalizar la cura.

1.C

Apósito Empleado:

Apósito de Primera Elección

Apósito de plata hidroactiva con base hidropolimérica.

Apósito empleado en la primera fase de cicatrización de las heridas, proceso de limpieza, estado de necrosis y esfacelos.

1 Características del apósito antibacteriano activo

- El apósito usado se caracteriza por ser un hidrocoloide antibacteriano con plata iónica hidroactiva y de acción bactericida de amplio espectro.
- La liberación de la plata iónica se regula según el nivel de exudado.
- Elimina los microorganismos que retrasan la cicatrización.
- Asegura la liberación de plata durante todo el tiempo que dure el apósito.
- Previene los riesgos de una colonización crítica o infección.
- No genera resistencias bacterianas.
- Proporciona una barrera activa frente a las infecciones cruzadas.
- Prepara y protege el lecho de la herida para una mejor cicatrización.

Apósito de Segunda Elección (Apósito Hidrocapilar)

Usado en la fase de limpieza y hasta la epitelización.

2 Características del apósito Hidrocapilar

- Consta de un filme de poliuretano semipermeable.
- Posee una impermeabilidad al agua y barrera protectora.
- Capa central hidrocapilar, compuesto por partículas superabsorbentes que gelifican y atrapan el exudado de la herida.
- Red no adhesiva de poliuretano, que aísla la lesión y no se adhiere al lecho de la herida.
- Adhesivo de hidrocoloides naturales, que proporciona una adhesión suave a la piel perilesional, y facilita una retirada suave e indolora.

LA EVOLUCIÓN

Se realizó una evolución semanal del apósito hidrocoloide con plata, en la cual, aparte de la evolución fotográfica de la lesión se valoran los siguientes parámetros en sucesivas visitas:

- 1 Olor. Ninguno, poco, moderado o fuerte.
- 2 Tamaño de la Úlcera. Mediciones de longitud, anchura y profundidad.
- 3 Apariencia del lecho de la úlcera.
- 4 Tejido rojo de granulación.
- 5 Tejido Esfacelado.
- 6 Tejido Necrótico.
- 7 Presencia de Fibrina.
- 8 Nivel de exudado de la úlcera (bajo, moderado, alto).
- 9 Número de cambios del apósito.
- 10 Tratamiento con antibiótico o antiséptico (ninguno, local, o sistémico).

Asímismo, **valoramos el motivo de la finalización:**

- a Úlcera cicatrizada.
- b Abandono por acontecimiento adverso.
- c Retirada del consentimiento informado.
- d Efecto insuficiente del tratamiento, etc.
- e Todavía Seguimiento.

La **evolución de la herida** se ha registrado como:

- 1 Cicatrización.
- 2 Notable Mejoría.
- 3 Alguna Mejoría.
- 4 Notable Deterioro.

El **estado de la piel se ha registrado** como:

- 1 Normal.
- 2 Macerada.
- 3 Eczematosa.
- 4 Seca.
- 5 Eritematosa.
- 6 Edematosa.

La **facilidad de aplicación y retirada del apósito** se ha registrado como:

- a Muy fácil.
- b Fácil.
- c Difícil.
- d Muy difícil.

La **capacidad de manejo del exudado** del apósito se ha registrado como:

- Muy buena.
- Buena.
- Moderada.
- Mala.

El **Tiempo estimado** para el cambio de apósito, ha sido:

- Diario.
- 0-10 días.
- 10-20 días.
- 20-30 días.

El **motivo general de los cambios del apósito**, ha sido registrado como:

- Fuga.
- Sospecha de Infección.
- Dolor en la úlcera.
- Apósito Desplazado.
- Saturación de Exudado.
- Exceso en el tiempo máximo de uso.

Evolución (Diferencia entre la Valoración Inicial y la final del estudio).									
	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5	Día 6	Día 7	Día 8	Día 9
Olor	Fuerte	Fuerte	Fuerte	Moderado	Moderado	Poco	Poco	Poco	Poco
Tamaño (cm)	10 x 6	9 x 5	8 x 4,5	8 x 4,5	7,5 x 4	7 x 4	6 x 3	5 x 2	NV
Volumen* (ml)	NA								
% Tejido Necrótico	30	30	20	10	0	0	0	0	0
% Tejido Granulación	30	50	60	70	80	85	90	100	100
% Esfacelos	20	10	10	10	10	5	5	0	0
% Fibrina	20	10	10	10	10	5	5	0	0
Nivel Exudado	Alto	Alto	Alto	Moderado	Moderado	Bajo	Bajo	Bajo	Bajo
Motivo Cambios	Fuga	Saturación	Fugas	Exc. Tiempo	Saturación	Fugas	Exc. Tiempo	Exc. Tiempo	Exc. Tiempo
Tiempo Estimado Cambio Apósito	Diario	Diario	Diario	2 días	2 Días	2- 3 días	2- 3 días	2- 3 días	
Manejo del Exudado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Moderado	Bueno	Bueno	Bueno	Bueno
Motivo Finalización	E	E	E	E	E	E	A	A	A
Evolución Herida	2	2	2	2	2	2	2	1	1
Facilidad de Aplicación y Retirada	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Estado de la Piel	Seca	Seca	Eczematosa						

Los días son días de registro de los datos para el estudio, no son días consecutivos sino que corresponden a unidades de tiempo variables.

* La medida del volumen es el valor más adecuado para comprobar la evolución de la úlcera. Se realiza siguiendo la técnica descrita por *Walter Berg y Cols.*; 1990. Esta técnica consiste en que sobre una amplia zona de la piel perilesional limpia, se aplica un apósito de poliuretano, a través del cual se introduce suero salino fisiológico hasta llegar a enrasar el líquido con la superficie del apósito. No valorable.

LA DISCUSIÓN

■ La causa más frecuente de retraso de curación de úlceras y heridas es la colonización/infección.

■ En la actualidad está aceptado que el mejor tratamiento posible para reducir la carga bacteriana del medio y facilitar la curación, es la aplicación tópica de plata.

■ Como es sabido, la plata es un agente bactericida usado en medicina desde la segunda mitad del siglo XIX. Los últimos estudios científicos¹², han demostrado que la plata en combinación con un apósito hidrocoloide han reducido de forma considerable la carga bacteriana, y que es menos citotóxico que el nitrato de plata, no habiéndose descrito hasta ahora ninguna reacción adversa.

■ El mecanismo de actuación del apósito, es la liberación sostenida de plata iónica, que al interactuar con los fluidos corporales provocan la inactivación de las enzimas que intervienen en la respiración bacteriana, en los componentes del transporte de electrones de la membrana bacteriana, y a nivel de alteraciones genéticas de los ácidos nucleicos bacterioides.

■ Por otra parte, la resistencia bacteriana a los antibióticos se convierte en un problema importante en todas las zonas del mundo. Con relativa frecuencia los microorganismos que se aíslan tienen escasa sensibilidad a los antibióticos o son resistentes a muchos de ellos hecho que no suele ocurrir con este metal noble.

■ Por último, la correcta utilización de estos apósitos y saber combinarlos correctamente conllevan a una cicatrización más rápida, a una reducción de la fase inflamatoria, y a una reducción del dolor.

■ Consiguiendo unas expectativas terapéuticas, que no se consiguen con otros apósitos, tales como:

Acciones a Conseguir

1. Mejorar considerablemente el dolor durante el uso y los cambios.
2. Eliminar la carga bacteriana de forma evidente.
3. Facilitar el desbridamiento de manera efectiva.
4. No lesionar la piel, y prevenir la incidencia de lesiones perilesionales.
5. Reducir la sobresaturación en heridas infectadas/colonizadas.

Foto 1. Úlcera vascular.

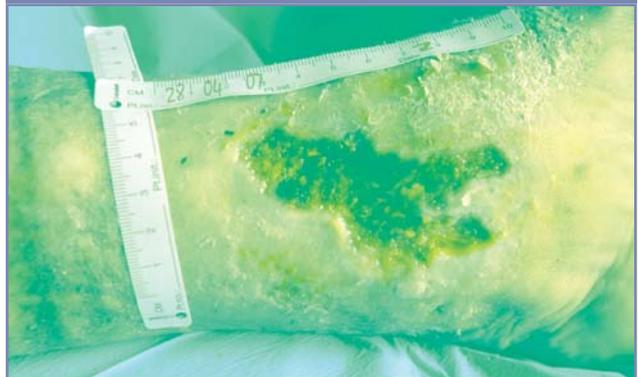


Foto 2. Úlcera vascular.



Foto 3. Úlcera vascular: tratamiento local.



Foto 4. Tratamiento evolución.

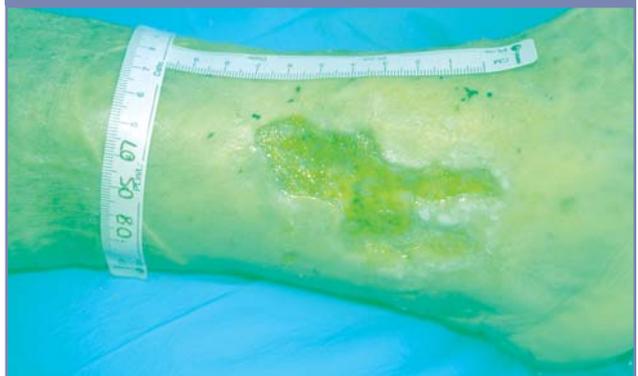


Foto 5. Tratamiento evolución.

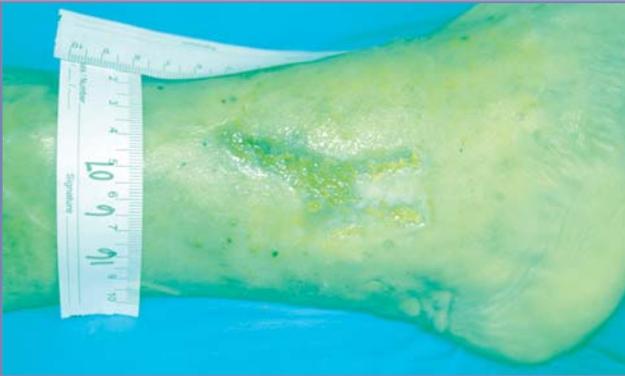


Foto 9.



Foto 6.

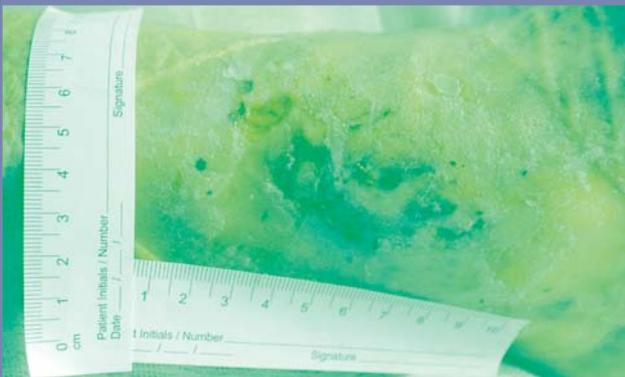


Foto 10.

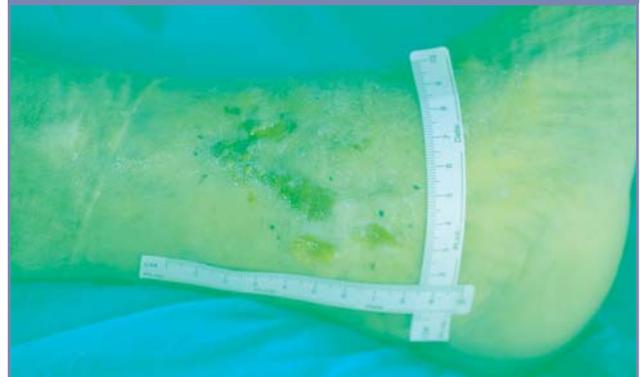


Foto 7.



Foto 11.

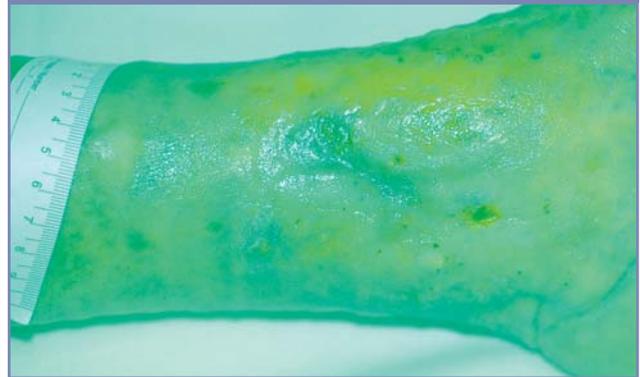


Foto 8.



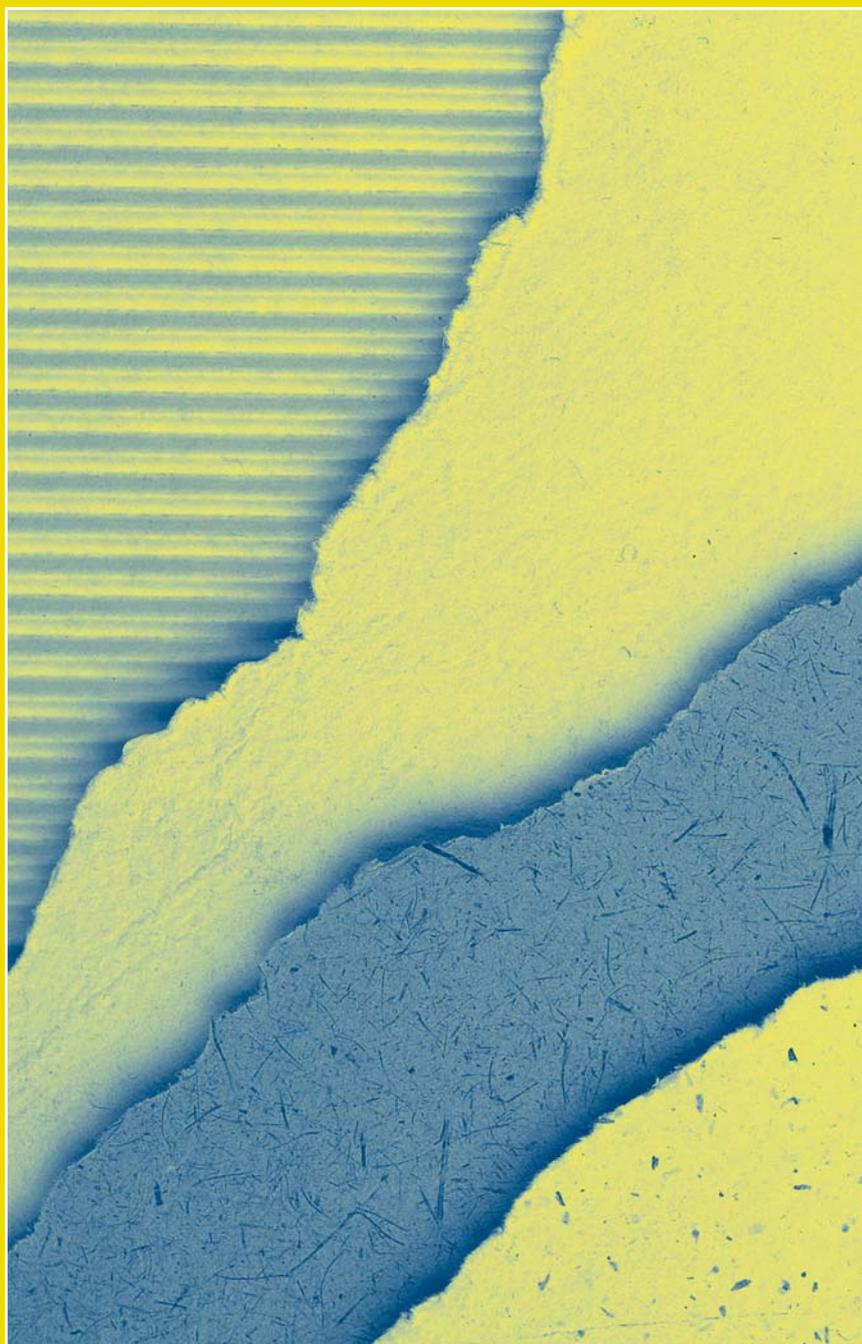
Foto 12.



BIBLIOGRAFÍA

1. **BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO.** Ley 41/2002 reguladora de la Historia Clínica. BOE de 15/11/2002, nº 274
2. **GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA.** *Programa de Atención Domiciliaria.* Ed. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. Salamanca, 1996.
3. **ROMO SANZ, M.I.** *Tratamiento progresivo de las heridas en medio ambiente húmedo.* Ed. Cervantes. Salamanca 1999.
4. **SOLDEVILLA ÁGREDA, J.** *Guía práctica en la atención de las úlceras de piel.* Madrid. Ed. Masson, 1998.
5. **ROMO SANZ, M.I.** “Estudio realizado en Atención Primaria sobre Heridas según la fase de curación empleando un tratamiento combinado”. *Revista Gerokomos.* Helkos. Madrid 1997. Vol. VIII (21) 6 12.
6. **COLOPLAST LABORATORIOS.** *Comfeel Plata. Apósito de Plata con base hidrocólode, literatura científica.* Ed. Coloplast Laboratorios. 2004.
7. **REVISTA HELIOS.** *Novedoso tratamiento antibacteriano para heridas de difícil curación.* Ed. Ewma. 2002. Granada. Simposio Satélite. Mayo 2002.
8. **HANSON, C.; HOBORN, J.; MOLLER, A.; SWANBECK, G.** *The microbial flora in venous leg ulcers without clinical signs of infection.* Acta Derm. Venerol. (Estocolmo) 1995; 75: 24-30.
9. **GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA.** *Guía Metodológica de Enfermería.* Ed. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. 2003.
10. **SERVICIO ANDALUZ DE SALUD.** *Protocolo de actuación de Enfermería en el cuidado de las Heridas.* Ed. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Andalucía 2004.
11. **COLOPLAST LABORATORIOS.** *Alione Apósito Hidrocapilar, literatura científica.* Ed. Coloplast Laboratorios. 2002.
12. **BARRY WRIGHT, J.; LAM, K.; BURELL, R.E.** *El tratamiento de las heridas en una época de creciente resistencia a antibióticos: El papel del tratamiento con plata tópica.* Fort Sadkatchewan, Alberta, Canadá. 2004.
13. **ROMO SANZ, M.I.; JUÁREZ VELA, R.** *Experiencia Clínica en el tratamiento de úlceras vasculares usando apósitos hidrocólides en combinación con apósitos hidrocapilares.* Congreso de Cirugía Vascul. Sitges (Barcelona). 2004.
14. **STACKS PROGRAMS.** *Gestión de Historias Clínicas OMI-AP.* Sanidad de la Comunidad de Madrid. 1999.
15. [www.msd.es/publicaciones/Infecciones causas por bacterias anaeróbicas](http://www.msd.es/publicaciones/Infecciones-causas-por-bacterias-anaerobicas)

PATOLOGÍA TIROIDEA: EL PAPEL PREVENTIVO EN ENFERMERÍA



**1.º Premio de
Investigación Enfermera
«D. Ángel Andía Leza»**

ANA AZNAR SAUCA.
Diplomada en Enfermería.
Hospital Universitario Miguel Servet.

ELIZABET REAL LÓPEZ.
Diplomada en Enfermería.
Hospital Universitario Miguel Servet.

ROSA ÁLVAREZ LAHUERTA.
Diplomada en Enfermería.
Hospital Universitario Miguel Servet.

RAQUEL IBÁÑEZ MARCO.
Diplomada en Enfermería.
Hospital Universitario Miguel Servet.

PILAR BOCOS TERRAZ.
Licenciada en Medicina.
Hospital Universitario Miguel Servet.

SILVIA IZQUIERDO ÁLVAREZ.
Licenciada en Químicas.
Hospital Universitario Miguel Servet.

ROSA ANA VELA PALMER.
Licenciada en Medicina.
Centro de Salud Alfajarín.

INTRODUCCIÓN

Desde la década de los 80 con el proceso de reforma del nivel primario, la atención obstétrica se realiza con la participación de profesionales de los centros de Atención Primaria, obteniéndose unos buenos resultados.

La posibilidad de recibir una atención sanitaria integral y continuada se enfrenta a grandes dificultades debidas, fundamentalmente a la tipología de las organizaciones sanitarias de nuestra época, caracterizadas por la complejidad organizativa, la segmentación departamental, la súper especialización de tareas, la escasa o casi inexistente coordinación entre niveles asistenciales, la variabilidad en la ejecución de procesos repetitivos y las ineficiencias de los mismos, la poca capacidad de adaptación de los servicios a las necesidades cambiantes de los ciudadanos, y por que no, a la cultura egocéntrica de nuestras instituciones.

Por otra parte y quizás la más importante, el cambio social que se está produciendo en materia sanitaria viene determinado por el papel mucho más activo de los ciudadanos en su relación con los servicios sanitarios, la satisfacción de sus necesidades, sus demandas y expectativas.

La Patología Tiroidea se presenta frecuentemente en todos los grupos¹ poblacionales susceptibles de atención primaria. En dichos grupos clínica y prevalencia² varían. Sin embargo, es común en todos ellos la posibilidad de realizar una medicina preventiva en la que el papel de la Enfermería³ es esencial. Por ello, unido a la facilidad con la metodología actual, sensible, precisa y rápida, para la determinación de hormonas tiroideas y de anticuerpos antitiroideos, es aún más relevante la labor de la Enfermería al estar en contacto con grupos de riesgo. El consejo,

orientación y prevención por parte de la Enfermería destinados a dicho grupo, hará posible una imprescindible prevención y un rápido diagnóstico y tratamiento por parte del médico especialista.

Para el cumplimiento de esta labor, se necesita conocer los valores de normalidad correspondientes a la población real, estudiada con la máxima precisión.

En esta última década los valores de normalidad obtenidos anteriormente, muy probablemente no reflejan los valores de la población actual, debido fundamentalmente a las circunstancias de la inmigración. Es por ello, nuestra preocupación por la medicina preventiva y por la labor que se puede realizar por parte de la Enfermería. Para una correcta prevención y contacto con el paciente, hemos considerado importante la realización de un estudio de valores de normalidad en perfil tiroideo en una parte de la Población, atendida en parte en el Sector Primario⁴, como son las Gestantes de la Comunidad Aragonesa, ya que en ellas y en sus futuros hijos se puede realizar una eficaz labor de prevención para esta Patología.

La determinación del perfil tiroideo deberá ser completa, por su especificidad y por su repercusión.

La correcta función de la glándula tiroidea⁵ es esencial en nuestra vida, sin embargo, un mal funcionamiento durante el embarazo puede afectar tanto a la madre como al feto^{6 7 8}. Un ejemplo son el hipotiroidismo e hipertiroidismo materno que al inicio y final del embarazo pueden aumentar el riesgo de bajo peso al nacer y la probabilidad de cesárea^{9 10}, por lo cual se debe de hacer un diagnóstico correcto para el tratamiento de la disfunción tiroidea, aunque los cambios fisiológicos normales del embarazo pueden hacer que la interpretación de las pruebas de detección sea difícil¹¹. En total las anomalías tiroideas se presen-

tan entre el 5 y el 15% de mujeres embarazadas lo que justifica la detección sistemática de estas anomalías a través del laboratorio^{12 13}. En España, el constante flujo migratorio ha ocasionado que se cuente con una población residente multiétnica que puede afectar los anteriores intervalos de referencia de las hormonas tiroideas en nuestra población, ya que dichos valores varían de acuerdo al grupo étnico analizado, la prevalencia de anticuerpos antitiroideos suele ser inferior en la población negra y elevados en la población blanca^{14 15 16}.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue realizar una evaluación de las hormonas tiroideas, hormona estimulante de la tiroides (TSH), la triyodotironina libre (FT3), la tiroxina libre (FT4) y de los anticuerpos anti-TPO (TPO-Ab) y anti-TG (Tg-Ab) en una población gestante normal residente en la Comunidad de Aragón multiétnica, para aplicar dicho conocimiento en la detección y prevención de la patología tiroidea en grupos de riesgo en las consultas de Enfermería, así como su conocimiento para la Gestión por Procesos y servir de ayuda para la inclusión en el Mapa de Procesos del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Aragón.

MATERIAL Y MÉTODOS

Inicialmente, el diseño y protocolo del estudio fue revisado y aprobado por el comité de ética del Centro Sanitario, bajo la declaración de Helsinki y el código de Nuremberg. La población incluida en este estudio fue de 1.198 gestantes, sin aparente patología tiroidea, residentes de la Comunidad de Aragón, España y de diferentes razas (Caucásica, Árabe, Amerindia, Negra,

Oriental y Amerindia-Mulata). Con posterioridad a la obtención de resultados se revisaron sus historias clínicas para obtener datos respecto al parto y al recién nacido, así como las anotaciones de enfermería referentes a su proceso sanitario.

Las muestras fueron analizadas usando el equipo ARCHITECT 2000[®] de Abbott, un analizador de inmunoensayo de alto rendimiento que usa tecnología de micropartículas paramagnéticas y detección de quimioluminiscencia¹⁷. Inicialmente, se combina la muestra, las micropartículas paramagnéticas recubiertas de anticuerpos anti-hor-

mona y el diluyente del ensayo correspondiente. La hormona presente en la muestra se une a las micropartículas recubiertas de anticuerpos anti-hormona. Después del lavado, se añade el conjugado de anti-hormona marcado con acridinio. Se añaden las soluciones activadora y preactivadora a la mezcla de reacción; la reacción quimioluminiscente resultante se mide en unidades relativas de luz (URL). Existe una relación directamente proporcional entre la cantidad de hormona tiroidea presente en la muestra y las URL detectadas por el sistema óptico. Para los anticuer-

pos se emplea la misma metodología en la que interviene el anticonjugado anti-IgG humana marcado con acridinio.

Los 5 parámetros a objeto de estudio fueron determinados en suero y los resultados se expresan en las siguientes unidades: FT3 (pg/mL), FT4 (ng/dL), TSH (μ UI/mL), TPO-Ab (UI/mL) y Tg-Ab (UI/mL). Se consideraron los límites de referencia que indica el fabricante: FT3 (pg/mL) (suero): 3,71, FT4 (ng/dL) (suero): 1,48, TSH (μ UI/mL) (suero): 4,94, TPO-Ab (UI/mL) (suero): <5,61, Tg-Ab (UI/mL) (suero): <4,11.

Tabla 1. Valores de las hormonas tiroideas: FT3, FT4 y TSH y de los anticuerpos antitiroideos: TPO-Ab y Tg-Ab en función de la edad gestacional.

Hormona Tiroidea	Edad gestacional (semanas)	Media	Mediana	Percentil 5,0	Percentil 95
T ₃ libre FT3 (pg/mL)	< 10	3,38 ± 0,52	3,37	2,59	4,19
	11 to 20	3,45 ± 0,54	3,49	2,49	4,26
	21 to 30	3,32 ± 0,43	3,33	2,60	4,04
	31 to 36	3,21 ± 0,53	3,24	2,37	4,03
	> 36	3,23 ± 0,41	3,28	2,59	-
T ₄ libre FT4 (ng/dL)	< 10	1,10 ± 0,14	1,10	0,88	1,34
	11 to 20	1,04 ± 0,14	1,02	0,81	1,27
	21 to 30	0,93 ± 0,12	0,93	0,75	1,11
	31 to 36	0,90 ± 0,13	0,89	0,70	1,13
	> 36	0,80 ± 0,21	0,85	0,17	-
TSH (μ UI/mL)	< 10	1,12 ± 0,69	1,00	0,22	2,39
	11 to 20	1,05 ± 0,67	0,92	0,09	2,47
	21 to 30	1,19 ± 0,60	1,12	0,34	2,35
	31 to 36	1,38 ± 0,76	1,29	0,42	3,05
	> 36	1,46 ± 0,72	1,43	0,36	-
TPO-Ab (UI/mL)	< 10	0,14 ± 0,21	0,09	0,00	0,49
	11 to 20	0,17 ± 0,33	0,09	0,00	0,65
	21 to 30	0,15 ± 0,23	0,09	0,00	0,55
	31 to 36	0,19 ± 0,45	0,09	0,00	0,74
	> 36	0,09 ± 0,08	0,08	0,00	-
Tg-Ab (UI/mL)	< 10	1,04 ± 0,65	0,82	0,44	2,48
	11 to 20	1,08 ± 0,70	0,86	0,44	2,58
	21 to 30	0,92 ± 0,55	0,75	0,43	2,08
	31 to 36	0,89 ± 0,52	0,76	0,42	1,95
	> 36	0,90 ± 0,53	0,83	0,46	-

< 10 semanas (N= 330); 11 to 20 semanas (N= 200); 21 to 30 semanas (N= 208); 31 to 36 (N= 269) semanas and > 36 semanas (N= 14).

Los resultados fueron expresados como media (con la desviación estándar), mediana, y los percentiles 5,0 y 95,0 para los cinco intervalos de semanas de gestación creados para cada hormona tiroidea y para cada anticuerpo antitiroideo. El análisis estadístico fue realizado utilizando el programa SPSS versión 13.0, usando el test de Análisis de la Varianza (One-way ANOVA) para comparar las diferencias entre los cinco intervalos de semanas gestacionales creados, y se consideró significativo al nivel de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Al final del estudio se analizaron **1.198** gestantes residentes de la Comunidad de Aragón, España, de diferente origen étnico: Árabe, Amerindia, Amerindia-Mulata, Blanca, Blanca-Gitana, Caucásica, Gitana, Negra y Oriental. La edad de las gestantes estuvo comprendida entre 15 y 45 años, con una mediana de 30,66 años para la muestra poblacional total.

De la muestra poblacional total, se encontraron **1.021** gestantes con valores normales de anticuerpos tiroideos, con una muestra poblacional de **330** con < 10 semanas, 200 para el periodo de 11 a 20 semanas, 208 de 21 a 30 semanas, 269 de 31 a 36 semanas y 14 con más de 36 semanas de gestación. De acuerdo al grupo étnico la muestra poblacional corresponde a un 84,56% Caucásica, 6,56% Amerindia, 3,61% Árabe, 3,12% Negra, 1,57% Oriental, 0,3% Gitana, 0,2% Blanca y 0,1% Blanca-Gitana. En la tabla 1 se presentan los valores de la media, desviación estándar, mediana, percentiles 5,0 y 95 para las hormonas tiroideas FT3, FT4 y TSH y los anticuerpos antitiroideos TPO-Ab y Tg-Ab, de acuerdo a las edades gestacionales considerados. (Ver Tabla 1).

En las figuras 1 a 5 se expresan los valores medianos para cada intervalo de las semanas de gestación creado para las tres hormonas tiroideas y los dos anticuerpos antitiroideos.

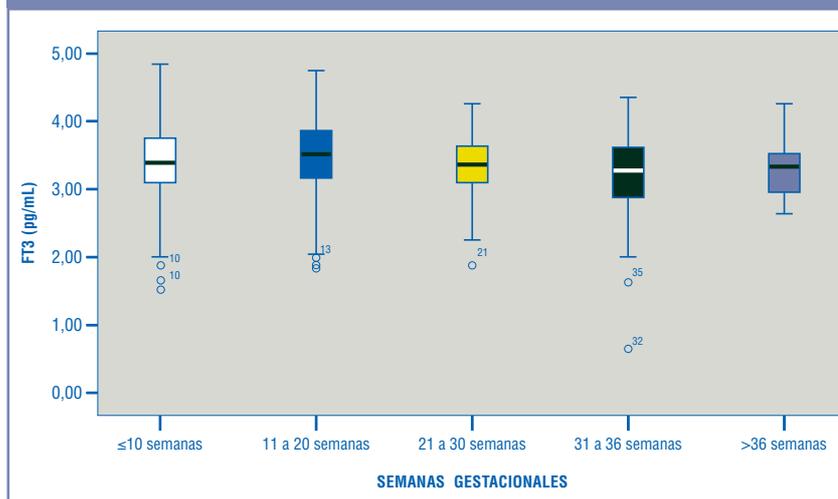
Se observó que en la población con valores normales de anticuerpos de acuerdo a los 5 intervalos de semanas de gestación considerados los valores de FT4 y TSH presentaban diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$), no así para la FT3 ($p > 0,05$). Y se obtuvo que só-

lo la TSH presentaba diferencias significativas ($p < 0,05$) de acuerdo a la edad de la gestante.

De las figuras 6 a 10, se representan los valores medios de cada hormona tiroidea y anticuerpo antitiroideo según el intervalo gestacional considerado, señalando la evolución de dichos valores según avanza el embarazo.

Agrupando los valores en trimestres de gestación se obtendrían los valores expresados en la tabla 2.

Figura 1. Boxplots. Medianas de la FT3 para los distintos rangos de semanas gestacionales.



Los valores alejados están representados por el símbolo (o) y los extremos por el símbolo (*). Están identificados a su lado derecho superior por la edad gestacional de la embarazada en semanas.

Figura 2. Boxplots. Medianas de la FT4 para los distintos rangos de semanas gestacionales.

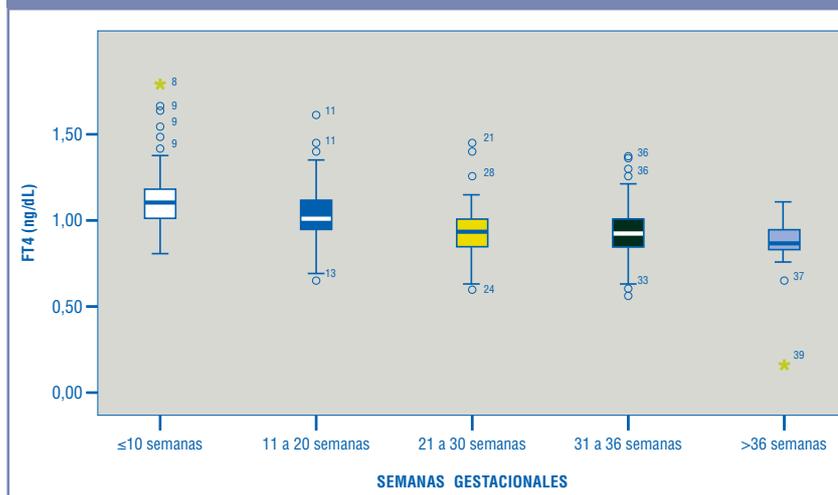


Figura 3. Boxplots. Medianas de la TSH para los distintos rangos de semanas gestacionales.

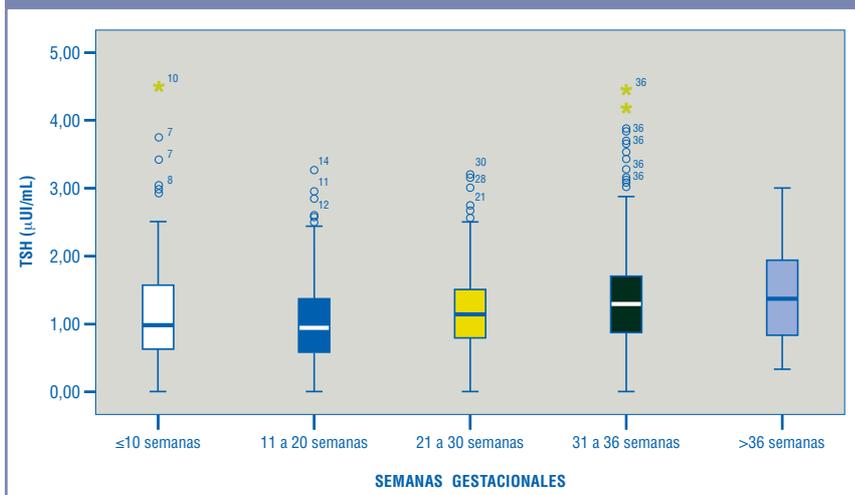


Figura 4. Boxplots. Medianas del Anti TPO (TPO-Ab) para los distintos rangos de semanas gestacionales.

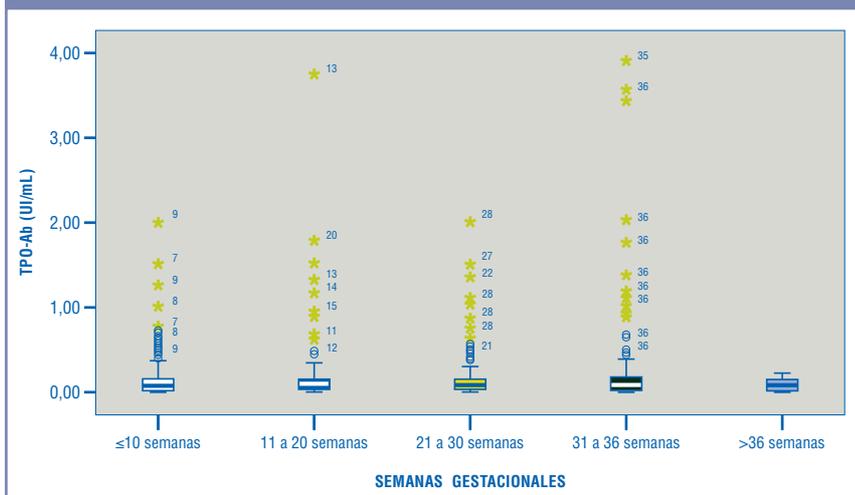
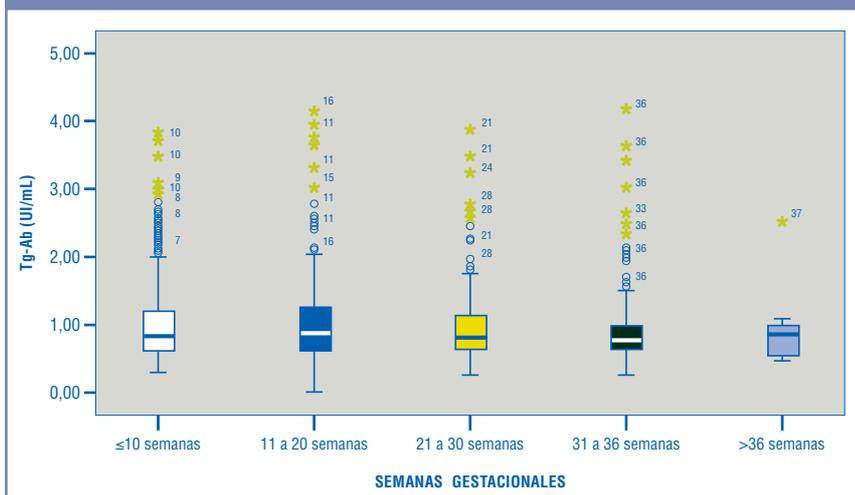


Figura 5. Boxplots. Medianas del Anti TG (Tg-Ab) para los distintos rangos de semanas gestacionales.



Agrupando las semanas de gestación en los tres trimestres por los que pasa el embarazo, y aplicando el test de ANOVA para estudiar si existían diferencias significativas entre cada una de las hormonas tiroideas (FT3, FT4, y TSH) y los trimestres de gestación, se comprobó que había diferencias significativas para la tres ($p < 0,001$).

En la tabla 3 se presentan los porcentajes que corresponden a las muestras analizadas de acuerdo al grupo étnico que se encuentran por debajo o arriba de los límites de referencia que establece el fabricante para la TSH, FT3 y FT4.

Adicionalmente, se encontraron 177 gestantes con valores de anticuerpos anti-TPO y anti-TG elevados, con una muestra poblacional de 63 para <10 semanas, 33 en el periodo de 11 a 20 semanas, 34 de 21 a 30 semanas, 45 de 31 a 36 semanas y 2 con más de 36 semanas.

Los valores de las hormonas tiroideas FT3, FT4 y TSH se presentan en la tabla 4. Considerando el origen étnico, las muestras que se analizaron corresponden a: 92,7% Caucásica, 2,81% Árabe, 2,25% Amerindia, 1,12% Negra, 0,56% Oriental y 0,56% Amerindia-Mulata.

En la tabla 5 se presentan los porcentajes que corresponden a las muestras analizadas de acuerdo al grupo étnico que se encuentran por debajo o arriba de los límites de referencia que establece el fabricante para TSH, FT3 y FT4.

DISCUSIÓN

En nuestro estudio se evaluaron los valores de las hormonas tiroideas: FT3, FT4 y TSH y de los anticuerpos antitiroideos: TPO-Ab y Tg-Ab de una muestra de 1.198 gestantes residentes de la Comunidad de Aragón, España, de diferente origen étnico.

Tabla 2. Valores de las hormonas tiroideas y de los anticuerpos antitiroideos en los tres trimestres del embarazo.

Hormonas tiroideas y anticuerpos antitiroideos	Embarazo											
	Primer trimestre (<14 semanas) (n=481)				Segundo trimestre (14 a 28 semanas) (n= 253)				Tercer trimestre (>28 semanas) (n=297)			
	Media	Mediana	5,0	95	Media	Mediana	5,0	95	Media	Mediana	5,0	95
TSH (μUI/mL)	1,08±0,69	0,94	0,12	2,38	1,20±0,62	1,13	0,35	2,40	1,39±0,75	1,29	3,05	4,34
T ₃ libre (pg/mL)	3,41±0,53	3,42	2,57	4,22	3,33±0,45	3,34	2,57	4,10	3,22±0,52	3,24	2,38	4,03
T ₄ libre (ng/dL)	1,08±0,14	1,08	0,88	1,32	0,94±0,12	0,94	0,76	1,13	0,90±0,13	0,89	0,13	0,70
TPO-Ab (UI/mL)	0,15±0,26	0,08	0,00	0,51	0,16±0,25	0,09	0,00	0,63	0,19±0,43	0,09	0,00	0,60
Tg-Ab (UI/mL)	1,05±0,65	0,83	0,44	2,45	0,95±0,62	0,76	0,44	2,47	0,89±0,51	0,76	0,42	1,94

Analizando los datos de las gestantes con valores normales (1.021) de anticuerpos TPO-Ab y Tg-Ab, se determinó que los valores entre los tres trimestres considerados para las hormonas FT3, FT4 y TSH presentan diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$) para FT4 y TSH, en cambio no es así para la FT3. Esto es importante ya que se ha evidenciado que durante el primer trimestre cuando se está desarrollando el feto, con lo cual una disfunción de las hormonas tiroideas de la madre puede ser crítica para el desarrollo óptimo del feto^{18 19}. Además los datos muestran diferencias con respecto a otros estudios. Kurioka et al, muestra que los niveles de FT3 y FT4 disminuyen significativamente y aumentan los valores de TSH conforme avanza el embarazo²⁰, y Kumar et al, muestra que los valores de TSH aumentan progresivamente cada trimestre y los valores de FT3 y FT4 aumentan el primer y segundo trimestre pero disminuyen en el último trimestre²¹. Aunque analizando nuestros datos con los de Marwaha et al, se encuentran los mismos resultados con excepción de los valores de FT4 que presentan en su estudio los cuales disminuyen conforme avanza la edad gestacional²².

Adicionalmente, sin presentar alteración de anticuerpos antitiroideos y sin patología tiroidea previa, considerando todo el periodo de gestación se presentaron tres casos

Figura 6. Valores medios de FT3 según intervalos gestacionales considerados.

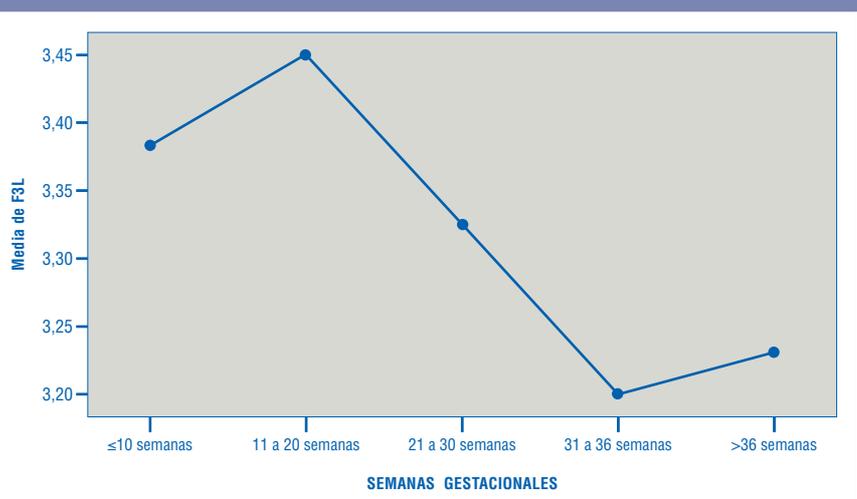


Figura 7. Valores medios de FT4 según intervalos gestacionales considerados.



Figura 8.
Valores medios de TSH según intervalos gestacionales considerados.

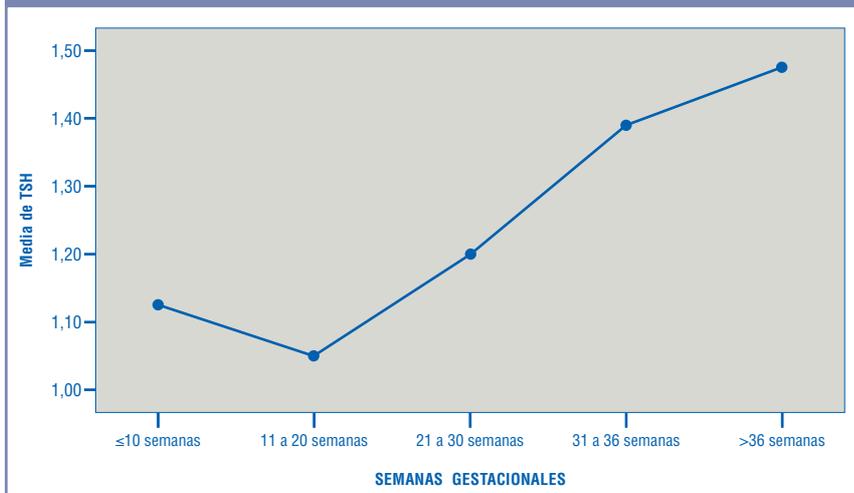


Figura 9.
Valores medios de Tg-Ab según intervalos gestacionales considerados.

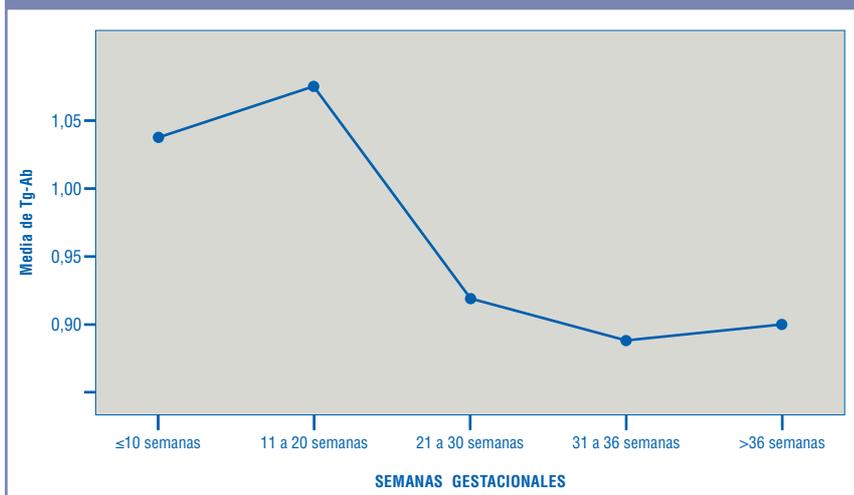
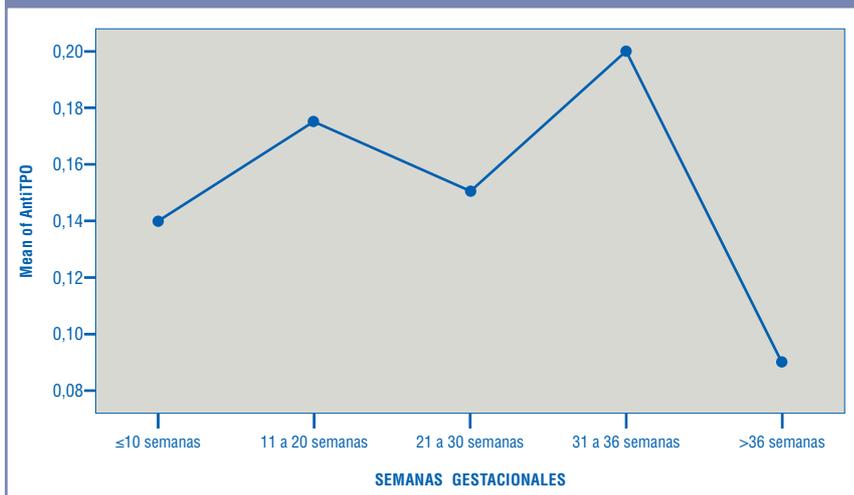


Figura 10.
Valores medios de TPO-Ab según intervalos gestacionales considerados.



de FT3 con valores altos (5,01, 6,09 y 7,1), en el último caso los valores de FT4 y TSH fueron 2,13 y 0,0018, respectivamente. Considerando la FT4, en el primer trimestre se encontraron 2 casos con valores de 1,63 y 1,75 ng/dL, aunque dichos valores se normalizaron en el segundo trimestre y las gestantes no presentaron patología alguna. Además, considerando todo el periodo gestacional se presentaron 4 casos con valores de FT4 fuera del límite alto del rango de normalidad del fabricante (1,76; 1,75; 1,63 y 1,59) y se han presentado acompañados de cifras de TSH por debajo del rango de normalidad. Lo anterior se puede deber a cambios fisiológicos que pueden afectar la función de la glándula tiroides y la interpretación de las pruebas de la función tiroidea ^{23 24 25}.

Analizando los valores de la TSH, la media se encuentra por debajo del límite establecido por el fabricante (<2,5) aunque se encontraron 5 casos por encima de los límites normales (4,17, 4,30, 4,33, 4,48 y 5,17), que corresponden a un porcentaje de 0,59, siendo éste inferior a otros estudios ²⁶, Stricker.

Finalmente, las patologías presentadas en la muestra poblacional sin alteraciones de anticuerpos antitiroideos, fueron: 6 hipotiroidismos normalizados con tratamiento, 1 hipotiroidismo + diabetes gestacional con TSH límite normal bajo, 1 tiroidectomía, 2 bocios, 1 bocio multinodular, 1 nódulo frío, 5 Diabetes gestacional.

Por otra parte, de acuerdo a nuestros datos, encontramos que 177 (14,77%) de las mujeres embarazadas presentan resultados positivos para la presencia de anticuerpos anti TPO y TG, evidenciando la presencia de enfermedades autoinmunes de la tiroides en nuestra población con valores muy similares a los que se han encontrado en otros estudios ^{27 28}.

Para esta población, analizando la TSH, encontramos que la media se encuentra por debajo del límite establecido por el fabricante ($>2,5$), dato importante ya que se menciona en otro estudio que la presencia de anticuerpos TPO y TG pueden aumentar los valores de TSH²⁹.

Finalmente, las patologías encontradas en el grupo de gestantes con anticuerpos antitiroideos elevados, fueron: 5 Hipotiroidismos (2 con patología de aborto anterior), 2 Tiroidectomía, 1 Bocio simple, 1 Tiroiditis crónica autoinmune, 1 Hipertiroidismo, 2 Tiroidectomías, 3 Feto muerto, 1 Embarazo ectópico, 3 Diabetes gestacional, 6 Fibroadenomas en mama, 23 Abortos, 7 Abortos de repetición.

CONCLUSIONES

La muestra poblacional representativa de las gestantes en la Comunidad Aragonesa presenta las siguientes características:

I Respecto a las razas

El porcentaje de las gestantes pertenecientes a la población inmigrante dentro de la muestra representativa de la población gestante de la Comunidad de Aragón, atendida en nuestro centro es de un 19,25%. Y las razas atendidas son por orden de frecuencia: Caucásica (española: 977 + países del Este: 65 = 1.042), Amerindia (73), Árabe (42), Negra (36) y Oriental (17).

II Respecto a la edad de las gestantes

La edad de las gestantes está comprendida entre 15 y 45 años. Con una mediana de 31,4 para la muestra poblacional total.

Figura 11. Boxplots para FT3, medianas según los tres trimestres de gestación considerados.

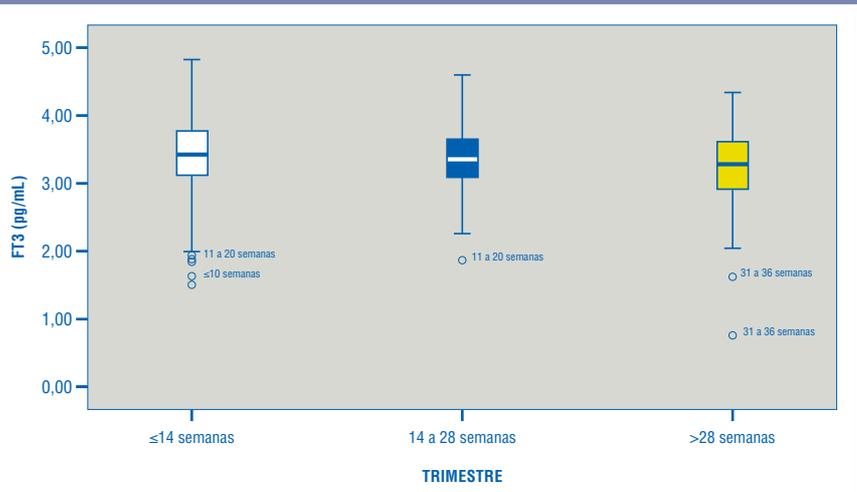


Figura 12. Boxplots para FT4, medianas según los tres trimestres de gestación considerados.

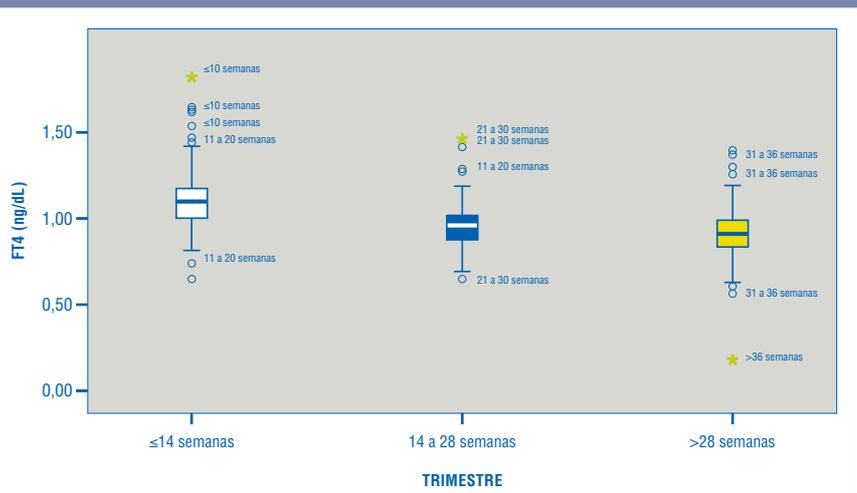


Figura 13. Boxplots para TSH, medianas según los tres trimestres de gestación considerados.

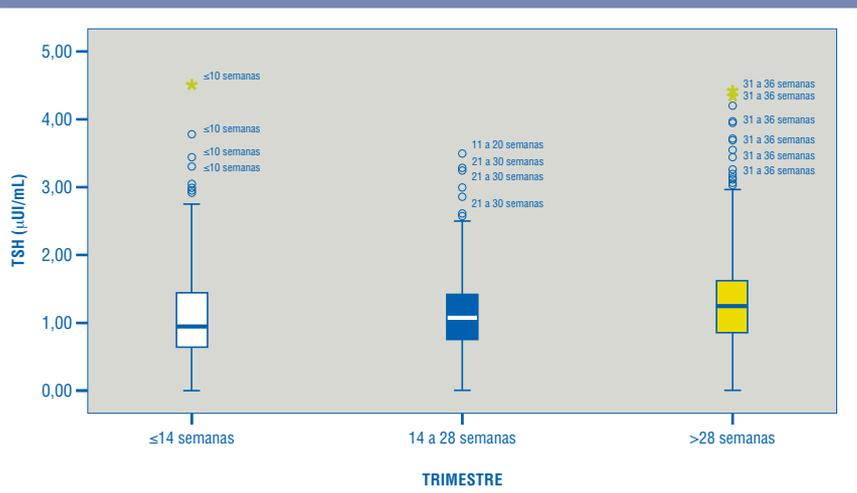


Tabla 3. Porcentaje de las hormonas tiroideas en función del grupo étnico.

Grupo étnico	TSH (μUI/mL)		FT3 (pg/mL)		FT4 (ng/dL)	
	>2,5	<2,5	>3,71	<3,71	>1,48	<1,48
Caucásica (%)	3,2	81,2	20,92	63,64	0,39	84,06
Amerindia (%)	0,8	5,7	1,37	5,18	0,0	6,51
Árabe (%)	0,1	3,5	1,56	2,05	0,0	3,6
Negra (%)	0,3	3,0	0,68	2,44	0,0	3,3
Oriental (%)	0,1	1,5	0,49	1,08	0,1	1,36
Gitana (%)	0,1	0,2	0,1	0,2	0,0	0,29
Blanca	-	0,2	0,0	0,2	0,0	0,19
Blanca-Gitana	-	0,1	0,0	0,1	0,0	0,1

Tabla 4. Valores de las hormonas tiroideas: FT3, FT4 y TSH en embarazadas con valores elevados de anticuerpos antitiroideos TPO-Ab y Tg-Ab en función de la edad gestacional considerada.

Hormona Tiroidea	Edad gestacional	Media		Percentil	
		Media	Mediana	5,0	95
FT3 (pg/mL)	< 10	3,31 ± 0,58	3,36	2,3	4,3
	11 to 20	3,44 ± 0,65	3,59	2,1	4,6
	21 to 30	3,24 ± 0,51	3,15	2,3	4,2
	31 to 36	3,22 ± 0,47	3,24	2,5	4,1
	>36	3,02 ± 0,15	3,02	2,9	-
FT4 (ng/dL)	<10	1,06 ± 0,15	1,06	0,8	1,3
	11 to 20	1,01 ± 0,15	1,03	0,7	1,2
	21 to 30	0,89 ± 0,97	0,87	0,7	1,1
	31 to 36	0,90 ± 0,13	0,86	0,7	1,2
	>36	0,90 ± 0,11	0,90	0,8	-
TSH (μUI/mL)	<10	1,75 ± 3,64	1,25	0,2	2,7
	11 to 20	1,63 ± 1,30	1,44	0,1	4,5
	21 to 30	1,89 ± 0,96	1,62	0,5	3,9
	31 to 36	1,72 ± 0,91	1,72	0,4	3,6
	>36	1,19 ± 0,62	1,19	0,7	-

<10 semanas (N=63); 11 to 20 semanas (N=33); 21 to 30 semanas (N=34); 31 to 36 semanas (N=45) and >36 semanas (N=2).

Tabla 5. % de muestras que se encuentran por encima o por debajo de los límites de referencia establecidos por el fabricante para TSH, FT4 y FT3, de acuerdo con el grupo étnico.

Grupo étnico	FT4 (ng/dL)		FT3 (pg/mL)		TSH (μUI/mL)	
	>1,48	<1,48	>3,71	<3,71	>2,5	<2,5
Caucásica (%)	-	92,1	17,42	75,28	11,8	80,9
Árabe (%)	-	2,8	0,56	2,29	1,12	1,69
Amerindia (%)	-	2,2	1,12	1,12	0,56	1,69
Negra (%)	-	1,1	0,56	0,56	0,56	0,56
Oriental (%)	-	0,6	0	0,56	0,56	0
Amerindia-Mulata (%)	-	0,6	0	0,56	0,56	0

Semanas	Mediana (años)
Hasta 10	31
11-20	30
21-30	31
31-36	32
>36	33

III

Respecto a los valores hormonales de perfil tiroideo

■ Valores de TSH (tendencia según las semanas de gestación). Las medianas aumentan progresivamente según avanza el embarazo, salvo en el rango (11 a 20 semanas) que disminuye ligeramente respecto al rango <10 semanas (hablar de medianas y de valores fuera de rango en todos los parámetros).

■ Valores de T3L (tendencia según las semanas de gestación). Subida en el intervalo (11 a 20 semanas, coincide con la bibliografía: aumento en la semana 16) y porcentaje de altos en raza negra.

■ Valores de T4L (tendencia según las semanas de gestación). Se observa una disminución progresiva de los valores de la mediana según avanza el embarazo.

■ Valores de anticuerpos anti TPO.

IV

Con respecto a la influencia de la prevención de enfermedad tiroidea

En una población aparentemente sana encontramos la suficiente patología tiroidea en los dos grupos considerados para el estudio (Anticuerpos antitiroideos con valores normales y anticuerpos antitiroideos elevados), como para poder ejercer una labor muy eficaz de prevención por parte de la enfermería, por estar en contacto con el paciente y ser el grupo trabajador más adecuado para informar de los riesgos perigestacionales y en el Recién Nacido.

V

La enfermera está en contacto con otros grupos de riesgo, principalmente la población²⁹ anciana en la que según Bibliografía, se ha encontrado un porcentaje elevado de hipotiroidismo, causa de sintomatología que pasando desapercibida influye en la calidad de vida del paciente.

Consideramos que se debería incluir dentro de los Procesos las siguientes actividades, procedimientos y prácticas ajustándose a la mejor evidencia disponible (Práctica Clínica Enfermera Adecuada):

- 1 El estudio y control seriado de estos parámetros analíticos tiroideos.
- 2 Evaluación y registro de Enfermería del riesgo obstétrico tiroideo.
- 3 Evaluación y registro de Enfermería de signos tiroideos.
- 4 Aconsejar Educación Maternal alimenticia y detección de signos tiroideos.
- 5 Valoración de Enfermería de los desórdenes tiroideos y registro de los mismos para la prevención de patología preparto, intraparto, postparto y en el Recién Nacido.

Sólo con indicar a la población en riesgo una dieta con sal yodada, va-

mos a evitar el hipotiroidismo gestacional, fetal y en la población anciana, además de en la población en general. Para ello, la enfermería es el grupo mejor preparado y mejor cualificado conociendo los valores de riesgo que indican una posible patología tiroidea.

VI

De **1.198** muestras analizadas de gestantes residentes de la Comunidad de Aragón, encontramos que el **85,22%** presenta valores normales para los anticuerpos anti TPO y anti TG y el **14,77%** presentan resultados positivos, evidenciando la presencia de enfermedades autoinmunes de la tiroides. En la población con valores normales de anticuerpos de acuerdo a las edades gestacionales consideradas los valores de FT4 y TSH si presentan diferencias estadísticamente significativas, al contrario que los valores de FT3.

Adicionalmente, los datos que se presentan pueden ser usados como valores de referencia para nuestra población y sirven para establecer los límites para detectar enfermedades tiroideas como la de Graves o tiroiditis de Hashimoto³⁰ así como permitir realizar un asesoramiento en el riesgo que corre el feto o el neonato como consecuencia de la disfunción tiroidea materna.

REFERENCIAS / BIBLIOGRAFÍA

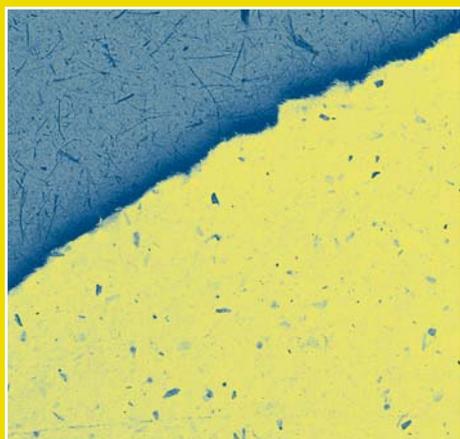
- 1 Larson, J.; Anderson, E.H. "Maria Koslawy Thyroid disease: A review for primary care". *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*; Jun 2000; 12, 6;
- 2 Simmons Holcomb, S. "Thyroid diseases: A primer for the critical care nurse". *Dimensions of Critical Care Nursing*; Jul/Aug 2002; 21, 4.
- 3 Simmons Holcomb, S. "Detecting thyroid disease, part 1". *Nursing*; Aug 2003; 33, 8.
- 4 López Álvarez, X.L.; Martínez Vidal, Á.; Álvarez Prieto, X.L.; Pousa Fernández, P.; Doval Conde, X.L. *Embarazo*. Guías Clínicas 2005; 5 (16).
- 5 Walpert, N. "The highs and lows of autoimmune thyroid disease". *Nursing*; Dec. 1998; 28, 12.
- 6 Glinoe, D. "The regulation of thyroid function during normal pregnancy: importance of the iodine nutrition status". *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol. Metab.* 2004; 18(2):133-52.
- 7 Glinoe, D. "Feto-maternal repercussions of iodine deficiency during pregnancy. An update". *Ann Endocrinol.* 2003; 64(1): 37-44.
- 8 Luton, D.; Le Gac, I.; Noel, M.; Guibourdenche, J.; Polak, M. "Thyroid function during pregnancy in women with past Graves' disease". *BJOG.* 2005; 112 (11):1565-7.
- 9 Idris, I.; Srinivasan, R.; Simm, A.; Page, R.C. "Maternal hypothyroidism in early and late gestation: effects on neonatal and obstetric outcome". *Clin Endocrinol.* 2005; 63(5): 560-565.



- 10 Phoojaroenchanachai, M.; Sriussadaporn, S.; Peerapatdit, T.; Vannasaeng, S.; Nitiyanant, W.; Boonnamsiri, V.; Vichayanrat, A. "Effect of maternal hyperthyroidism during late pregnancy on the risk of neonatal low birth weight". *Clin. Endocrinol.* 2001; 54(3): 365-70.
- 11 Fantz, C.R.; Dagogo-Jack, S.; Ladenson, J.H.; Gronowski, A.M. "Thyroid Function during Pregnancy". *Clinical Chemistry.* 1999; 45:2250-2258.
- 12 Glinoe, D. "The Regulation of Thyroid Function in Pregnancy: Pathways of Endocrine Adaptation from Physiology to Pathology". *Endocrine Reviews.* 1997; 18 (3): 404-433.
- 13 Lazarus, J.H. "Thyroid disorders associated with pregnancy: etiology, diagnosis, and management". *Treat Endocrinol.* 2005, 4(1):31-41.
- 14 Quinn, F.A.; Gridasov, G.N.; Vdovenko, S.A.; Krasnova, N.A.; Vodopianova, N.V.; Epiphanova, M.A.; Schulten, M. "Prevalence of abnormal thyroid stimulating hormone and thyroid peroxidase antibody-positive results in a population of pregnant women in the Samara region of the Russian Federation". *Clin. Chem. Lab. Med.* 2005; 43(11): 1.223-6.
- 15 Panesar, N.S.; Li, C.Y.; Rogers, M.S. "Reference intervals for thyroid hormones in pregnant Chinese women". *Ann Clin. Biochem.* 2001; 38 (4): 329-32.
- 16 Lalulu, S.L.; Roberts, W.L. "Second-trimester reference intervals for thyroid tests: the role of ethnicity". *Clin Chem.* 2007; 53(9): 1.658-64.
- 17 Quinn, F.A. *Architect 12000 and 12000SR analyzers.* In the *Immunoassay Handbook*, edn 3, pp. 406-411. Ed. D wild, Amsterdam: Elsevier, 2005.
- 18 Morreale de Escobar, G.; Obregón, M.J.; Escobar del Rey, F. "Role of thyroid hormone during early brain development". *Eur J Endocrinol.* 2004; 151 Suppl 3:U25-37.
- 19 Glinoe, D. "What happens to the normal thyroid during pregnancy?". *Thyroid.* 1999; 9(7):631-5.
- 20 Kurioka, H.; Takahashi, K.; Miyazaki, K. "Maternal thyroid function during pregnancy and puerperal period". *Endocr. J.* 2005; 52(5):587-91.
- 21 Kumar, A.; Gupta, N.; Nath, T.; Sharma, J.B.; Sharma, S. "Thyroid function tests in pregnancy". *Indian J Med. Sci.* 2003; 57(6):252-8.
- 22 Marwaha, R.K.; Chopra, S.; Gopalakrishnan, S.; Sharma, B.; Kanwar, R.S.; Sastry, A.; Singh, S. "Establishment of reference range for thyroid hormones in normal pregnant Indian women". *BJOG.* 2008; 115(5): 602-6.
- 23 González-Sagrado, M.; Martín-Gil, F.J. "Population-specific reference values for thyroid hormones on the Abbott ARCHITECT i2000 analyzer". *Clin. Chem. Lab. Med.* 2004; 42(5):540-2.
- 24 Maddow, J.E.; Knight, G.J.; Palomaki, G.E.; McClain, M.R.; Pulkkinen, A.J. "The reference range and within-person variability of thyroid stimulating hormone during the first and second trimesters of pregnancy". *J Med. Screen.* 2004; 11 (4): 170-4.
- 25 Dashe, J.S.; Casey, B.M.; Wells, C.E.; McIntire, D.D.; Byrd, E.W.; Leveno, K.J.; Cunningham, F.G. "Thyroid-stimulating hormone in singleton and twin pregnancy: importance of gestational age-specific reference ranges". *Obstet Gynecol.* 2005; 106(4): 753-7.
- 26 Stricker, R.; Echenard, M.; Eberhart, R.; Chevaller, M. C.; Pérez, V.; Quinn, F.A.; Stricker, R. "Evaluation of maternal thyroid function during pregnancy: the importance of using gestational age-specific reference intervals". *Eur. J Endocrinol.* 2007; 157(4): 509-14.
- 27 Hollowell, J.G.; Staehling, N.W.; Flanders, W.D.; Hannon, W.H.; Gunter, E.W.; Spencer, C.A.; Braverman, L.E. "Serum TSH, T(4), and thyroid antibodies in the United States population (1988 to 1994): National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES III)". *J Clin. Endocrinol. Metab.* 2002; 87(2): 489-99.
- 28 Mamede da Costa, S.; Sieiro Netto, L.; Coeli, C.M.; Buescu, A.; Vaisman, M. "Value of combined clinical information and thyroid peroxidase antibodies in pregnancy for the prediction of postpartum thyroid dysfunction". *Am. J Reprod. Immunol.* 2007; 58 (4): 344-9.
- 29 Demers L.M.; Spencer, C. "Laboratory medicine practice guidelines: laboratory support for the diagnosis and monitoring of thyroid disease". *Thyroid.* 2003; 13: 3-98.
- 30 Edwina, A. "McConnell Myths & facts... About thyroid disease". *Nursing*; April 1996; 26, 4.

Trabajos originales

NIVEL DE ANSIEDAD DEL PACIENTE QUIRÚRGICO EN EL PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO INMEDIATO Y FACTORES DE RIESGO



Accésit. Premio de Investigación Enfermera «D. Ángel Andía Leza»

MIRIAM NAVAS MONZÓN.

Diplomada Universitaria en Enfermería. Hospital Royo Villanova.
Máster Interuniversitaria de Ciencias de la Enfermería.

Correspondencia

Miriam Navas Monzón

Agustina de Aragón, 14 B-16. 50196 La Muela (Zaragoza)

Teléfono 976 149 923. Móvil 646 849 177

miriamnm@hotmail.com

RESUMEN

Introducción.

El acto anestésico-quirúrgico es considerado como un factor que genera ansiedad en el paciente que será intervenido. Por ello, la atención debe enfocarse a disminuir la ansiedad, con una adecuada atención hospitalaria y una consulta preanestésica eficiente, que a la vez implique la preparación psicológica y/o farmacológica del enfermo, con el fin de disminuir la morbilidad, reducir costes con estancias cortas y proporcionar calidad total en la atención de los pacientes.

Objetivos.

Conocer la influencia de determinados factores de riesgo y el nivel de ansiedad rasgo y ansiedad estado en el pre y postoperatorio de pacientes sometidos a cirugía programada, así como la relación entre los distintos tipos de ansiedad.

Material y métodos.

Estudio piloto descriptivo, transversal y observacional realizado en 30 pacientes con edades de entre 18 y 80 años ingresados para intervenciones quirúrgicas de urología, traumatología o cirugía general. A la llegada a quirófano, se recogieron las variables edad, sexo, estado civil y servicio de procedencia. En el pre y postoperatorio inmediato, la ansiedad fue evaluada mediante la aplicación de la encuesta "State Trait Anxiety Inventory, STAI".

Resultados.

Predominaron los pacientes del sexo masculino, de entre 60 y 80 años, casados y del servicio de cirugía general. La indicación de tratamiento quirúrgico produce un aumento del nivel de ansiedad-estado en el preoperatorio siendo la tendencia menor en mujeres, casadas, del servicio de cirugía general; disminuyendo la ansiedad en el postoperatorio.

Conclusión.

Los resultados arrojan algunas diferencias de tendencias entre los grupos, pero no son estadísticamente significativas. Asimismo, no se puede establecer una correlación entre los niveles de A/R y A/E en el pre y postoperatorio.

PALABRAS CLAVE

Ansiedad, cirugía, preanestesia, factores de riesgo.

ABSTRACT

Background.

A patient who is going to be in an anesthetic and surgery procedure could generate anxiety. That is why medical and hospital care would be guided to decrease this anxiety; associated with an efficient preanesthetic evaluation and a psychological, so as to decrease morbidity, to reduce costs by short stays at hospital and to provide high quality attention to patients.

Objectives.

To know the influence of some risk factors and the level of anxiety at the preoperative and postoperative period in patients having a programmed operation, as well as relation between all different kinds of anxiety.

Material and methods.

This descriptive, transversal and observational pilot study was evaluated in 30 patients, between 18-80 years old, from urology, traumatology and general surgery. At arrival to operation room, age, sex, marital status and type of surgery were registered from each patient. The level of anxiety of the individuals was evaluated during preoperative and postoperative period by using the Trait Anxiety

Inventory State-State of Spielberg scale.

Results.

We observed male predominance between 60-80 years old married men operated from general surgery. Surgery increases levels of anxiety at preoperative period. Married women from general surgery had lower levels of anxiety at postoperative period.

Conclusions.

Results show no significative differences according to tendencies of each group. In the same way, it's not possible to establish correlation between levels of each kind of anxiety.

KEY WORDS

Anxiety, surgery, preanesthesia.

INTRODUCCIÓN

Problema de Salud

Durante el período quirúrgico, el personal de enfermería encuentra un gran número de diagnósticos de enfermería siendo el más común en la práctica totalidad de los casos el de ansiedad o riesgo de ansiedad en relación con la intervención quirúrgica. Desde el proceso de atención de enfermería es necesario plantear la inclusión de este diagnóstico de forma generalizada en el proceso de atención del enfermo quirúrgico. Se entiende por ansiedad: “Estado en que una persona experimenta un sentimiento de incomodidad (leve o intensa) cuyo origen, con frecuencia, es inespecífico o desconocido para el individuo”¹. También se define como: “Reacción compleja del individuo frente a situaciones y estímulos actual o potencialmente peligrosos, o subjetivamente percibidos como cargados de peligro,

aunque sólo sea por la circunstancia de aparecer inciertos”².

La ansiedad se puede presentar en cualquier persona; puede ser transitoria, crónica o de ambas formas. Existen diversos tipos de trastornos por ansiedad: trastornos de pánico, fobias, desórdenes por ansiedad generalizados y trastorno mixto ansioso depresivo. Se diferencia del miedo en que este último es un sentimiento de inquietud y malestar suscitado por la presencia de un peligro³. La presencia de ansiedad en el periodo preoperatorio es variable en cada paciente y depende de varios factores: edad, sexo, estado socioeconómico, ocupación, estado físico, tipo de cirugía, temor al ambiente hospitalario, calidad de la atención médica...⁴.

La admisión de un paciente a un hospital genera ansiedad. En estudios previos se ha demostrado que, en sujetos que van a ser sometidos a cirugía, la ansiedad se presenta por lo menos una semana antes de su admisión. El simple hecho de estar involucrado en un medio desconocido como lo es el hospitalario, la deficiente comunicación por parte del personal intrahospitalario, la desinformación obtenida por terceras personas y, sobre todo, el impacto en la esfera familiar, afectiva, social, laboral y económica, pueden ser detonantes de ansiedad y, por lo tanto, presentarse antes de su ingreso al hospital⁵. Su incidencia varía según diferentes estudios entre un 10 y un 80%, dependiendo de los métodos de evaluación utilizados⁶⁻¹².

Cuando hablamos de la situación quirúrgica hacemos referencia a un concepto amplio que incluye tanto factores externos al propio individuo (el hospital, el quirófano y las técnicas aplicar) como factores internos o individuales (factores de personalidad, percepción de amenaza, percepción de control de la situación...) que son los responsables de las manifestaciones de ansiedad.

Dentro de los factores externos encontramos los siguientes:

■ **Ambiente extraño:** referido por una parte al ambiente hospitalario, que requiere del individuo un esfuerzo adicional de adaptación en aspectos tales como cambios en los hábitos de comer, interacciones con extraños, confusión, frecuente sentido de pérdida de control y por otra, al propio quirófano como elemento extraño.

■ **Falta de intimidad:** las habitaciones compartidas, la circulación de personas tanto profesionales como familiares de otros pacientes contribuyen a esta falta de intimidad experimentada por el paciente, la cuál se hace más patente en los pacientes quirúrgicos.

■ **Sometimiento a técnicas**^{13 14}: que incluyen miedos relativos al empleo de la anestesia (miedo a no despertar o a despertar antes de que termine la intervención o de que ésta empieza antes de estar dormido, miedo a lo nuevo o a lo desconocido, miedo a sentir vómitos o malestar tras la intervención y finalmente, miedo a hablar y decir cosas no deseadas durante la intervención). Dentro de este apartado también se incluye el grado de invasividad que implica la propia técnica quirúrgica, de manera que cuanto más invasiva sea la técnica mayor es la ansiedad experimentada por el paciente.

■ **Ausencia de apoyo social:** la ausencia de soporte social (familiar o de otro tipo) es otro de los elementos que condiciona las manifestaciones de ansiedad.

Dentro de los factores internos identificamos los siguientes:

■ **Personalidad tipo A:** aquellas personas con las características típicas de este patrón de personalidad (impaciencia, urgencia temporal, sobre-esfuerzo por el logro, competitividad excesiva, agresividad y hostilidad, entre otras) son más propensas a experimentar reacciones de ansiedad.

■ **Locus de control interno (LCI):** hace referencia a una característica de personalidad según la cuál el individuo tiene habitualmente una

fuerte necesidad de sentir que posee el control de las cosas que le suceden. Es obvio pues que las personas con LCI experimentan con más facilidad ansiedad o estrés puesto que tal y como está concebida actualmente la atención quirúrgica, el individuo que va a ser sometido a una intervención, posee escaso o ningún control sobre el proceso en cualquiera de sus fases (escaso o ningún conocimiento sobre: la técnica a realizar, el ambiente del quirófano, las sensaciones a experimentar tras la intervención, el tipo de cuidados de que dispondrá una vez realizada la intervención y dónde le serán practicados...). En nuestro medio empiezan a protocolizarse las visitas preoperatorias como forma habitual de atención^{15 16} por lo que sería de esperar que la ansiedad consecuente a la falta de información en aquellas personas con LCI no se produzca o al menos no sea relevante.

■ **Ansiedad-Rasgo elevada:** aquellas personas que puntúan alto en ansiedad como característica de personalidad (A-R) son más propensas a manifestar ansiedad situacional, ya que perciben muchas más situaciones como “amenazadoras”^{18 17}. Así, la situación quirúrgica es percibida por las personas con A-R elevada como más amenazante que aquellas personas con A-R baja.

■ **Escasa tolerancia a la ambigüedad:** la tolerancia a la ambigüedad es una característica de personalidad que hace referencia al grado de adaptabilidad de una persona a diversas circunstancias cambiantes, o sea, su grado de flexibilidad para encajar los cambios. En la situación quirúrgica, la tolerancia a la ambigüedad debe entenderse como el grado en que una persona acepta o se adapta a los posibles cambios que se pueden operar en su estado de salud (complicaciones quirúrgicas) y que modifican la evolución previsible. De esta forma, cuanto menos tolerante a la ambigüedad sea la persona, mayor probabilidad tiene de experimentar ansiedad en la situación quirúrgica.

■ **Afrontamiento centrado en la emoción:** el tipo de afrontamiento es otra característica de personalidad referida a la “forma básica” que tienen las personas de afrontar o encajar los acontecimientos de la vida. Cuando en esta “forma básica” predominan las reacciones emocionales (frente a las racionales) sean positivas o negativas, se habla de “afrontamiento centrado en la emoción”. Así, las personas con estilos de afrontamiento centrados fundamentalmente en la emoción, son más susceptibles de experimentar ansiedad ante situaciones como la que estamos considerando, la situación quirúrgica.

Esta ansiedad puede desaparecer en el periodo postoperatorio, cuando el paciente recupera el estado de alerta y revalora que su entorno no presenta cambios importantes que le signifique modificación de sus hábitos de vida previos⁵. Para afrontar esto, los pacientes movilizan sus recursos emocionales y pueden adaptarse a los requerimientos del proceso perioperatorio en el que se encuentran. Sin embargo, este proceso de adaptación resulta no siempre exitoso, ya que el paciente ignora a qué se enfrentará exactamente en la mayoría de las ocasiones¹⁸. En este caso, se encuentra en una realidad que puede ser una amenaza y crear conflicto desde el punto de vista¹⁹:

■ **Físico:** con aumento de la frecuencia cardíaca, ritmo respiratorio acelerado, palmas húmedas, movimientos constantes de manos y piernas, habla continua, inquietud, alteración en el patrón de sueño, miccionar con frecuencia, alteración de la integridad cutánea, inmovilidad, privación del sueño...

■ **Psíquico:** manifestado por miedo, dolor, pérdida de intimidad, alteración de las emociones, amenaza, confusión, incertidumbre presente y futura...

■ **Social:** padeciendo desubicación del entorno, normas, situación desconocida, interrupción de su

estilo de vida, separación de familia/amigos...

■ **Espiritual:** mediante una puesta a prueba de las creencias y valores, separación de los lazos culturales y religiosos...

Asimismo la ansiedad en el período preoperatorio puede desencadenar en el organismo una respuesta que se englobaría dentro de la reacción general al estrés, con descarga de catecolaminas, hiperactividad simpática, hipermetabolismo, cambios neuroendocrinos (elevación del cortisol, ACTH, glucagón, aldosterona, vasopresina, prolactina, hormona antidiurética, resistencia a la insulina...), alteraciones hidroelectrolíticas (descenso del potasio sérico, retención hidrosalina) y modificaciones inmunológicas²⁰.

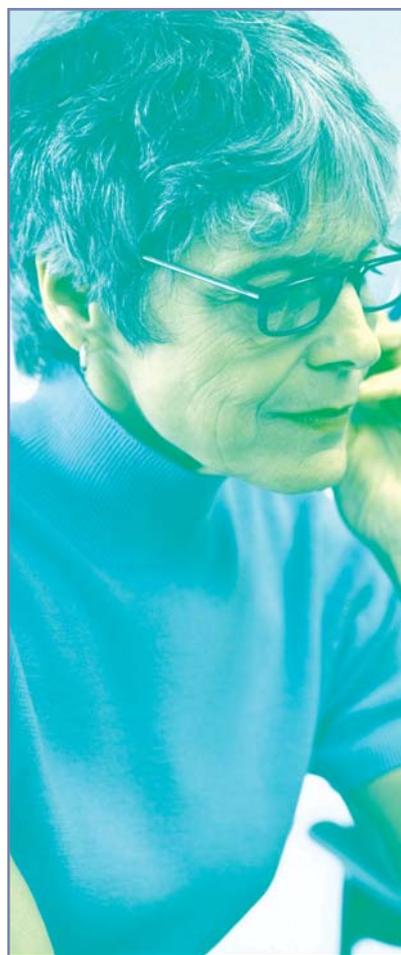
Todo ello ocasiona, a corto y largo plazo, alteraciones en el equilibrio tanto físico como psíquico del paciente que pueden acarrear complicaciones en el período postoperatorio. Puede repercutir en el curso evolutivo intraoperatorio en forma de una mayor incidencia de inestabilidad hemodinámica, o requerimiento de mayor dosis de fármacos²¹, y en el postoperatorio, con trastornos de comportamiento que pueden interferir en la recuperación del paciente.

Por lo general, en el origen del diagnóstico existen múltiples factores. Escuchar y ayudar a la persona a identificarlos y afrontarlos, con frecuencia, ayuda a reducir este problema¹. Pero también existen técnicas para prevenir los factores que desencadenan el problema. Una mejor preparación psicológica del paciente, consistente en facilitar la información, apoyo psicológico en todo proceso quirúrgico y sobre las sensaciones que se van a experimentar, equilibra las características estresantes de la cirugía disminuyendo así el grado de ansiedad del individuo². Todo ello sólo es posible gracias al establecimiento de una relación de comunicación efectiva entre el personal sanitario y el paciente.

Problema de Investigación

Reducir los niveles de ansiedad, al igual que el manejo del dolor, son factores importantes para disminuir la morbilidad, reducir costes con estancias cortas y proporcionar calidad total en la atención de los pacientes. Existen numerosos estudios que demuestran que el estado psicológico prequirúrgico, en especial la ansiedad, incide en la recuperación postquirúrgica. Cuanta más ansiedad experimenta el paciente antes de la operación, más larga y difícil suele ser la convalecencia²².

La revisión sistemática llevada a cabo por Smith y Pittaway²³ pone de manifiesto que un 20% de los pacientes que se someten a cirugía ambulatoria habrían preferido recibir “alguna cosa” antes de la cirugía para aligerar su ansiedad. El concepto de “alguna cosa” expresado por los pacientes hace referencia a algún tipo de medicación ansiolítica, pero además de



la medicación existen distintos procedimientos psicológicos que han resultado de utilidad en el manejo de la ansiedad quirúrgica.

Respecto a la influencia de las intervenciones de enfermería, Marín Romero¹⁸ realizó un estudio sobre la ansiedad de los pacientes intervenidos de prótesis total de rodilla cuyos resultados no confirman la hipótesis de que la intervención de la enfermera en pacientes quirúrgicos disminuya significativamente la ansiedad en el proceso asistencial. Según estos resultados, es importante tener en cuenta la personalidad de los pacientes y su individualidad. Grados elevados de ansiedad-rasgo proporcionan mayor grado de ansiedad-estado en el preoperatorio, de manera que es conveniente conocer la ansiedad-rasgo del paciente para enfocar la visita enfermera.

La revisión sistemática “Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias”²⁴ apoya que, con los datos de esta revisión, no se puede recomendar la visita prequirúrgica sistemática para todo paciente de cirugía programada. Con la experiencia de las enfermeras, una vez considerados los recursos necesarios, recomienda la visita informativa o Tipo I y la visita terapéutica o Tipo II. Parece clara la existencia de una relación entre la satisfacción del paciente y la visita informativa. La visita hace que el paciente perciba una mayor calidad del servicio, siente un trato más individualizado. El entrenamiento, el consejo, el asesoramiento o la formación en autocuidados, pueden tener efectos beneficiosos en los resultados postoperatorios en pacientes seleccionados y/o en problemas bien definidos. Posiblemente intervenciones mínimas en visitas Tipo II permitan obtener resultados postoperatorios favorables medidos en el paciente (autocuidados, adherencia al tratamiento, prevención de efectos adversos).

En una revisión sobre la educación al paciente en estos tópicos, Webber GC²⁵ concluye que, en general,

la educación preoperatoria se asocia a un beneficio en la mejoría tanto objetiva como subjetiva en el proceso de recuperación del paciente.

Por otro lado, existe la controversia acerca de si la información previa beneficia a todos los pacientes pues, para algunos de ellos, pudiera inducirse un estrés de mayor magnitud al sentirse agobiados con tanta información o con la información que no desean escuchar.

En este sentido, Lonsdale M.²⁶ realizó una investigación en Canadá y Escocia y analizó si los pacientes deseaban información acerca de la anestesia. Sus hallazgos sugieren que los pacientes de ambos países, menores de 50 años, tuvieron mayor agrado de recibir la información que aquellos de mayor edad. En Canadá, los pacientes del sexo femenino fueron más incisivos para recibir información preoperatoria que los hombres del mismo grupo. También observaron que el detallar las complicaciones peligrosas de la anestesia y la cirugía fueron valoradas como de baja prioridad, pero los aspectos del postoperatorio como son la relación a comer y beber se les asignó un valor alto. Por último, en ambos países la mayoría de los pacientes otorgó gran importancia a la entrevista con el anesthesiólogo, previa a la cirugía. Llama la atención en este estudio que el grupo de pacientes de Escocia contestaron no saber como opción a preguntas diversas en relación con el procedimiento anestésico. Los autores suponen que esta diferencia puede atribuirse al interés sobre los derechos y legislación acerca de los servicios de salud; es decir, existen diferencias en la educación para la salud en cada uno de los países.

En otro estudio para observar el efecto de la información preanestésica en el estado emocional de los pacientes, Elsass y cols.²⁷ evaluaron la ansiedad de los pacientes mediante el cuestionario “State-Trait Anxiety Inventory, STAI” de Spielberger y un cuestionario preanestesia. Los autores observaron que

los pacientes con un alto nivel de información, mostraron una pequeña y no significativa reducción de la ansiedad en el curso de la pre a la postanestesia, comparada con la de los pacientes que recibieron la información de rutina.

Por su parte Moerman y cols.²⁸ evaluaron el nivel de ansiedad y el requerimiento de información en la fase preoperatoria. Las mujeres tuvieron mayor ansiedad que los hombres; los pacientes que presentaron un requerimiento alto de información, tenían un alto nivel de ansiedad; y, además, los pacientes que nunca se habían sometido a una operación, requerían un nivel sofisticado de información, más que quienes habían experimentado una intervención quirúrgica previa.

Spring²⁹ postula que la información médica, además de elevar los niveles de ansiedad del paciente, puede contribuir a aumentar el número de complicaciones en el período de postoperatorio. Otro autor en esa misma línea es Alfydi³⁰, quien encuentra que en un 35% de pacientes se elevó la ansiedad de forma cuantitativa tras ser informados de su enfermedad y del tratamiento.

Podemos notar la discrepancia acerca de la utilidad de proporcionar información previa a la cirugía, tanto en la cantidad como en la cualidad, lo cual puede explicarse si se toman en cuenta las diferentes características individuales, culturales, idiosincrásicas y otras de los sujetos que han sido incluidos en los estudios referidos.

A raíz de la relación entre ansiedad y recuperación, también se han llevado a cabo numerosas investigaciones con el objetivo de diseñar técnicas psicológicas para reducir la ansiedad y, de esta forma, facilitar la recuperación. La inmensa mayoría de estos trabajos ponen en evidencia la eficacia de dichas terapias^{31 32} y coinciden en el aumento del bienestar y de la satisfacción de los pacientes en el postoperatorio.

A pesar de que mucho se ha avanzado en la farmacología de los medicamentos empleados para combatir la ansiedad en este periodo, poco se sabe sobre la frecuencia o la etiología de la misma³³. En cambio, se ha observado una progresiva evolución en la implementación de estrategias para disminuir su aparición, como pueden ser: la información audiovisual con material didáctico con realización de visitas guiadas previas en salas de operaciones³⁴, o la instrucción a través de hipnosis por medio de grabaciones que cada paciente escucha previamente a su cirugía⁵.

En la mayoría de las ocasiones, la valoración de nivel de ansiedad y las actuaciones sanitarias realizadas con el fin de controlarla se llevan a cabo el día anterior a la cirugía. Por tanto, gran parte de los estudios donde se emplean estas técnicas psicológicas lo que, en realidad, muestran es que es la ansiedad del día anterior de la intervención la que disminuye gracias a las mismas³⁵.

Sin embargo, probablemente el momento de toda la hospitalización en el que el paciente experimenta más ansiedad es justo antes de la cirugía; es decir, mientras se encuentra esperando para ser intervenido. Por consiguiente, sería conveniente que las técnicas psicológicas también se diseñaran con el objetivo de disminuir la ansiedad sufrida en ese preciso instante. Para ello sería necesario evaluar la ansiedad inmediatamente antes de la intervención³⁵.

Consideramos que es de notable importancia reorientar y/o crear protocolos de actuación prequirúrgica incidiendo en el aspecto psicológico y formativo del sujeto justo antes de la intervención, proporcionándole información del proceso al que va a ser sometido, ofertando apoyo psicológico y técnicas de afrontamiento, psicoprofilaxis quirúrgica, solventándole dudas e inquietudes, con lo que mejorará la calidad de los cuidados que se le proporcionan.

Para ello, debemos conocer el estado actual del tema. Así vamos a realizar un estudio piloto de un futuro proyecto de investigación que realizará una descripción detallada del nivel de ansiedad del paciente quirúrgico y sus posibles factores de riesgo. Este proyecto de investigación podría ser considerado como un preámbulo de otros futuros sobre la eficiencia de técnicas y habilidades enfermeras en relación con la disminución de la ansiedad en el preoperatorio inmediato.

Escala de medida utilizada

La ansiedad suele ser evaluada mediante escalas que nos proporcionan diversos cuestionarios tales como: Rating Scales of Zung, la Escala de medici a través de cuestionarios. Existen diversas pruebas para medir la ansiedad: Rating Scales of Zung, la Escala de medición de estresores vitales, la Escala de analogía linear de Aitken y la Escala de ansiedad de Hamilton. De todas ellas, sin duda alguna, la más utilizada por su fiabilidad y validez es la escala del "State-Trait Anxiety Inventory – STAI"¹⁷ (inventario de ansiedad estado y rasgo), de Spielberger.

Es un inventario de carácter psicométrico que comprende escalas separadas de autoevaluación que miden dos conceptos independientes de la ansiedad, como estado y rasgo. Aunque originalmente fue ideado como instrumento para investigar los fenómenos de la ansiedad en adultos "normales" (sin alteraciones psiquiátricas), el STAI ha mostrado ser útil para medir ambos conceptos en diversos grupos clínicos.

La ansiedad Estado está conceptualizada como un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Puede variar

con el tiempo y fluctuar en intensidad. Responde informando sobre la intensidad con que aparecen en un momento determinado sentimientos o sensaciones de ansiedad (nada, algo, bastante, mucho).

La ansiedad Rasgo señala una relativamente estable propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado. Indica cómo se siente habitualmente (casi nunca, a veces, a menudo, casi siempre).

En general, los sujetos con mayor ansiedad rasgo presentarán una mayor ansiedad estado que los sujetos con menor ansiedad rasgo, porque los primeros ven muchas más situaciones amenazadoras.

Respecto a la consistencia interna del cuestionario, los índices del coeficiente "alfa" de Cronbach (obtenidos mediante la fórmula KR-20) hallados en muestras de sujetos normales son bastante buenos (entre 0,83 y 0,92). También se ha comprobado que las puntuaciones obtenidas al evaluar cualitativamente la ansiedad postquirúrgica, se correlacionan significativamente con las obtenidas al utilizar la escala STAI-estado 3 días después de la intervención (correlación de Pearson $r=0,37$; $p=0,01$)²².

OBJETIVOS

- Valorar y comparar el nivel de ansiedad del paciente en el instante previo a la cirugía y el obtenido en la sala de recuperación postanestésica.
- Estudiar la posible relación de factores de riesgo como la edad, el sexo, el estado civil y el servicio de procedencia en el nivel de ansiedad del paciente quirúrgico.
- Investigar la posible relación de dependencia entre A/R, A/E en el preoperatorio y A/E en el postoperatorio.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio piloto transversal descriptivo que recoge información acerca del nivel de ansiedad durante el pre y postoperatorio inmediato de los pacientes intervenidos quirúrgicamente, y su relación con datos sociodemográficos como su edad, sexo y estado civil. El estudio piloto ha sido realizado durante el mes de marzo de 2008. El estudio definitivo abarcaría la totalidad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente y que cumpliesen los criterios de inclusión y exclusión durante el período de un año.

Se han analizado una serie de 30 pacientes intervenidos quirúrgicamente. Inicialmente, la muestra ascendía a 37 pacientes de los cuales siete fueron perdidos ya que dos pasaron directamente de quirófano a UCI y cinco revocaron el consentimiento informado por considerar que no se encontraban preparados para continuar la entrevista tras iniciarla. Los pacientes del estudio procedían de los servicios de: urología, cirugía general y traumatología. Los 30 casos finales forman una muestra piloto con el fin de realizar un ensayo del cuestionario utilizado y del estudio de pacientes incluidos en el programa de intervenciones quirúrgicas de ese período de tiempo.

Una vez planteado el estudio nos pusimos en contacto con las Supervisoras del Bloque Quirúrgico y la Dirección de Enfermería del hospital para darles a conocer los objetivos de nuestro estudio, y obtener el permiso correspondiente para la realización del trabajo de campo.

Todos los pacientes que participaron en el estudio se encontraban en el período preoperatorio en la unidad de preanestesia y postoperatorio en la sala de recuperación postanestésica (que no superó en ningún caso las tres horas de duración) tras serles realizados, de forma programada y no urgente, una de las siguientes intervenciones: colecistectomía laparoscópica, sigmoidectomía, he-

morroidectomía, fistulectomía anal, cierre de estoma de intestino grueso, reparación de hernia inguinal, resección transureteral de próstata, resección transureteral de vejiga, nefrectomía parcial, nefroureterectomía, uretrotomía, prótesis total de rodilla, prótesis total de cadera, exploración de vaina de tendón de mano, extirpación de ganglio linfático cervical. Se rechazaron aquellos pacientes que fuesen intervenidos de cirugía mayor ambulatoria o de urgencia al considerar una diferencia significativa en el nivel de ansiedad con aquellos que siguen el protocolo ordinario de ingreso en el hospital para cirugía programada.

Los criterios de inclusión que se usaron a la hora de concretar qué pacientes pasaban a formar parte del estudio fueron:

- Aceptación libre para participar en el estudio.
- Tener una edad comprendida entre 18 y 80 años inclusive.
- Cirugía programada con ingreso.
- Procesos quirúrgicos en los que se utilice anestesia general y/o loco-regional.

Los criterios de exclusión que determinaban aquellos pacientes que no formarían parte del estudio fueron:

- Tener una grave discapacidad sensorial que dificultara la comprensión y la realización de las pruebas usadas (p. ej.: sordera grave).
- Pacientes con antecedentes de base de trastornos cognitivos.
- Pacientes con antecedentes de trastorno psiquiátrico agudo o crónico deteriorante.
- Cirugía mayor ambulatoria.
- Cirugía de urgencia.

A todos los pacientes se les realizó una batería de pruebas: el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI), pasando los tests rasgo y estado antes de la intervención quirúrgica y el test estado en el postoperatorio inmediato.

En la tipificación española se ha creído más conveniente obtener las puntuaciones transformadas en las escalas de centiles y decatipos. La puntuación centil indica el tanto por ciento del grupo normativo al que un sujeto determinado es superior en la variable apreciada por el test: los centiles no forman una escala típica, sino ordinal, y no pueden emplearse para calcular promedios con los centiles obtenidos en otras variables. Las puntuaciones decatipos constituyen una escala típica de diez puntos (media=5,50, desviación=2) que puede ser fácilmente comprendida por el público en general. Se considera que no presenta ansiedad si los valores obtenidos están entre 0-4, rasgos moderados de ansiedad si lo están entre 4-7 y ansiedad muy marcada cuando están entre 7-10 (valorada en decatipos)³⁰.

Primero, se realizó una primera visita al ingreso con el fin de explicar a todos los pacientes el propósito del estudio y pedirles su consentimiento para participar en él.

El mismo día de la intervención en la sala de acogida prequirúrgica, se les realizó la evaluación de los niveles de ansiedad-rasgo y ansiedad-estado mediante los cuestionarios STAI-rasgo y STAI-estado. Asimismo se registró la intervención quirúrgica, la edad, el sexo y el estado civil de cada paciente.

Posteriormente, una vez finalizada la intervención quirúrgica y tras pasarles el cuestionario de Aldrete obteniendo una puntuación máxima al alta de la Unidad de Reanimación Post-Anestésica, se realizó a todos los pacientes el test de STAI-estado para valorar el nivel de ansiedad en ese momento.

Los datos de la encuesta así como los valores de la escala STAI (ansiedad-rasgo y ansiedad-estado) se introdujeron en la base de datos EXCEL y para su análisis se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows versión 15.0.

Se han considerado como variables independientes la edad, el sexo, el

estado civil y el servicio de procedencia. Las variables dependientes han sido el grado de ansiedad-rasgo, el grado de ansiedad-estado preoperatorio y el grado de ansiedad-estado postoperatorio. Asimismo, la ansiedad-rasgo también ha sido tratada como independiente de la ansiedad-estado en el pre y postoperatorio.

Las variables sexo, estado civil y servicio de procedencia se han descrito mediante frecuencias relativas al ser menor de cien el número de individuos que formaban la muestra. Así mismo, la edad se ha descrito mediante media \pm desviación estándar.

Las variables referentes a la ansiedad han sido recodificadas de dos formas distintas: en un primer momento como “no ansiedad”, “ansiedad moderada” y “ansiedad marcada”, después y dado el escaso número de pacientes como “no ansiedad” y “sí ansiedad”, mediante la reunificación de las variables “ansiedad moderada” y “ansiedad marcada” en una única variable debido a que la “ansiedad marcada” era muy baja llegando incluso a anularse en alguna casilla. Para el análisis de las variables cualitativas se ha usado el Chi-cuadrado, estableciendo un índice de confianza del 95%³¹.

Como complemento al no tratarse de una distribución normal puesto que la muestra es reducida, hemos realizado la prueba estadística no paramétrica U de Mann-Withney para obtener una comparación entre el nivel de ansiedad en cada pa-

* Puesto que se trata de una muestra piloto relativamente baja, no hemos podido tener en cuenta el grado de significación obtenido ya que en numerosas ocasiones el porcentaje de frecuencias esperadas inferiores a 5 era superior al 20% y, por lo tanto, no podíamos aplicar el Chi-cuadrado al estudio piloto. Se debe tener en cuenta que esta prueba será la que se use en el estudio final, solventando este inconveniente al aumentar la muestra. Por ello, hemos expuesto los resultados como tendencias teniendo en cuenta las frecuencias relativas obtenidas.

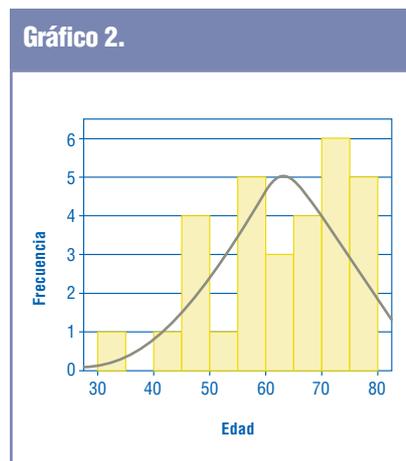
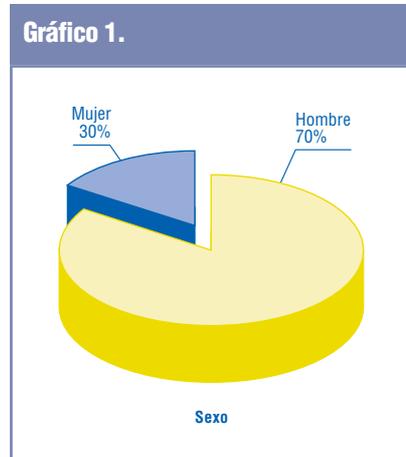
so con la edad, el sexo, el estado civil y el servicio de procedencia.

Para analizar el grado de relación entre la A/R y la A/E en el preoperatorio, la A/R y la A/E en el postoperatorio, y la A/E en el pre y postoperatorio, se ha utilizado la prueba estadística de Spearman por tratarse de una distribución no normal.

Los datos de la encuesta así como los valores de la escala STAI (ansiedad-rasgo y ansiedad-estado) se introdujeron en la base de datos EXCEL y para su análisis se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows versión 15.0.

RESULTADOS

Del total de pacientes, 21 eran hombres (70%) y 9 mujeres (30%). La edad media era de $62,67 \pm 11,949$ años, siendo el rango de 32 a 80 años. En cuanto a la distribución por edades, el 50% se encontraba entre

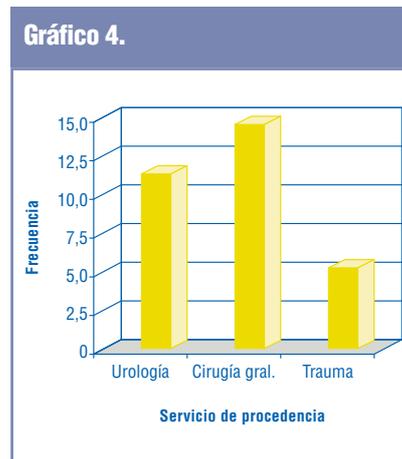


los 63 y los 80 años. En concreto: el 6,6% de los pacientes entre los 30 y los 44 años; el 16,5% entre los 45 y los 54 años; el 26,6% entre los 55 y los 64 años; el 33,2% entre los 65 y los 74 años y, finalmente, el 16,7% eran pacientes mayores de 75 años.

En relación al estado civil, 23 pacientes estaban casados (76,7%), 4 solteros (13,3%) y 3 viudos (10,0%).



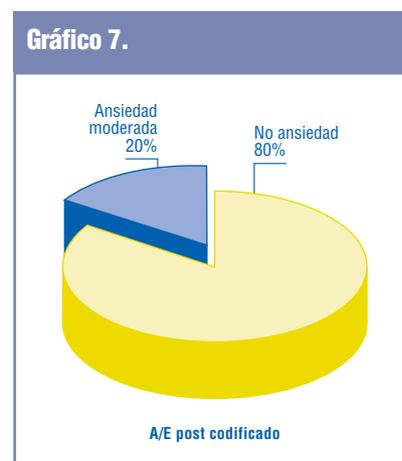
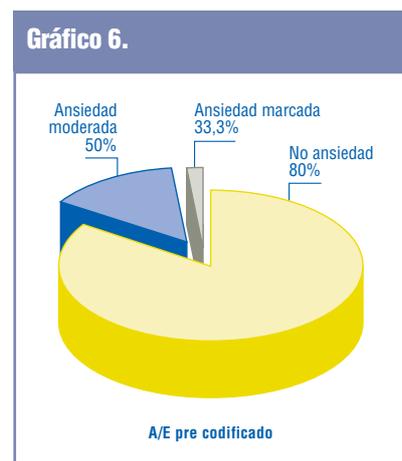
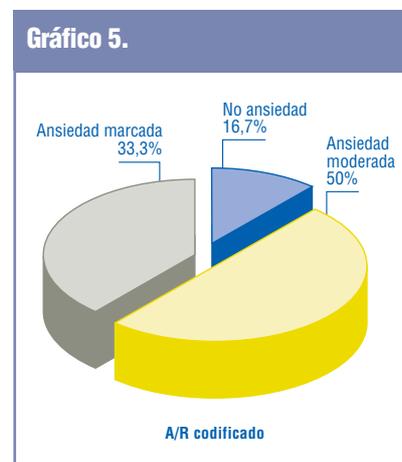
La distribución de servicios fue la siguiente: 11 pacientes de urología (36,7%), 14 pacientes de cirugía general (46,7%) y 5 pacientes de trauma (16,7%).



La muestra presenta la siguiente distribución de ansiedad rasgo: el 16,7% no presenta ansiedad, el 50% presenta ansiedad moderada y el 33,3% ansiedad marcada.

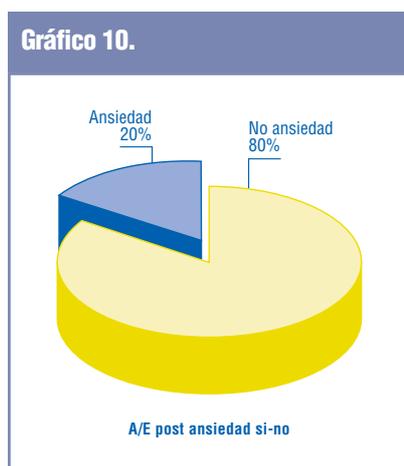
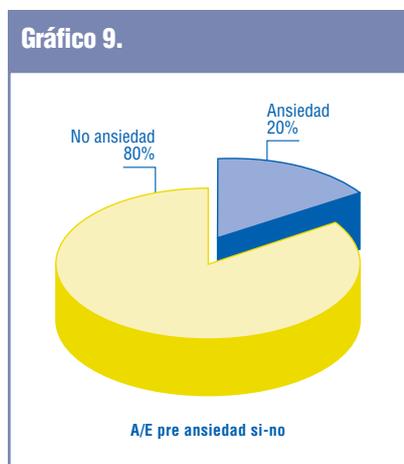
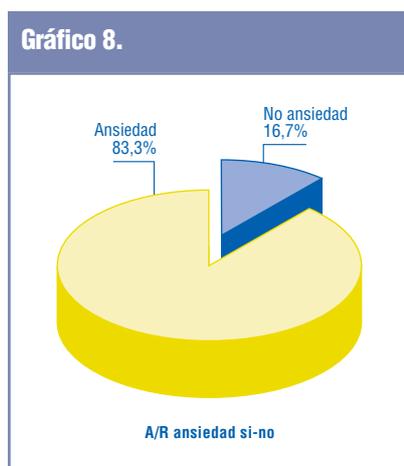
Respecto a la ansiedad estado durante el preoperatorio, la mayoría de la muestra no presenta ansiedad (80%) frente al 16,7% que la tiene moderada y el 3,3% marcada.

Durante el postoperatorio, se observa una disminución brusca de la ansiedad marcada quedando nula (0%) y pasando a ansiedad moderada (20%) manteniéndose el nivel de no ansiedad en el 80%.



Tras recodificar las variables anteriores en “no ansiedad” y “sí ansiedad” según la existencia o no de ansiedad en cada una de las etapas, los resultados son los que detallamos a continuación:

- El 16,7% no presenta ansiedad rasgo frente al 83,3% que sí la presenta.
- Respecto a la ansiedad estado durante el preoperatorio, el 80% de la muestra no presenta ansiedad frente al 20% que sí sufre de ella.
- Durante el postoperatorio, se observa un mantenimiento de los niveles de ansiedad en relación con el preoperatorio quedando el 80% de la muestra sin ansiedad frente al 20% que sí la padece.



Distribución de pacientes sin ansiedad				
		A/R	A/E pre	A/E post
Sexo	Hombre	0,10	0,76	0,81
	Mujer	0,33	0,89	0,78
Estado civil	Soltero	0,25	0,75	0,75
	Casado	0,13	0,83	0,78
	Viudo	0,33	0,67	1,00
Servicio de procedencia	Urología	0,18	0,55	0,73
	C, General	0,21	1,00	0,86
	Traumatología	0,00	0,80	0,80

Según los resultados expuestos en la tabla superior, las mujeres presentan un menor grado de ansiedad rasgo y ansiedad estado en el período preoperatorio. Sin embargo, la tendencia se invierte en la ansiedad estado en el período postoperatorio siendo la diferencia mínima.

Respecto al estado civil, los pacientes viudos obtienen unos valores menores de ansiedad rasgo y ansiedad estado en el postoperatorio; mientras que los casados obtienen cifras más bajas de ansiedad estado en el preoperatorio.

Teniendo en cuenta el servicio de procedencia, los pacientes intervenidos de procesos de cirugía general presentan un nivel menor de ansiedad rasgo y ansiedad estado tanto en el pre como en el postoperatorio.

El análisis estadístico de esta muestra mediante la U de Mann Withney expone que no hay una relación significativa entre el grado de ansiedad y las variables edad, sexo, estado civil y servicio de procedencia.

Finalmente, tras realizar la prueba de Spearman, se han obtenido correlaciones muy bajas entre la A/R y la A/E en el pre y postoperatorio, y correlaciones bajas entre la A/E en el pre y en el postoperatorio.

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio piloto no confirman la existencia de una

relación entre el nivel de ansiedad del paciente quirúrgico y las variables edad, sexo, estado civil y servicio de procedencia.

Asimismo, no se puede establecer una correlación entre los niveles de la A/R y la A/E en el pre y postoperatorio, ni entre estos dos últimos. Esto difiere con lo aportado por Elssas y col 37 que sugieren un gran aumento de la ansiedad posterior a la intervención, debido a que la información no es efectiva ya que toda ella está dirigida al procedimiento quirúrgico y anestésico y muy poco a las sensaciones más relevantes que experimentarán en el postoperatorio (dolor, náuseas, somnolencia...).

Puesto que se trata de un estudio piloto con una muestra reducida y una distribución no normal, consideramos que los resultados en el estudio final pueden variar considerablemente al aumentar la muestra a la totalidad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente durante el período de un año y que cumplan los requisitos marcados en los criterios de inclusión y exclusión. En general, el nivel de ansiedad rasgo ha sido elevado llegando al 83,3%, siendo levemente superior en el sexo masculino. Se debe tener en cuenta que este nivel de ansiedad se encuentra relacionado con la personalidad e individualidad del paciente. Respecto al nivel de ansiedad estado se han obtenido cifras relativamente bajas (sólo el 20% de la muestra ha presentado algún tipo de ansiedad) tanto en el preoperatorio co-

mo en el postoperatorio. Un nivel de ansiedad mínimo favorece la recuperación del paciente ya que lo mantiene en un estado de alerta idóneo para mantener su equilibrio interno. Cabe destacar los bajos niveles de ansiedad marcada que llegan incluso a anularse en el postoperatorio y que puede considerarse como un factor positivo.

Podemos hablar de tendencias fijándonos en las frecuencias relativas obtenidas tras estudiar cada variable.

A diferencia de nuestros resultados en los que la diferencia por sexos no es significativa y en los que las mujeres presentan una tendencia menor a la ansiedad, la bibliografía describe que el nivel de ansiedad es más alto en mujeres con una media de 1,7 puntos de nivel de ansiedad más que los hombres. La diferencia es estadísticamente significativa en estos estudios ($p < 0,01$)³⁸. Se debe tener en cuenta que el número de mujeres de nuestro estudio piloto fue inferior al de varones (70%) siendo inversa la proporción la de los estudios comparados, lo que puede modificar los resultados finales no siendo similares las muestras de ambos estudios.

Otra de las variables secundarias a estudio es el estado civil. No existen diferencias significativas, pero se debe comentar que se realizó el estudio a más personas casadas, lo que puede producir un aumento en la ansiedad estado de este grupo. A diferencia de otros estudios¹⁹, los resultados obtenidos proporcionan un nivel menor de la ansiedad en el grupo de pacientes viudos en la ansiedad rasgo y en la ansiedad estado postoperatoria.

Destaca la diferencia de ansiedad según el servicio de procedencia puesto que los pacientes intervenidos de cirugía general presentan niveles de ansiedad en el preoperatorio inferiores a los de urología y traumatología. Cabe destacar este hallazgo que contrasta con los

resultados hallados en otros estudios³⁹ en los que no aparecen diferencias significativas entre las diversas especialidades quirúrgicas.

Los resultados del presente estudio piloto no pueden ser extrapolables a la población general ni comparables a los resultados de otros estudios al tratarse de una prueba realizada sobre una muestra de reducidas dimensiones.

CONCLUSIONES

Tras la valoración del nivel de ansiedad en el paciente quirúrgico, se observa que éste aumenta en el preoperatorio; aunque se muestran niveles bajos de ansiedad en general.

No se confirma la existencia de una relación entre el nivel de ansiedad del paciente quirúrgico y los posibles factores de riesgo edad, sexo, estado civil y servicio de procedencia. Por otra parte, no se puede establecer una relación de dependencia entre los niveles de la ansiedad-rasgo, ansiedad-estado en el preoperatorio y ansiedad-estado en el postoperatorio.

Los resultados de el presente estudio piloto no pueden ser extrapolables a la población general ni comparables a los resultados de otros estudios al tratarse de una prueba realizada sobre una muestra de reducidas dimensiones.

Las conclusiones finales nos demuestran que el diagnóstico enfermero de ansiedad o riesgo de ansiedad en relación con la intervención quirúrgica se encuentra presente en un alto porcentaje de los pacientes que acuden al quirófano. Resulta imprescindible tener presente a lo largo del proceso quirúrgico este hecho con el fin de prevenir y afrontar los posibles riesgos y complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA REFERENCIADA

1. **Alfaro, R.** *Aplicación del proceso de enfermería*. Madrid. Mosby; 1996.
2. **Barrilero, Casero.** "Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada". *Rev. Enf.* 1998; 8: 7.
3. **Arellano, R.** "Timing of the Anaesthetist's Preoperative out Patient interview". *Anaesth. Analg.* 1989; 68: 645.
4. **Williams, O.A.** "Patient Knowledge of operative care". *JR Soc. Med.* 1993; 86: 328-31.
5. **Ghoneim, M.; Block, R.I.; Sarasin, D.S.; Davis, C.S.; Marchman, J.N.** "Tape recorded hypnosis instructions as adjuvant in the care of patients scheduled for third molar surgery". *Anaesth. Analg.* 2000; 90: 64-8.
6. **Bisbe, E.; Escolano, F.; Villalonga, A.** "Paciente muy ansioso en la visita preoperatoria". En: Gomar, C; Villalonga, A; eds. *Casos clínicos. Anestesiología*. Barcelona. Masson, 1999; 3-9.
7. **Duran, C.** "Los temores de la anestesia". *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.* 1995; 42: 39-40.
8. **Londsdale, M.; Hutchinson, G.L.** "Patients's desire for information about anaesthesia". *Anaesthesia* 1991; 46: 410-2.
9. **Badner, N.H.; Nielson, W. R.; Munk, S.; Kwiatkowska, C.; Gelp, A.W.** "Preoperative anxiety: detection and contributing factors". *Can J Anesth.* 1990; 37: 444-7.
10. **Shevde, K.; Panagopoulos, G.** "A survey of 80 patients's knowledge, attitudes, and concerns regarding anesthesia". *Anesth. Analg.* 1991; 73: 190-8.

11. Marco Sanjuan, J.C.; Bondía Gimeno, A.; Perena Soriano, M.J.; Martínez Bazán, R.; Guillén Cantín, A.; Mateo Aguado, J.M. *et al.* "Estudio del malestar psicológico y del miedo preoperatorio en pacientes quirúrgicos". *Rev. Esp. Anestesiol. Reanim.* 1999; 46: 191-6.
12. Nishiyama, T.; Matsukawa, T.; Hanaoka, K. "The effects of age and gender on the optimal premedication dose of intramuscular midazolam". *Anesth. Analg.* 1998; 86: 1103-8.
13. López, S. y cols. "Preparación psicológica ante las intervenciones quirúrgicas". En: Simón, MA. *Psicología de la Salud*. Madrid. Ed. Pirámide; 1992.
14. Torné Pérez, E.; Ossorno Almcencia, M.P.; Paredes Pérez, P.; Al-bustani Al-bustani, F.; Villanueva Pérez, T. "La ansiedad en el postoperatorio de cirugía cardíaca". *Rev. ROL Enfermería* 2000 jul-ago; 23 (7-8): 494-8.
15. Arán Catalán, R.M.; Díez Delgado, C.; Marismón, M. M.; Freixa, F.; Borull, C. "Efecto de la visita preoperatoria de las enfermeras quirúrgicas a los pacientes que van a ser intervenidos". *Enfermería Clínica* 1996 mar-abr; 6(2): 57-62.
16. Mas Rubio, D.; Comas Trullàs, L. "Efecto de la visita al paciente de la enfermera quirófanista en la fase preoperatoria". *Enfermería Clínica* 1998 jul-ago; 8(4): 156-60.
17. Spielberg, Ch.D.; Gorsuch, R.L.; Lushene, R.E. *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Madrid. TEA. 1997.
18. Gavito, M.C.; Corona, M.A.; Villagrán, M.E.; Morales, J.; Téllez, J.L.; Ortega-Soto, H.A. "La información anestésica quirúrgica: su efecto sobre la ansiedad y el dolor de los pacientes toracotomizados". *Rev. Inst. Nal. Enf. Resp. Mex.* 2000 jul-sep; 13 (3): 153-6.
19. Marín Romero, I.; Martínez Gómez, P.; Ponsich Pubill, J.; Pubill Grasa, M. "Ansiedad en pacientes intervenidos de rodilla (prótesis total de rodilla)". *Enfermería Global*. 2004 may; 4.
20. Biebuyck, J.F. "The metabolic response to stress: an overview and update". *Anesthesiology* 1990; 308-27.
21. Maranets, I.; Kain, Z.N. "Preoperative anxiety and intraoperative anesthetic requirements". *Anesth. Analg.* 1999; 89: 1346-51.
22. Moix Queraltó, J. "Emoción y cirugía". *An Psicol.* 1994; 10: 167-75.
23. Smith, A.F.; Pittaway, A.J. "Premedication for anxiety in adult day surgery". *Cochrane Review* 2000.
24. Gálvez Toro, A.; Bonill de la Nieves, C.; Torres Luzón, C.; Rodríguez Bailón, M.; Ayudarte Larios, M.L. "Experiencia sobre la visita prequirúrgica: una revisión de evidencias". *Evidentia* 2006 mar-abr; 3(8).
25. Webber, G.C. "Patient education". *Med. Care* 1990; 28: 1089-101.
26. Lonsdale, M.; Hutchison, G.L. "Patients desire for information about anaesthesia". *Anaesthesia* 1991; 46: 410-2.
27. Elsass, P.; Eikard, B.; Junge, J.; Lykke, J.; Staun, P.; Feldt-Rasmussen, M. "Psychological effect of detailed preanesthetic information". *Acta Anaesthesiol. Scand.* 1987; 31: 579-83.
28. Moerman, N.; Van Dam, F.; Muller, M.J.; Oosting, H. "The Amsterdam Preoperative and Anxiety and Information Scale (APAIS)". *Anesth. Analg.* 1996; 82: 445-51.
29. Spring, D.; Akin, J.; Margulis, A. "Informed consent for intravenous contrast-enhanced radiography: a national survey of practice and opinion". *Radiology* 1984; 152: 609-13.
30. Alfidi, R. "Informed consent: a study of patient reaction". *JAMA* 1971; 216: 1325-9.
31. Devine, E.C. "Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: a meta-analysis of 191 studies". *Patient Educ. Couns.* 1992; 19: 129-42.
32. Jonston, M.; Vögele, C. "Benefits of psychological preparation for surgery: a meta-analysis". *Ann. Behav. Med.* 1993; 15: 245-56.
33. Conway, J.B. *et al.* "Preadmission Anaesthesia consultation clinics". *Can J Anaesth.* 1992; 39: 1009-11.
34. Lynn-Mchale, D.; Corsetti, A.; Brady-Avis, E.; Shaffet, R.; Mc-Grory, J.; Rothenberg, C. "Preoperative ICU Tours, are they helpful?". *Am. J Crit. Care.* 1997; 6: 106-15.
35. Moix Queraltó, J. "Evaluación de la ansiedad en la antecámara del quirófano". *Med. Clin.* 1997; 108(4): 157-8.
36. Abellán Alemán, J.; Martínez García, J.F.; Merino Sánchez, J.; Gil Guillén, V.; Latorre Hernández, J.; Divisón Garrote, J.A. *et al.* "Valoración de la semiología psicósomática en hipertensos tratados con lercanidipino (estudio LERCAPSI-CO)". *An Med. Interna*. Madrid. [periódico Internet]. 2003 Jun [citado 2008 Mayo 14]; 20(6): 17-21. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992003000600003&lng=es&nrm=iso.
37. Elsass, P.; Eikard, B.; Junge, J.; Lykke, J.; Staun, P.; Feldt-Rasmussen, M. "Psychological effect of detailed preanesthetic information". *Acta Anaesthesiol. Scand.* 1987; 31: 579-83.

38. Herrera-Espiñeira, C.; Rodríguez del Águila, M.M.; Rodríguez del Castillo, M.; Aguayo de Hoyos, E.; Quero Rufián, A.; Martínez Cirre, C. *et al.* "Evaluación de un programa de atención sanitaria con enfermera tutora en cirugía de traumatología en un hospital de Granada, 2004". *Rev. Esp. Salud Pública*. [periódico en Internet] 2008 Feb [citado 2008 Mayo 14]; 82(1): 69-80. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272008000100006&lng=es&nrm=iso.
39. Ornaque, I.; Carrero, E.; Villalonga, A.; Roux, C.; Salvador, L. "Estudio de la ansiedad prequirúrgica en cirugía urológica, ginecológica y oftálmica en relación con la administración o no de premedicación ansiolítica". *Rev. Esp. Anestesiología y Reanimación*. 2000; 47: 151-6.
- Aparcero Bernet, L.A.; Núñez García, A.; Ramos Fernández, G.; Olcina Santoja, R.; Romero Sánchez, M.; Bozzo Fernández, A.; Muñoz Luna, L.; Barea Monchón, A.; López Moraleda, I. "La visita entrevista prequirúrgica: intervención de Enfermería e instrumento para la calidad". *Enfuro* 2003 oct-dic: 88; 9-13.
- Aparicio Jordá, M.L.; Cano Sánchez, A.B.; Gambín González, L.; Méndez Martínez, B.; Sánchez Martínez, J.; Bueno Valdés, L.; López Montesinos, M.J.; Campillo Cascales, M.J. "Cómo influye la musicoterapia en la ansiedad del paciente médico-quirúrgico en el post-operatorio inmediato". *Enfermería Global*. 2004 nov; 5.
- Barbero, A. "La ansiedad". *Atención Primaria* 2002 mar; X(37): 18-21.
- Barrilero Gómez, J.A.; Casero Mayorga, J.A.; Cebrián Picazo, F.; Córdoba Monedero, C.A.; García Alcaraz, F.; Gregorio González, E.; Hernández Martínez, A.; Pérez Marote, J.; Tébar Parreño, F.J. "Ansiedad y cirugía. Repercusiones en el paciente sometido a cirugía programada". *Enfermería Univ. Albacete* 1998 sep; 8: 6-18.
- Blanqué, J.M.; Picanyol, M. "Ansiedad". *Atención Primaria*. 1991 mar; 8(3): 234-8.
- Caballeira Barro, M.J.; Alonso Vence, P. "Test evaluativo de la información pre-post quirúrgica". *Revista Galega Act. Sanitaria*. 2003 jun; 2(2): 96-9.
- Cabello Lázaro, R.; Brugada Mir, M.; Aparicio Valero, C.; Mas, M.D.; Vila Domènech, J.S. "Experimentar la relajación: una técnica para disminuir la ansiedad". *Revista ROL Enfermería* 2002 feb; 25(2): 38-40.
- Crespo, M.C.; Garolera, M.; Vallès V. "Evaluación de la ansiedad prequirúrgica [carta al director]". *Med. Clínica*. 1997 dic; 109 (20): 818.
- Conejero, F.; Jiménez, S.; Huerta, J.; Rojas, E. *Importancia de la comunicación en la disminución de la ansiedad en el paciente quirúrgico. Visita prequirúrgica*. Sevilla; 2004.
- Cuñado Barrio, A.; García López, F. "En relación al trabajo 'efecto de la visita al paciente de la enfermera quirofanista en la fase preoperatoria' [carta al director]". *Enfermería Clínica*. 1999 nov-dic; 9 (6): 273.
- Cuñado Barrio, A.; Legarre Gil, M.J.; Ruiz Castón, J.; Silveira de la Torre, J.; Caballero Martínez, L.; García López, F. "Efecto de una 'visita enfermera' estructurada e individualizada en la ansiedad de los pacientes quirúrgicos. Ensayo clínico aleatorizado". *Enfermería Clínica*. 1999 may-jun; 9(3): 98-104.
- del Río Urenda, S.; García Martínez, J.A.; Álvarez Gómez, J.A.; Calvo Charro, E. "Protocolo de admisión del paciente en el área quirúrgica". *Metas Enfermería* 2002 dic-ene; V(51): 10-2.
- Díaz Salido, E.; Cabrerizo Cordero, R.; Ponce Capitán, M.A.; Alcántara González, M.A. "Actuación de enfermería ante la ansiedad quirúrgica". Primer Simposium Andaluz de Investigación en Enfermería "Investigar para avanzar". p. 10.
- Freixa García, J.; Marcos Sáiz, M. "Comunicación no verbal en el enfermo prequirúrgico". *Revista ROL Enfermería* 1999 feb; 22(2): 103-10.
- Fusalba Canales, A.; Roig García, C. [Valoración de la ansiedad prequirúrgica] "Valoración de la ansiedad prequirúrgica". *Inferm. Ponet*. 2004 mar-jun; 12: 1-7.
- Gaberson, K. "El efecto de la distracción humorística y musical en la ansiedad preoperatoria". *AEEQ* 1996; 3: 7-14.

OTRA BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

■ Alorda Terrasa, C.; Tomás Vidal, A.M.; Sánchez Flores, M.I. "Paciente en el quirófano". *Rev. ROL Enfermería* 1994 abr; 188: 53-60.

■ Álvarez Martínez, C.; Escobar Jiménez, M.J.; García Giménez, M.D.; Hidalgo Carretero, C. "Estudio de la ansiedad del paciente en relación con las intervenciones quirúrgicas en el medio hospitalario". *Garnata* 1994 jun; 6: 7-16.

■ Andérez Aragón, J.E.; Galán Miguel, J.; Martins Revelo, A.R. "La ansiedad en el paciente quirúrgico". *Oiñarri* 1996 jun; 7: 4-13.

■ Galafate Andrade, Y.; Lupiañes Moral, M.D.; Martínez Gómez, M.M. “Conocer la ansiedad del paciente quirúrgico: una necesidad para el cuidado de enfermería”. *Hygia* 1999 ene-abr; XII(41): 31-5.

■ Gastón Etayo, M.R.; Rojo Miñón, E. “Estudio prospectivo de la ansiedad en los pacientes intervenidos en cirugía torácica y valoración de la visita preanestésica de enfermería”. *Oiñarri*. 1995 mar; 2: 12-5.

■ Gómez Escrig, P.; Sánchez Ortiz, P.; Moro Baizán, M.J. “Atención personalizada al enfermo en quirófono. Enfermera perioperatoria”. *Impulso*. 1997 oct; 82: 21-5.

■ Moix Queraltó, J. *La información como reductora de la ansiedad*. Palencia; 1999. p. 155-63.

■ Reyes Iglesias, B.; Rodríguez Fajardo, M.; Pino Alemany, D. “Algunos factores del nivel de ansiedad en pacientes sometidos a cirugía vascular”. *Revista Cubana Enfermería*. 1989; 5(3): 157-61.

■ Ríos Pozuelo, M.D.; Pozuelo Díaz, M.D.; Burgos Marín, R.; Lillo Roldán, R. “Influencia de la información preoperatoria en las actitudes psíquicas del enfermo sometido a a.c. coronaria”. *Enfermería Científica* 1990 feb; 95: 28-31.

■ Sánchez Flores, M.I.; Tomás Vidal, A.M.; Alorda Terrasa, C. “Atención en el preoperatorio”. *Rev. ROL Enfermería* 1994 feb; 186: 69-72.

■ Serrano González, J.; García Villada, P.; Rodríguez Morilla, F.; Bellido Marín, F.; Seda Diestro, J.; Mateos García, M.D. “Ansiedad previa a cirugía y deterioro cognitivo postquirúrgico en el anciano”. *Enfermería Clínica*. 2000 may-jun; 10(3): 89-94.

■ Vázquez Ivonne, H.; Espino Villafuerte, M.E. “Disminución de la ansiedad del paciente quirúrgico a través de la intervención de enfermería”. *Desarrollo Científico Enfermería*. 2004 mar; 12(2): 47-50.

ANEXO 1. Consentimiento Informado

Hoja de información

Estamos realizando un ensayo clínico para evaluar el nivel de ansiedad del paciente quirúrgico y la relación de éste con factores como la edad, el sexo y el estado civil.

Si decide participar en el estudio le entregaremos un test de valoración de su nivel de ansiedad habitual y otro de valoración de su nivel de ansiedad en ese mismo instante. Tras la intervención, se le realizará otro test de ansiedad de estado.

La participación en el estudio no supone ningún riesgo para su salud y tampoco se verá sometido a ninguna prueba complementaria por esta situación.

Su participación en el estudio tiene un carácter voluntario, pudiendo retirarse del mismo en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación de asistencia que va a recibir ni se produzca perjuicio en su tratamiento.

Los datos obtenidos tendrán carácter confidencial y serán tratados en su conjunto, no de forma individual.

La persona que le atiende podrá contestar a todas sus dudas y preguntas.

Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico y la relación de éste con factores como la edad, el sexo y el estado civil.

Yo.....

■ He leído la hoja de información que se me ha entregado.

■ He podido hacer preguntas sobre el estudio.

■ He recibido suficiente información sobre el estudio.

■ He hablado con...

■ Comprendo que mi participación es voluntaria.

■ Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1 Cuando quiera.

2 Sin tener que dar explicaciones.

3 Sin que esto repercuta en mis cuidados enfermeros.

■ Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del paciente,

Fecha.....

Nº Registro.....

ANEXO 2

La escala Estado consta de 20 frases con las que el sujeto puede describir cómo se siente “en un momento particular”, mientras que la escala Rasgo, también con 20 frases, puede mostrar cómo se siente el sujeto “generalmente”.

Las puntuaciones ansiedad estado y ansiedad rasgo pueden variar desde un mínimo de 0 puntos hasta un máximo de 60 puntos. Los sujetos mismos se evalúan en una escala que va de 0 a 3 puntos en cada elemento. En cada parte, las categorías son las siguientes:

STAI A/E	STAI A/R
0 Nada	0 Casi nunca
1 Algo	1 A veces
2 Bastante	2 A menudo
3 Mucho	3 Casi siempre

Algunos elementos (como “Estoy tenso”) se han redactado de forma que el punto 3 de la escala señala un elevado nivel de ansiedad, mientras que otros (como “Me siento seguro”) el mismo punto 3 indica bajo nivel de ansiedad. En este sentido, para obtener la puntuación, el primer tipo de elementos se ponderan en el mismo sentido de la escala, mientras que en los segundos



hay que invertir la escala (es decir, se conceden tres puntos si el sujeto marca el 0, dos puntos si señala el 1, un punto si el 2, y cero puntos si se da el 3).

En la elaboración del STAI se han entremezclado los elementos de ambos tipos (escala directa y escala inversa) para soslayar el efecto de aquiescencia en las respuestas del sujeto. En la parte A/E hay 10 elementos de escala directa y otros 10 de escala invertida, mientras que en la parte A/R, como no se disponía de suficiente número de elementos satisfactorios de escala invertida, sólo se incluyeron 7 de éstos, y los 13 restantes son de escala directa.

Para evitar que el examinador tenga que hacer la inversión y recordar a cuáles elementos afecta esto, se ha construido una plantilla transparente que, facilita la tarea de la corrección y puntuación. Basta colocar la columna izquierda de la plantilla (señalada con las letras A/E y el signo +) sobre el espacio destinado a las respuestas en la parte A/E y contar los puntos señalados por el sujeto; su suma puede trasladarse al recuadro impreso en el ángulo superior derecho del Ejemplar, a la primera fila y detrás del signo +. A continuación se corre hacia la izquierda la plantilla, de modo que ahora coincida sobre las respuestas del sujeto la segunda columna de la plantilla (A/E y el signo -), y se contarán los puntos obtenidos por el sujeto; este valor puede trasladarse al citado recuadro superior, detrás del signo -. En este momento puede resolverse la operación indicada (30+ - =) y el resultado será la puntuación directa en el STAI Estado.

Si esta operación se realiza con el dorso del Ejemplar, utilizando las dos columnas siguientes de la plantilla (A/R+ y A/R-), y sus valores se trasladan al citado recuadro de la portada, puede resolverse la operación indicada (21+ - =) y obtener la puntuación directa en el STAI Rasgo.

Con este proceso se ha tenido en cuenta el sentido directo o inverso de las escalas de los elementos. Si el usuario intentara mecanizar por su cuenta estas operaciones, debe

atender a los distintos puntos que reciben las alternativas de respuesta de los elementos, tal como se ha indicado anteriormente.

Nº 124

STAI
AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

A / E	PD = 30 +	-	=
A / R	PD = 21 +	-	=

Apellidos y Nombre..... Edad..... Sexo.....

Centro..... Curso/Puesto..... Estado civil.....

Otros datos..... Fecha.....

A-E **Instrucciones**

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se SIENTE UD. AHORA MISMO, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. Me siento calmado	0	1	2	3
2. Me siento seguro	0	1	2	3
3. Estoy tenso	0	1	2	3
4. Estoy contrariado	0	1	2	3
5. Me siento cómodo (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterado	0	1	2	3
7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras.....	0	1	2	3
8. Me siento descansado.....	0	1	2	3
9. Me siento angustiado.....	0	1	2	3
10. Me siento confortable.....	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mí mismo	0	1	2	3
12. Me siento nervioso.....	0	1	2	3
13. Estoy desasosegado.....	0	1	2	3
14. Me siento muy "atado" (como oprimido).....	0	1	2	3
15. Estoy relajado	0	1	2	3
16. Me siento satisfecho.....	0	1	2	3
17. Estoy preocupado	0	1	2	3
18. Me siento aturdido y sobreexcitado.....	0	1	2	3
19. Me siento alegre.....	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien.....	0	1	2	3

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA. Ahora, vuelva la hoja y lea las instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

 Copyright © 1982, By TEA Ediciones, S.A.; 28036 Madrid - Publicado con permiso - Copyright de C.D. Spielberger. © 1968, by Consulting Psychologists Press, Inc., Palo Alto, California (USA) - EDITA TEA Ediciones, S.A.; Fray Bernardino Sahagún, 24. 28036 MADRID. Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados - Este ejemplar está impreso en tinta azul. Si le presentan otro en tinta negra, es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión - Printed in Spain. Impreso en España por Aguirre Campano. Daganzo, 15 dpdo. 28002 MADRID - Depósito legal: M- 35.605 - 1988.

ANEXO 3

Tabla 9. Baremos Adolescentes y Adultos, Varones y Mujeres									
Centiles	Puntuaciones directas								Decatipos
	Adolescentes				Adultos				
	Varones		Mujeres		Varones		Mujeres		
Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo	Estado	Rasgo		
99	47-60	46-60	53-60	49-60	47-60	46-60	54-60	49-60	10
97	45	41	44	43	43	39-40	49	45	9
96	44	40	42-43	42	42	38	48	44	9
95	43	39	41	41	40-41	37	47	43	9
90	38	33	39	36	37	33	41	40	8
89	37	32	38	35	36	32	40	39	8
85	36	30	36	33	33	29	37	37	8
80	34	28	34	31	30	27	34	34	7
77	32	27	33	30	29	26	32	33	7
75	31	26	31	29	28	25	31	32	7
70	28	24	28	27	25	24	29	30	7
65	26	23	26	26	23	23	26	29	6
60	24	22	25	25	21	21	24	27	6
55	22	21	23	23	20	20	23	26	6
50	20	20	22	22	19	19	21	24	6
45	19	19	20	21	18	18	19	23	5
40	17	18	19	20	16	17	18	21	5
35	16	17	18	19	15	16	17	20	5
30	14	16	17	18	-	15	16	18	4
25	13	15	16	17	14	14	15	17	4
23	-	-	15	-	13	-	14	-	4
20	12	14	14	16	12	13	13	16	4
15	11	13	13	15	10	11	12	14	3
11	-	-	12	14	9	10	11	13	3
10	10	12	11	13	8	9	10	12	3
5	9	11	8	12	6	8	7	11	2
4	8	10	7	11	5	7	6	10	2
1	0-2	0-6	0-4	0-7	0-2	0-4	0-2	0-7	1
N	146	151	169	180	295	318	365	387	N
Media	22,35	21,30	23,28	23,42	20,54	20,19	23,30	24,99	Media
Desv. típica	11,03	8,53	10,56	9,10	10,56	8,89	11,93	10,05	Desv. típica

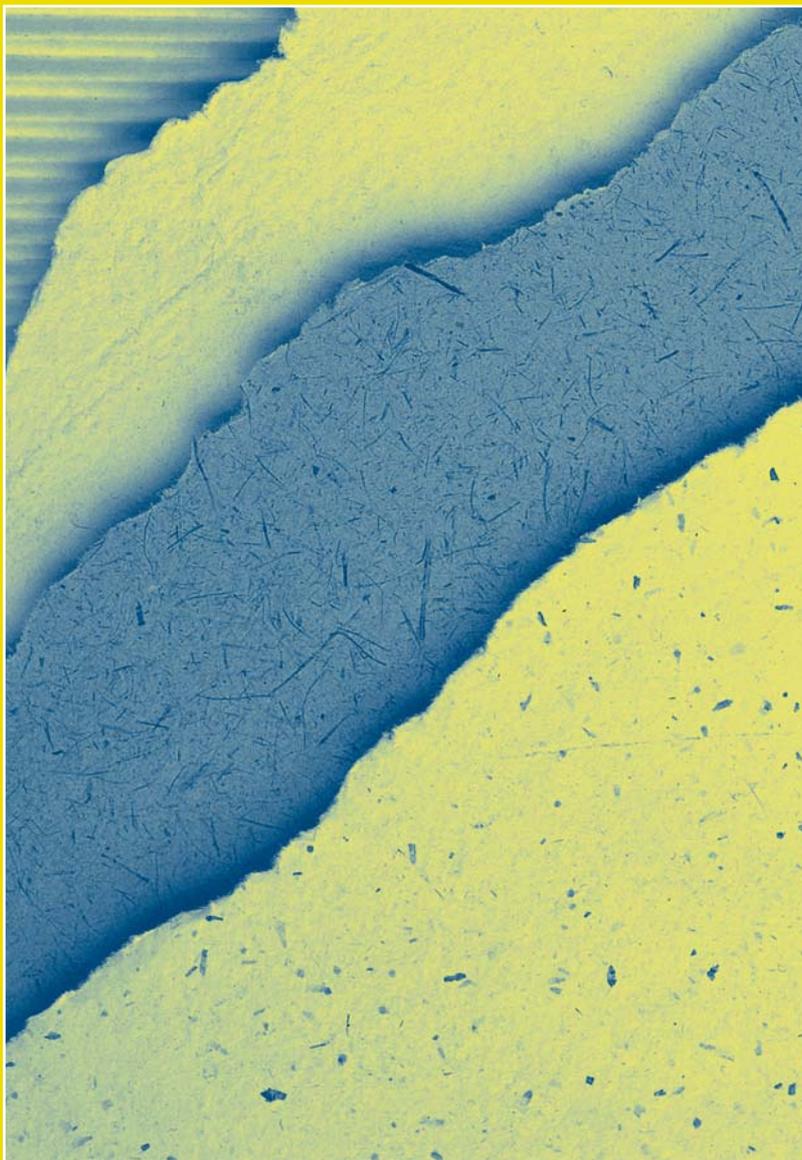
ANEXO 4

Criterios de alta de reanimación postoperatoria. Escala de recuperación postanestésica de Aldrete		
1. Conciencia	3. Circulación	5. Actividad
2 Completamente consciente []	2 TA ± 20% de preanestesia []	2 Capaz de mover 4 extremidades []
1 Responde si se le llama []	1 TA ± 20-50% de preanestesia []	1 Capaz de mover 2 extremidades []
0 No responde []	0 TA + 50% de preanestesia []	0 Incapaz de moverse []
2. Respiración	4. Color	Total puntos []
2 Respira profundamente y tose []	2 Rosado []	Una puntuación de 10 mantenida en el tiempo indica que el paciente está en condiciones de ser dado de alta de la unidad de recuperación postanestésica.
1 Disnea o respiración limitada []	1 Pálido, lívido o moteado []	
0 Apneico []	0 Cianótico []	

Aldrete, JA, Kroulik, D. "A postanesthetic recovery score". *Anesth. Analg.* 1970; 49: 924-934.

Artículos conceptuales

HISTORIA DE LOS COLGAJOS



M^a ASUNCIÓN MARTÍN CONDE.

Enfermera de Cirugía Plástica.
Hospital Universitario Miguel Servet.
Zaragoza.

La bibliografía de la antigüedad ya refiere la existencia de técnicas de transplante de tejido y demuestra que el injerto ya era practicado por la civilización egipcia (3500 a.C.).

Existen papiros, como el de *Ebers* (1500 a.C.), que ya habla de fórmulas cosméticas, así como el de *Edwin Smith* (2200 a.C.), con intervenciones quirúrgicas y fracturas faciales. Aunque, la realmente importante, es la **civilización hindú**, que en sus libros sagrados de *Rig-Veda* y *Atharva-Veda* (1500 a.C.) ya describen intervenciones de reconstrucción nasales a partir de colgajos tomados de la mejilla o de la frente, donde **Susruta** (750 a.C.) expuso los principios básicos de la reconstrucción nasal.

Este arte pasó de Egipto e India a Persia, Arabia, Grecia y Roma.

En ese tiempo ya se aprecia un gran esfuerzo por parte de los hombres para tratar heridas y defectos de la naturaleza. *Celsus* fue quien recogió todos estos conocimientos en *-De Re Médica-*, por lo que se le considera *el verdadero precursor de esta disciplina*. (s. I a.C.-d.C).

También *Galeno* (130-210), médico griego emigrado a Roma, describió cirugías reparadoras mediante colgajos (movilizando tejidos, y hoy llamados de avance).

Al emperador *Justiniano II* (700) ya se le practicó una reconstrucción total de nariz mediante un colgajo frontal.

Durante la **Edad Media** todos estos procedimientos quirúrgicos apenas sufrieron modificaciones.

Y no fue hasta **1414**, en Bolonia, cuando *Hugo de Locca* llamó la atención sobre los principios de la cicatrización, y luego su hijo, *Teodorico*, preconizó la limpieza cuidadosa de las heridas y utilizó los principios antisépticos de las compresas impregnadas en vino, en contraposición con los principios de *Galeno*, quien sostenía que el

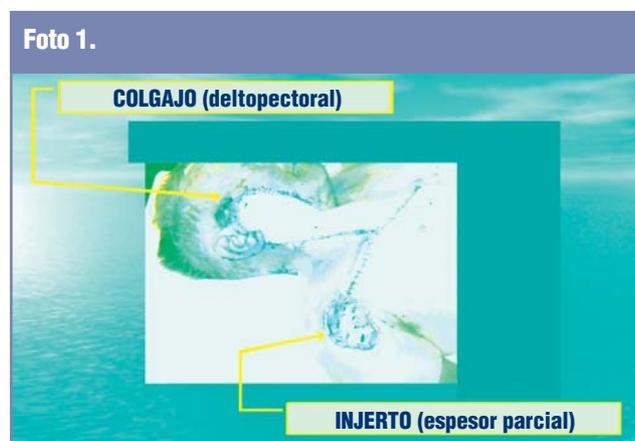
pus era necesario para la buena cicatrización de las heridas.

En este mismo siglo, son los hermanos *Branca de Catania* los que reintrodujeron el método hindú de reconstrucción nasal y lo modificaron. Pero fue *Gasparo Tagliacozzi* (s. XVI), profesor de Anatomía en Bolonia, quien desarrolló trabajos detallados sobre colgajos, por lo que se le considera el segundo *padre de la cirugía plástica* después de *Celsus*.

Tras esto vuelve a haber otro *parón cultural*. Y no es hasta el s. XIX y en EE.UU. cuando *Hamilton* realiza los primeros colgajos cruzados de pierna, *Multer* transplantó un colgajo de la región deltoidea para corregir una retracción cervical, y *Warren* practicó el primer injerto total de piel.

Todo esto fue evolucionando poco a poco, consiguiendo un gran desarrollo a partir de la 1ª Guerra Mundial, donde empezaron a surgir nuevas técnicas, destacando la aparición en escena de *Lister* y sus fundamentos sobre asepsia y antisepsia; así como también *Sir Harold Gillies* y *Kazanjan* padres de muchas técnicas que se han empleado y todavía se utilizan.

Comienza con ello una nueva era de la cirugía. Y así como nos referimos a los grandes avances en ella, es en la plástica y más concretamente en los colgajos y la microcirugía donde han sido más notables.



Vamos a diferenciar entre injerto y colgajo:

■ **Injerto:** Fragmento de piel desprendido completamente de su área donante y transferido a otra zona, donde adquiere nueva vascularización.

■ **Colgajo:** Tejido vivo, separado de su lecho con el que mantiene una conexión (pedículo) a través del cual recibe nutrición una vez transplantado. (En ese pedículo puede haber una arteria, una vena, o varias). (Ver Foto 1).

CLASIFICACIÓN DE LOS COLGAJOS

Numerosos sistemas se pueden utilizar para clasificarlos, pero los vamos a distinguir en tres grupos:

Según lugar de cobertura

Colgajo local o de vecindad

Para cubrir defectos en zonas adyacentes.

■ **Avance:** El movimiento de la piel se produce en una sola dirección para ocupar el defecto primario creado tras la extirpación de la lesión. (Ver Foto 2).

■ **Pivot o rotación:** La plastia cubre la zona receptora por movimientos de rotación sobre un punto (pedículo). (Ver Foto 3).

■ **Transposición:** La zona donante alcanza el defecto primario saltando piel sana y con movimientos de rotación y/o avance. (Ver Foto 4).

Colgajo a distancia

Para cubrir defectos en zonas lejanas.

■ **Directo:** Ej. Piernas cruzadas. (Ver Foto 5).

■ **Tubular:** Casi no se emplean hoy por requerir dos tiempos de intervención quirúrgica e incomodidad para el paciente. (Ver Foto 6).

■ **Microvascular o libre:** Estos se separan completamente y se suturan con microscopio la vena y la arteria. Aquí se realiza un seguimiento con dopler.

Aporte sanguíneo

■ **Randomizados:** No se conocen exactamente los vasos que lo irrigan (para pequeños colgajos: cara). (Ver Foto 7).

■ **Axiales:** Una arteria conocida irriga el colgajo. (Sirve para colgajos libres). (Ver Foto 8).

Según composición

- **Cutáneos:** Todo piel.
- **Fascial:** Fascia.
- **Fasciocutáneos:** Piel + fascia.
- **Muscular:** Solo músculo.
- **Miocutáneos:** Músculo + piel.
- **Osteo:** Solo hueso.
- **Osteocutáneos:** Hueso + piel.
- **Osteomiocutáneos:** (hueso + músculo + piel). Todo en bloque.

Entre los colgajos tradicionales tenemos:

- **Indio.**
- **Locales de cara.**
(Ver Fotos 9 y 10).
- **Mano enterrada.**
(Ver Foto 11).
- **Piernas cruzadas.**
- **Tubular.**
- **Libres.**

Existen también algunos colgajos con nombre propio y uso extendido en la actualidad.

■ **TRAM:** Es un colgajo músculo cutáneo, basado en el músculo recto abdominal muy utilizado para reconstrucción de mamas (puede ser: pediculado o libre) Inconveniente: riesgo de debilidad en la pared abdominal. (Ver Foto 12).

■ **DIEP:** También para mama, solo cutáneo y libre y de perforantes abdominales (habitualmente libre). Parecido al Tram, pero no necesita coger el músculo recto abdominal. Más difícil y laborioso pero con menos secuelas para la paciente. (Ver Foto 13).

■ **SGAP:** También para mama. Coge piel del glúteo irrigada por arterias perforantes (arteria glútea superior). -Libre-. (Ver Foto 14).

Son varias las características que influyen en la elección de un colgajo cutáneo, como:

- 1 Elasticidad de la piel, textura, delgadez, color, presencia o no de pelo y su relación con el área a reconstruir.
- 2 Dimensiones del pedículo. (Cuanto más diámetro tengan los vasos que se van a transferir, las posibilidades del fallo disminuyen).
- 3 Posición del paciente para la toma de ese colgajo. (El hecho de no tener que cambiarlo de posición, acorta el tiempo quirúrgico, bajando la morbilidad).
- 4 Defecto dejado en el área donante. (Es un aspecto que se discute con el paciente y en algunos casos puede ser determinante en la elección).
- 5 Posibilidad de llevar un tejido adicional (hueso, músculo, tendón, nervio) y eso determina que colgajo se va a usar.

Tradicionalmente, el diseño de los colgajos se basaba en la relación long-anch, habitualmente la regla era

Foto 3.



Foto 4.



Foto 5.



Foto 6.

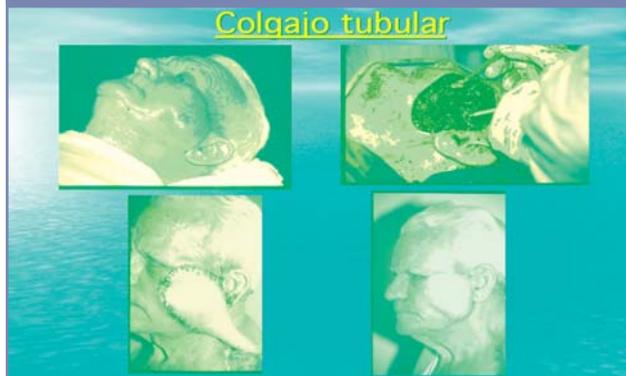


Foto 7.

Colgajo randomizado

Colgajo en isla o VY

Foto 8.

Colgajo axial

Bakanjian o deltopectoral

Foto 9.

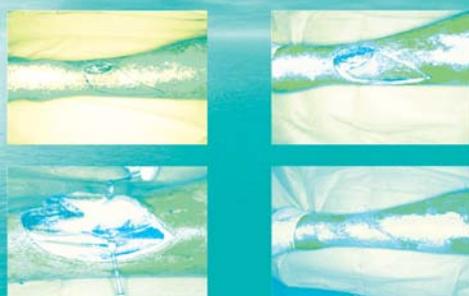
Colgajo perforantes VY

Foto 10.

Colgajo ABBE

(2x1) variando desde (5x1) en la cara hasta (1x1) en extremidades inferiores. Se apoyaba en observaciones empíricas y llegaron a convertirse en un canon.

En 1970 **Milton** le dio la puntilla a la simplicidad de la relación long-anch. Se demostró que la mayor anch de un colgajo no siempre aumentaba la posible vitalidad del mismo.

Por otra parte en 1965 **Bakanjian** publicó el colgajo –deltopectoral– que revolucionó la reconstrucción de cabeza, cuello y también reintrodujo el colgajo de concepto arterial.

En 1972 **McGregor** y **Jackson** idearon el colgajo inguinal nutrido por la arteria iliaca circunfleja superficial y se clasificaron los colgajos “**Randomizados**” (aleatorios) y “**Axiales**”.

Entre 1975 y 1985. El empleo del microscopio y de los colgajos miocutáneos, cambió el panorama.

Actualmente, los principios básicos se han alterado:

- *El aporte sanguíneo* es el criterio fundamental para el diseño del colgajo y no la relación aritmética.
- *El microscopio* ha reemplazado al “Tubo” como método dominante para transferir a distancia.
- *La minimización* de la z. donante ha mejorado la morbilidad.

Cuando un paciente ingresa en un centro hospitalario para ser intervenido por c. plástica y realizarle un –colgajo– requiere de un tratamiento o cuidados por parte de enfermería, como son: El preoperatorio y Post-operatorio.

PROTOCOLO DE CUIDADOS PREQUIRÚRGICOS

- 1** Comprobar que tenemos el preoperatorio completo: (A. sangre – ECG – Rx – H. anestesia – Grupo Sanguíneo s/p – pulsera identificativa y preguntar por posibles alergias y patologías asociadas.
- 2** Preocuparnos de que tanto el paciente como su familia, estén informados por el médico, de todo el proceso quirúrgico.
- 3** Que su aseo personal sea óptimo para la intervención y no porte: joyas, esmaltes, ni dentaduras postizas.
- 4** El día anterior s/p rasurar z. operatoria y si la lesión está en c. cabelludo, rasurar 3 cm alrededor de ella.
- 5** Control de constantes.
- 6** En caso de existir lesión, cubrir con “apósito vaselinado – antibiótico” + compresa + vendaje.
- 7** Aclararle dudas que pudiera tener e informarle de que se le mantendrá en ayunas.
- 8** Coger vía venosa y administrar tratamiento pautado (profilaxis ATB).

PROTOCOLO DE CUIDADOS POST-QUIRÚRGICOS

- 1 Recibir al paciente procedente del despertar por la enfermera que tenga asignada.
- 2 En la habitación se pedirá a la familia que espere mientras revisamos: sueros – drenajes – vendajes (para que no compriman) – s.vesical s/lleva y colocación del paciente en la cama, evitando apoyo sobre zona de la intervención.
- 3 Informaremos a los familiares más directos de los cuidados de enfermería con respecto al paciente y les pediremos que en las primeras horas, tenga pocas visitas para evitarle un stress ya que esto podría producir una segregación de adrenalina, haciendo sufrir al colgajo y provocando una vasoconstricción de las arterias.
- 4 Vigilar constantes por turno y nivel de dolor, ya que éste provoca vasoconstricción y en ocasiones es preferible utilizar la “bomba de analgesia”.
- 5 Insistir en la necesidad de –reposo absoluto– para conseguir un alto porcentaje de éxito en el colgajo y no lesionar la zona donante. Administrando también la heparina de BPM que tuviera pautada y/o antiagregantes s/p en colgajos libres.
- 6 Vigilar: coloración, temperatura (tanto del paciente como de la habitación para evitar la vasoconstricción) sensibilidad y buena irrigación de la arteria mediante el “Dopler” (aparato para control de latido arterial).

Este control se realizará dentro de las primeras 48 horas. Y será horario ya que las trombosis o espasmos arteriales o venosos necesitan diagnóstico inmediato y a veces una reintervención a tiempo puede salvar el colgajo, porque si la vascularización es deficiente, éste se necrosará, a no ser que aumente el flujo sanguíneo.
- 7 Mantener un correcto aporte de nutrientes proteicos, así como de líquidos.
- 8 Valorar aspecto de la herida: la cicatrización o posible aparición de edema o hematoma porque éste impediría la entrada de sangre arterial y originar trombosis venosa.
- 9 Estimular la movilidad con control de la posición de las extremidades para favorecer la circulación arterial y venosa.
- 10 Retirar drenajes cuando ya no sangren, siguiendo ordenes médicas.

BIBLIOGRAFÍA

- www.cirurgioplastica.com
- www.tecnologiahechpalabra.com

Foto 11.

Colgajo abdominal (mano enterrada)



Foto 12.

TRAM

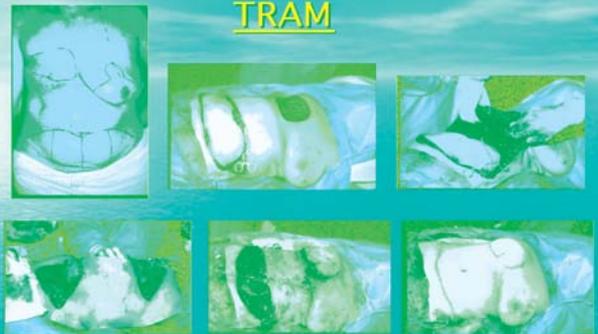


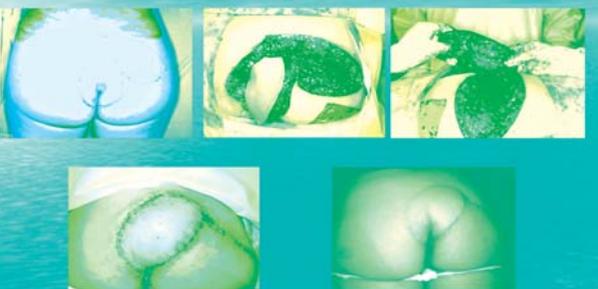
Foto 13.

DIEP



Foto 14.

SGAP



Artículos conceptuales

TEORÍA Y PRÁCTICA DE LAS INTERVENCIONES ASISTENCIALES Y EDUCACIONALES EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA, DE LAS ENFERMERAS

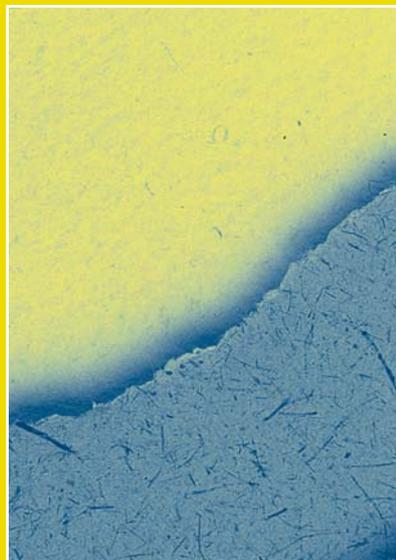
M^a LOURDES DE TORRES AURED.
Enfermera de Nutrición y Dietética.
Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

MERCEDES LÓPEZ-PARDO MARTÍNEZ.
Enfermera de Nutrición y Dietética.
Hospital Universitario "Reina Sofía". Córdoba.

ANA DOMÍNGUEZ MAESO.
Enfermera de Nutrición y Dietética.
Hospital Ciudad de Jaén.

CRISTINA DE TORRES OLSON.
Escuela Universitaria de Ciencias
de la Salud. Zaragoza.

Correspondencia
Marilourdes de Torres Aured
marilourdes@ono.com



Con esta exposición se pretende visualizar cómo las funciones asistenciales y educacionales que las enfermeras llevan a cabo diariamente, están basadas en la evidencia científica, diseñadas y avaladas por comités de expertos, compuestos por enfermeras pioneras que han sentado cátedra, conformado doctrinas, modelos y teorías; y para que se compruebe cómo todo ello lo aplica la enfermera a la educación y asistencia nutricional cotidiana.

RESUMEN

Las enfermeras pueden demostrar que saben por qué hacen lo que hacen ya que la Teoría les brinda autonomía profesional porque orienta las funciones asistenciales, docentes e investigadoras. De ahí la importancia de las intervenciones enfermeras en el equipo pluriprofesional que aumenta gracias al conocimiento teórico y práctico, porque los métodos desarrollados científicamente tienen más posibilidades de ofrecer buenos resultados.

Con este trabajo se pretende dar a conocer al resto de profesionales, la terminología y la filosofía de la ciencia enfermera con que se realizan las funciones, así como los procesos de desarrollo de los razonamientos lógicos en la aplicación de las intervenciones nutricionales.

Los Cuidados de las enfermeras en Nutrición son asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar, desde el aspecto bio-psico-social del paciente y con un desarrollo

estructurado en diferentes etapas. Tras el diagnóstico nutricional y educativo la enfermera, pauta el adiestramiento del paciente, ofreciendo atención integral y evaluación continua de resultados. Todo ello con actitud científica, abierta, constante, personalizada y con empatía.

En los equipos pluriprofesionales, las enfermeras son responsables de proporcionar los cuidados y conocimientos necesarios para atender y educar a las personas en distintas etapas del ciclo vital. Los hábitos alimentarios son un factor determinante del estado de salud de la población, porque se configuran en la infancia y se desarrollan y asientan a lo largo de la vida del sujeto, pudiendo influir sobre ellos a través de programas educativos que refuercen las pautas de conducta alimentaria adecuadas.

Haciendo un breve recorrido por las teorías desarrolladas por las grandes pensadoras enfermeras, nos encontramos continuas referencias a los cuidados nutricionales.

Como **Objetivos generales** de las intervenciones enfermeras están conseguir un estado nutricional correcto promoviendo una conducta que fomente la salud a través de la nutrición.

La Clasificación de las Intervenciones Enfermeras, según la Enfermería Basada en la Evidencia está desarrollada de acuerdo a:

- Actividad de Cuidados.
- Intervención a considerar.
- Intervenciones alternativas.
- Valoración del posible resultado.
- Valoración de los posibles efectos.
- Valoración de los posibles riesgos.

Al desarrollarlas, las enfermeras realizan todas las actividades necesarias para:

- Valorar las necesidades nutricionales en las diferentes etapas de los ciclos vitales.
- Valorar las necesidades nutricionales en el periodo de enfermedad.
- Enseñar a nutrirse de forma equilibrada.
- Adecuar una alimentación e hidratación correcta a sus circunstancias.
- Ayudar a la adquisición del Índice de Masa Corporal correcto.
- Adiestrar para un tránsito seguro de líquidos y sólidos.
- Preparación y administración del soporte nutricional artificial.
- Seguimiento nutricional completo y continuado.
- Evaluación total y parcial de resultados.
- Preparación para el alta hospitalaria.

La importancia de la Formación Continua al resto de las enfermeras de Atención Primaria y en el hospital queda patente en el equipo pluriprofesional y por eso se deben diseñar metodológicamente las materias a desarrollar.

Los **Objetivos de formación** que tiene la enfermera de nutrición son:

- 1 Proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para que la enfermera de base de AP y de hospitalización, solvete los problemas nutricionales del usuario-paciente.
- 2 Enseñar a resolver con el paciente, situaciones prácticas y problemas de salud, relacionados con la alimentación-nutrición.
- 3 Aportar a los equipos pluri-profesionales, los beneficios de nuestras intervenciones y conocimientos como Expertos en Cuidados.
- 4 Adaptar las materias del programa de formación a la estructura del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

Estos aspectos de las intervenciones enfermeras consisten en diseñar una Metodología con arreglo a la Enfermería Basada en la Evidencia, para que la enfermera reconozca los datos presentados y tenga fácil acceso a la formación. Analizar los estudios elegidos sobre los Cuidados es fundamental para, integrar datos, monitorizar resultados, tabular las características y aplicar las conclusiones.

Formar a las enfermeras en la aplicación de las técnicas de escucha-transmisión, provoca sinergia al compartir con el equipo objetivos comunes, desde el buen hacer profesional; actuando con empatía siempre DESDE, CON, POR y PARA el paciente.

PALABRAS CLAVES

- Metodología de cuidados enfermeros.
- Adiestramiento nutricional.
- Equipo pluriprofesional.
- Gestión de Cuidados.
- Atención integral.
- Formación Continuada.
- Metodología docente.
- Sinergia.

ABREVIATURAS

- Proceso de Atención de Enfermería (PAE).
- Clasificación de Intervenciones Enfermeras (CIE).
- Clasificación de Resultados Enfermeros (CRE).
- Enfermería Basada en la Evidencia (EBE).
- Atención Primaria (AP). Atención Especializada (AE).
- Unidad de Nutrición y Dietética (UND).
- Nutrición Artificial (NA).
- Nutrición Artificial Domiciliaria (NAD).

INTRODUCCIÓN

La OMS dentro del marco Salud XXI, dice que “para el año 2015 todos los grupos de población deberán haber adoptado unos modelos de vida más sanos y propone acciones que faciliten las elecciones saludables en relación con la nutrición y el ejercicio físico”¹⁴. En España toda la población tiene asignada una enfermera con atención directa al paciente y familia, así como a grupos de población y ésta es una primera puerta de entrada general

al sistema sanitario de referencia; por lo que una política educativa en alimentación desde las Consultas de Enfermería, debe proporcionarles los suficientes elementos de juicio.

La Enfermería a lo largo del tiempo se ha desarrollado como ciencia y como profesión, pero todo cambio, y aún más toda consolidación, debe ir respaldada por un método que aporte fiabilidad y le dé sentido a la práctica haciéndola útil y funcional.

Florence Nightingale^{6 7} (considerada la primera enfermera de la era moderna) fue la primera persona que dedicándose a atender pacientes, promulgó unas normativas de higiene y de salud al estructurar los primeros conceptos de ventilación, calor, luz, limpieza, ruido y *dieta*.

Los Cuidados de las enfermeras en Nutrición son asistir, informar, formar, educar, asesorar y adiestrar, desde el aspecto bio-psico-social del paciente y con un desarrollo estructurado en diferentes etapas.

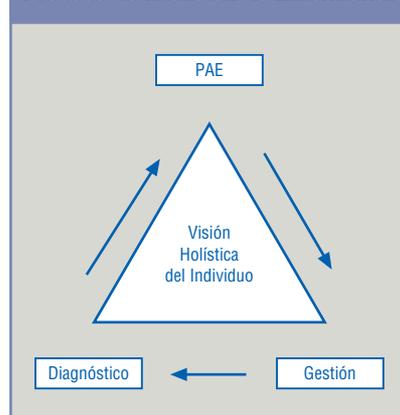
Por todo ello el presente y el futuro de la Enfermería⁸ pasa por el cuidado integral al paciente, su familia y la comunidad; teniendo como objetivo principal conseguir que las personas logren el mayor nivel de autocuidados mejorando sus hábitos de vida. Una de sus principales tareas es y será la educación, identificación de necesidades, la información profesional y personalizada y la gestión de cuidados nutricionales.

Los problemas de salud con los que se enfrenta Enfermería, implican la necesidad de una sistematización científica que comienza desde el mismo momento en que éstos se observan, ya se trate del ambiente hospitalario, comunitario, docente, institucional o nacional.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención de Enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Es un sistema de planificación en la ejecu-

ción de los cuidados de Enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, en la puesta en práctica las etapas se superponen con sinergia.

Figura 1.
Proceso de Atención de Enfermería.



La valoración enfermera detecta el déficit de conocimientos en nutrición o el deseo de mejorar los mismos. La enfermera realiza el diagnóstico educativo y pauta el adiestramiento del paciente, ofreciendo atención integral y evaluación continuada de resultados. Todo ello con actitud científica, constante, negociadora, empática y enérgica.

OBJETIVOS

1

Objetivos de cuidados nutricionales

Los hábitos alimentarios^{5 14} son un factor determinante del estado de salud de la población, porque se configuran en la infancia y se desarrollan y asientan a lo largo de la vida del sujeto, pudiendo influir sobre ellos a través de programas educativos que refuercen pautas de conducta alimentaria adecuadas. En los equipos pluriprofesionales,

las enfermeras son responsables de proporcionar los cuidados y conocimientos necesarios para atender y educar a las personas en distintas etapas del ciclo vital.

Dentro de las necesidades básicas del individuo, la alimentación e hidratación son prioritarias en el cuidado integral razonado, científico y profesional; ya que al analizar las causas de mortalidad⁴ en nuestro país, encontramos que ocho de cada diez están relacionados con la alimentación y la ingesta de alcohol.

Al aplicar el proceso, enfermero se buscan los siguientes objetivos:

a Como objetivos generales^{5 14 15}

- Conseguir un estado nutricional correcto.
- Promover una conducta que fomente la salud a través de la nutrición.
- Asegurar el conocimiento del régimen terapéutico nutricional.
- Promover los auto cuidados.

b Como objetivos específicos

- Valorar las necesidades nutricionales en las diferentes etapas de los ciclos vitales.
- Valorar las necesidades nutricionales en el periodo de enfermedad.
- Enseñar a nutrirse de forma equilibrada.
- Adecuar una alimentación e hidratación²⁸ correcta a sus circunstancias.
- Ayudar a la adquisición del Índice de Masa Corporal correcto.
- Adiestrar para un tránsito seguro de líquidos y sólidos.
- Preparación y administración del soporte nutricional artificial.
- Seguimiento nutricional completo y continuado.
- Evaluación total y parcial de resultados.
- Preparación para el alta hospitalaria.

2

Objetivos de formación

- 1 Proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para que la enfermera de base de AP y de hospitalización, solvente los problemas nutricionales del usuario-paciente.
- 2 Enseñar a resolver con el paciente, situaciones prácticas y problemas de salud, relacionados con la alimentación-nutrición.
- 3 Aportar a los equipos pluri-profesionales, los beneficios de nuestras intervenciones y conocimientos como Expertos en Cuidados.
- 4 Adaptar las materias del programa de formación a la estructura del Proceso de Atención de Enfermería (PAE).

DESARROLLO

Los primeros estudios sobre la Enfermería en los años 1950 se ocuparon de la filosofía, la definición y el fundamento metodológico de la Enfermería. La comunicación interpersonal fue objeto de gran interés durante la década de 1960. A finales de esos años, la atención de los investigadores se desplazó hacia la Enfermería como ciencia. A partir de 1980 la Enfermería se ha afianzado en la satisfacción de las necesidades del individuo como ciencia, como arte, como comunicación y como humanismo.

El término anglosajón “nurse” con el que se designa a la enfermera, deriva de dos palabras latinas “nutriré” alimentar y “nutrix” mujer que alimenta (lactancia).

Haciendo un breve recorrido por las teorías desarrolladas por las grandes pensadoras enfermeras, nos encontramos continuas referencias a los cuidados nutricionales.

Tendencias de las teorías de enfermería

Victoria Henderson^{1 2} define la Enfermería en términos funcionales: “La función propia de la Enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a la muerte pacífica), que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible”. Ella define catorce necesidades básicas del individuo, que comprenden los componentes de los Cuidados de Enfermería; y dentro de ellas la número dos es “Comer y beber adecuadamente”.

Calixta Roy^{8 9 10} agrupa las etapas del Proceso de Atención y de Cuidados enfermeros en cinco elementos, a los que añadimos los siguientes contenidos.

- 1 **Valoración de los hechos:** Introducción al tema y valoración del paciente en tratamiento.
- 2 **Diagnóstico enfermero:** Manejo inefectivo del régimen terapéutico, déficit de conocimientos, alteraciones en la nutrición por exceso o por defecto.
- 3 **Planificación de los cuidados:** Características de la dieta terapia prescrita, conocimiento de las complicaciones potenciales, cálculo de las dosis de fármacos y nutrientes.
- 4 **Ejecución de las actividades:** Educación sanitaria, control de la nutrición básica, administración de fármacos conociendo las indicaciones, prevención de posibles efectos tóxicos o conociendo los posibles efectos tóxicos.
- 5 **Evaluación de los resultados:** Control de los efectos deseados y no deseados, evaluación del cumplimiento terapéutico y del estado nutricional.

Estas etapas ayudan a facilitar la adaptación del individuo al proceso (nutricional en este caso).

Según los modelos conceptuales de Evelyn Adam¹¹: “La enfermería tiene una función propia, aunque comparte ciertas funciones con otros profesionales. La enfermera debe tener un modelo conceptual en los cuidados a fin de obtener una identidad profesional concreta y afirmarse como colega de los otros miembros del equipo pluriprofesional”.

Basándose en algunos de los modelos conceptuales, todas las Intervenciones enfermeras en nutrición se adaptan para conseguir que sea capaz de mantener y/o restaurar la independencia del usuario/paciente para la satisfacción de las necesidades fundamentales. Por ello todos los objetivos se aplican con una determinada **metodología**^{14 15}:

- Enseñanza de macro y micro nutrientes.
- Composición de los alimentos y equivalencia por grupos.
- Manejo de los grupos de alimentos.
- Hidratación.
- Adiestramiento del ritmo de ingestas.
- Control del ejercicio físico.
- Adecuación y manejo de las fobias y las filias alimentarias.

Para Hildegard Peplau^{12 13} todas las intervenciones enfermeras son una combinación de: la aplicación de los principios del aprendizaje social, el concepto de motivación humana y el del desarrollo de la personalidad.

Uniendo con lo dicho sobre ella anteriormente, F. Nightingale^{6 7} al introducir la dieta en sus normativas de atención al paciente, decía que la enfermera no sólo debía estimar la ración alimenticia sino la puntualidad de las comidas, la adecuación de las mismas y su efecto sobre los pacientes. Decía que para el seguimiento alimenticio es imprescindible “la educación, la observación, el ingenio y la perseverancia”. Por eso insistía tam-

bién “en la enfermería de salud” la prevención de las enfermedades, incluía una dieta alimenticia que la enfermera debía adecuar y enseñar. Insistía en que la salud se mantenía gracias a la prevención de la enfermedad por vía de los factores de salud ambiental y una dieta adecuada (toda una visionaria para su tiempo).

Para ello instruye en cómo incluir todos los grupos de alimentos, en proporciones y frecuencias, adaptando lo que las Guías alimentarias recomiendan.

Marco conceptual actual

La necesidad de un marco conceptual está asociada a la práctica profesional de una disciplina; por lo que las enfermeras necesitan un sistema lo más fiable posible de comunicación para poder interactuar en el equipo de trabajo sanitario.

En 1973 se crea la NANDA (North American Nursing Diagnoses Association) a partir de este momento se han realizado grandes avances en el terreno de la unificación del lenguaje profesional. Pocos años más tarde este proyecto se completa con la clasificación de las intervenciones enfermeras (NIC) y por último la de los resultados (NOC).

La implantación de una metodología propia y un lenguaje común permite a los enfermeros/as acceder a la investigación en el área de cuidados.

La Enfermería Basada en la Evidencia, consolida el ejercicio profesional poniendo énfasis en la efectividad de los procedimientos cuidadores. Porque aplicando la EBE, se busca demostrar el papel que desempeña el conocimiento científico enfermero.

Por todo ello el presente y el futuro de la Enfermería ³ pasa por el cuidado integral al paciente, su familia y la comunidad, basándose en la evidencia científica y con la mayor eficacia; teniendo como objetivo

principal conseguir que las personas logren el mayor nivel de autocuidados. Una de sus principales tareas es y será la educación, identificación de necesidades, la información profesional y personalizada y la gestión de cuidados.

Enfermería Basada en la Evidencia

Madeleine Leininger ²⁴ presenta los Cuidados de Enfermería como el foco intelectual más unificador, dominante y central; porque son variados y complejos dado que incluyen conceptos relacionados con conductas, procesos, necesidades, consecuencias, conflictos y lagunas en la práctica universal.

Presentar el uso consciente, explícito y juicioso de esos datos registrados, como eficacia para la toma de decisiones, va unido y contrapuesto a las opiniones; la tradición; la experiencia; las suposiciones; los reparos que se pueden plantear el paciente o la enfermera.

Para homologar estos aspectos de las actuaciones, se diseña una **Metodología** que reconozca los datos presentados y tenga fácil acceso a la formación, ya que analizar los estudios elegidos sobre los Cuidados es fundamental para integrar datos y monitorizar los resultados. Una vez tabuladas las características docentes, se aplican las conclusiones. Es conveniente contactar con otros investigadores para ampliar las posibilidades de trabajar en sinergia.

Al analizar estos estudios podemos no encontrar ninguna evidencia y entonces se deben revisar todos los Protocolos de Investigación, o generar nosotros la evidencia. Si por el contrario encontramos una evidencia hay que aplicar los resultados y comenzar la evaluación.

En el acceso a la evidencia nos encontramos con dificultades primarias como barreras de idioma, o poca cantidad de información, o mala calidad de los estudios, o exis-

tir pocos ensayos clínicos enfermeros de nutrición. También nos encontramos con un sesgo de población elegida por patologías y no por sintomatología o cuidados.

Resulta muy conveniente conocer la existencia de resultados negativos que no han sido publicados, para no caer en los mismos errores.

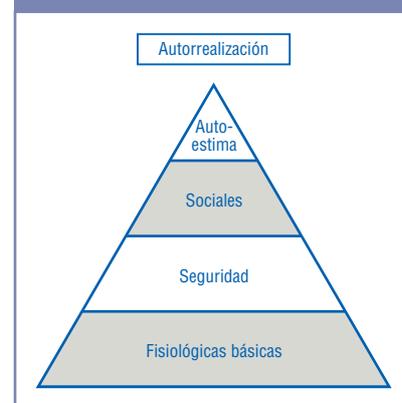
A la hora de buscar o aplicar estudios de EBE hay que diferenciar entre:

- Revisiones narrativas basadas en la opinión.
- Revisiones sistemáticas basadas en la evidencia.

Lo más eficaz es poder encontrar estudios descriptivos con calidad que satisfagan las necesidades asistenciales y educativas de los enfermeros, de la población sana y de la población enferma.

Abraham Maslow ²⁵ en su teoría de la motivación y de la personalidad humana señala: “La presente teoría se debe considerar como un programa indicativo para ulteriores investigaciones y debe sustentarse, o desmoronarse, no tanto a partir de los hechos conocidos o las evidencias presentadas, como desde las investigaciones que quedan por hacer”.

Figura 2. Pirámide de la Teoría de las Necesidades.



Maslow ²⁵ desarrolla así su Teoría de las Necesidades: Las **fisiológicas básicas** (alimentos, agua, aire, excreción) son las fundamentales a cubrir. Después le siguen la de **seguridad**

(protección), la de **aceptación social** (amor, amistad, afecto, pertenencia, camaradería), de **autoestima** (reconocimiento, autovalía, ego, éxito, prestigio). Todas ellas son denominadas como *Necesidades del déficit*. La última de **autorrealización** (auto cumplimiento, de lo que uno es capaz) es a la que se le enclava en *Necesidad de ser*.

Al respecto de las necesidades fisiológicas Maslow²⁶ creía, apoyado en sus investigaciones, que éstas eran de hecho necesidades individuales. Ponía como ejemplo que la falta de Vit. C conduciría a esta persona a buscar específicamente aquellos alimentos que proveían de Vit. C como es el zumo de naranja. En ese aspecto es donde esta teoría conductual sirve en muchas ocasiones en la aplicación de los cuidados de enfermería. El individuo puede cubrir sus necesidades con la ayuda de la enfermera o con su encauzamiento en la consecución de autoayuda.

Con un desarrollo estructurado de los Cuidados nutricionales, se facilita el aprendizaje y simplifica la ardua tarea del adiestramiento del usuario en el equilibrio nutricional. La implementación en la cobertura de todas estas necesidades por parte de la enfermera, se destaca en los cuidados de los pacientes con cirugía bariátrica²⁷ y en la atención²⁸ de los Trastornos de la Conducta Alimentaria.

La comunidad científica coincide en que una dieta equilibrada¹⁴, una buena hidratación y movimiento, son los pilares de la salud a cualquier edad. Para llevar a cabo esta máxima nutricional, la enfermera aplica teorías y modelos para satisfacción de estas necesidades básicas con empatía y de manera personalizada.

Intervenciones enfermeras aplicadas a la Nutrición

Es muy fácil adecuar este conjunto de teorías y aplicarlo al adiestramiento nutricional; ya que tanto la Gestión de cuidados nutricionales,

como los Diagnósticos enfermeros¹⁷ de nutrición y el Proceso de Atención Enfermera, se hace desde una visión holística del paciente.

1

La enfermera de Atención Primaria

La enfermera de Atención Primaria¹⁴ procura mejorar el nivel de conocimientos de la población, referente a la elección adecuada de alimentos, las características de una dieta equilibrada y los riesgos del consumo habitual de alimentos considerados poco saludables. En caso de enfermedad el manejo de las texturas en el caso de disfagia o el seguimiento del cumplimiento de la dieta prescrita a los pacientes crónicos como hipertensos, obesos o diabéticos.

En este campo el adiestramiento de los cuidadores de pacientes frágiles o dependientes cobra especial interés. En muchos casos estos pacientes tienen prescrito soporte nutricional artificial lo que hace imprescindible un asesoramiento y evaluación continua.

La enfermera aplica las técnicas de escucha-transmisión, según la base del sujeto emisor y del sujeto receptor y fomenta la Cultura alimentaria²³ en la educación para la Salud con habilidades de comunicación que generan confianza y relaciones humanas personales y/o grupales con determinación emocional y de valores.

La evaluación sobre comprensión, aprendizaje y aplicación de técnicas de adiestramiento, ha de ser frecuente y pautada regularmente.

2

La enfermera de la UND

En el medio hospitalario la enfermera de la UND es el profesional enfermero de referencia en materia de nutrición. Se ocupa del cuidado nutricional del paciente hospitalizado aplicando el Código de dietas.

La enfermera de la UND colabora en la elaboración, cumplimentación

y realiza el seguimiento de las dietas hospitalarias. Es la responsable del diseño de las recomendaciones para uso domiciliario. Asimismo en muchos casos es la encargada de gestionar el seguimiento y monitorización del circuito alimentario del hospital, con la colaboración del servicio de hostelería.

En la clínica es la responsable de que se realice un plan de cuidados en el que estén contemplados los cuidados nutricionales sobre todo en caso de prescripción de Nutrición Artificial siendo la encargada del entrenamiento de los pacientes y/o las familias de los candidatos a este tipo de soporte, enseñándoles el uso y mantenimiento de todo el material y fórmulas nutricionales y de los cuidados de las vías de acceso antes de que el paciente abandone el hospital. Para asegurar la eficacia de la NAD, es necesario un protocolo de monitorización y seguimiento del paciente que garantice la continuidad de cuidados en el que están implicadas las enfermeras de la UND, las enfermeras de hospitalización y las de AP formadas en este tipo de soportes nutricionales. En todo caso se debe garantizar que el paciente reciba un informe de continuidad de cuidados³⁰.

En las consultas externas interactúa con la consulta médica especializada de diagnóstico y tratamiento nutricional, liderando las consultas de enfermería de las UND como educadora nutricional y coordinando la nutrición a domicilio. Estas consultas de enfermería son el eslabón que enlaza los cuidados enfermeros entre el hospital y AP.

Dentro de los Programas de Formación Continuada, la enfermera de Nutrición es la responsable de organizar las redes de aprendizaje y coordina el diseño de acciones formativas con la enfermería de hospitalización en materia de alimentación-nutrición. Asimismo con las enfermeras de AP organiza Programas similares²³.

Intervenciones comunes en AP y AE^{3 5}

Las situaciones específicas sobre las que actúa la enfermera, tanto en Atención Primaria como en Atención Especializada son:

1 Problemas de Malnutrición: Identifica, registra, controla y corrige.

2 Salud Nutricional: Protocoliza cuidados y educación, informa y adiestra, registra, monitoriza y evalúa.

3 Gestión de cuidados: Diseña el plan estratégico, administra los recursos materiales, distribuye los recursos humanos, aplica los cuidados enfermeros a la alimentación-nutrición³¹.

Y todo esto^{17 18 19} aplicando el marco conceptual adaptado NANDA (Asociación Americana de Diagnósticos de Enfermería):

- Clasificación de intervenciones enfermeras (CIE).
- Clasificación de resultados enfermeros (CRE).

Descripción de algunas de las actividades principales

Gestión de Cuidados

Dorothea Orem^{20 21} escribe: “Los sistemas de Enfermería se forman cuando las enfermeras utilizan su capacidad para prescribir, planificar y proporcionar cuidados a los pacientes (individual o en grupos) llevando a cabo acciones separadas y sistemas de acción. Estas intervenciones o sistemas regulan el valor y el ejercicio de aptitudes individuales para comprometerse y afrontar los requisitos terapéuticos de auto-cuidados del individuo”. La cronología que se impone es:

- Descripción del Proceso a seguir.
- Reflexión (Diferencias entre síntomas y patologías. Ej: La intervención enfermera será sobre la

“disfagia”, sin ser muy importante que ésta provenga de un cáncer de esófago o de una ELA).

- Integración de Creencias.
- Integración de Valores.
- Formación científica.
- Experiencia asistencial y docente.

Al gestionar las intervenciones enfermeras es importante fomentar las habilidades de comunicación²² en la consulta de enfermería y en hospitalización. Habilidades que además de comunicación fluida y capacidad docente, deben sustentarse en una sólida formación científica, una información detallada y una actitud abierta y tenaz.

Técnica de escucha-transmisión

En la relación enfermera-paciente, tanto en AP como en AE, es importante contar con las capacidades comunicativas de ambos sujetos:

- A** Sujeto emisor.
 - Lo que se quiere decir.
 - Lo que se sabe decir.
 - Lo que se dice.
- B** Sujeto receptor.
 - Lo que se oye.
 - Lo que se escucha.
 - Lo que se comprende.
 - Lo que se aprende.
 - Lo que se retiene.
 - Lo que se acepta.
 - Lo que se practica.

Para comprobar que la estrategia de adiestramiento de cada uno de los pasos del receptor comporta un buen proceso protocolizado, debe hacerse una evaluación continuada.

Protocolización de los cuidados en nutrición

H. Peplau^{12 13} identifica cuatro fases en la relación enfermera-paciente:

- 1 orientación,
- 2 identificación,
- 3 aprovechamiento,

4 solución.

Por eso las Etapas cognitivas para elaborar un Protocolo deben desarrollarse dando prioridad a la Atención Integral debida a pacientes, familia y comunidad con la formulación de una estrategia, la búsqueda de la mejor evidencia, una valoración crítica y con la evaluación de la decisión.

Cualquier contingencia extraordinaria y/o urgente se puede resolver con eficacia, eficiencia y efectividad, únicamente cuando los cuidados están protocolizados³⁰.

Formación Continuada¹⁶

La importancia de la Formación Continuada queda patente cuando en el equipo pluriprofesional puede plantearse qué hace la enfermera de Nutrición para formar al resto de las enfermeras, en AP y en el hospital. La aplicación de las grandes teorías y evidencias, han de ir unidas a teorías de pequeño y medio alcance y así poder orientar el ejercicio profesional, adaptando teorías de varias disciplinas profesionales. La Enfermería se ha beneficiado de teorías pertenecientes a otras disciplinas, a la vez que la enfermería está beneficiando con sus teorías a otras disciplinas. Aunando este conjunto de beneficios inter disciplinares, se debe:

- Definir los objetivos a conseguir.
- Especificar los criterios a seguir.
- Elaborar un Protocolo educacional.
- Diseñar el plan de actuación docente.

Como primer Planteamiento de Trabajo para garantizar la formación de enfermeras en nutrición, se diseña un patrón de materias elegidas^{5 22}:

1 Equilibrio Nutricional: Dietética, Dietoterapia, Requerimientos Nutricionales, Bromatología.

2 Valoración Nutricional: Malnutrición, Nutrición Enteral, Nutrición Parenteral.

Hay un tercer apartado que se imparte como formación complementaria a la nutricional:

■ **Gestión de cuidados:** Diagnósticos Enfermeros, Estrategias de Gestión, Relaciones Interpersonales, Comunicación, Planteamientos de Investigación.

Los **Objetivos de formación** que tiene la enfermera de nutrición son:

- Proporcionar los conocimientos y habilidades necesarias para que la enfermera de base de AP y de hospitalización, solvente todos los problemas nutricionales que tenga el usuario-paciente.
- Enseñar a resolver con el paciente, situaciones prácticas y problemas de salud, relacionados con la alimentación-nutrición.
- Aportar a los equipos pluri-profesionales, los beneficios de nuestras intervenciones y conocimientos como Expertos en Cuidados.

CONCLUSIONES

Este artículo pretende realizar un análisis cualitativo que aporte las claves históricas y metodológicas de los cuidados enfermeros en nutrición. Esperamos mostrar los beneficios pluriprofesionales y especialmente para el paciente de la integración de la actividad asistencial diaria de la enfermera en el equipo interprofesional.

Los beneficios principales son:

- Evidencia científica.
- Experiencia clínica.
- Experiencia docente.
- Recursos reales y posibles.
- Contexto de Atención.
- Priorizar los tipos de Cuidados.

Desarrollar todos estos apartados conlleva:

- Incrementar la investigación enfermera en técnicas y cuidados.

■ Incorporar a la asistencia nutricional diaria, todas las evidencias halladas y **registrarlas**.

El área de Enfermería en los cuidados de salud adapta^{1 2} la cobertura de todas las necesidades del individuo, comenzando por la más básica que es la de estar adecuadamente nutrido. El resto de necesidades son una proyección y un complemento de la primera y eso hace que los cuidados nutricionales se proporcionen atendiendo integralmente al usuario en todas sus necesidades físicas, emocionales, afectivas y sociales; adiestrando en el manejo de las fobias y las filias respecto de algunos alimentos en aras de conseguir una dieta equilibrada¹⁴. Esto conlleva un alto grado de complejidad y formación para la enfermera que exige más que nunca la identificación y comprensión de todos los elementos del PAE^{3 9} porque los cuidados y su manera de gestionarlos requieren una estrategia protocolizada.

Madelaine Leininger²⁴ dice que el estudio y la clasificación sistemática de las Creencias, los Valores y los Conocimientos del individuo, se encauzan en los cuidados de enfermería con un lenguaje local, experiencias, creencias y sistemas de valores, consensuados con el usuario.

La enfermera en AP y en AE indaga en la naturaleza de los cuidados basándose en el razonamiento lógico, a la vez que emplea métodos empíricos en su desarrollo. Por ello¹¹ gestiona funciones que le son propias y protocoliza y monitoriza las intervenciones enfermeras en nutrición, aportando una atención bio-psico-social en sinergia con el paciente^{3 5 14}.

■ Valora necesidades nutricionales e hídricas²⁹ en las diferentes etapas del ciclo vital y en situaciones fisiológicas especiales.

■ Valora las necesidades de hidratación interna y externa de los individuos a su cargo²⁹.

■ Define y corrige los desajustes en el balance hídrico²⁹.

■ Desarrolla los diagnósticos de enfermería y los aplica a la nutrición y alimentación.

■ Conoce los hábitos sociales y prácticas religiosas, para manejar déficit, fobias y filias alimentarias.

■ Colabora en la valoración del estado nutricional; en la detección, tratamiento y prevención de la Malnutrición, así como en las consecuencias y factores que la agravan.

■ Informa, educa, adiestra y realiza los cuidados nutricionales y el seguimiento asistencial al paciente.

■ Monitoriza al paciente con NA, durante la hospitalización y en el domicilio según un Protocolo establecido, asegurando una administración eficaz y una mejora en su calidad de vida.

■ Organiza, coordina y participa en la formación y asistencia para conseguir una alimentación saludable de colectividades, de colegios, de trabajadores sanitarios, de estudiantes de disciplinas varias, etc.

■ Atiende las demandas formativas institucionales y las propias del equipo de enfermería.

■ Realiza y/o colabora en estudios de investigación, para mejorar las diferentes actividades tanto propias como del equipo, teniendo como herramienta la Enfermería Basada en la Evidencia.

¿Y cuáles son esos supuestos beneficios que aportan las enfermeras como Expertos de Cuidados?

■ Sinergia al compartir con el equipo objetivos comunes, desde el buen hacer profesional.

■ Actuar siempre **desde, con, por** y **para** el paciente.

Una atención integral e integrada con valores de excelencia en los cuidados nutricionales, hace que el producto enfermero resulte eficaz, eficiente y efectivo.

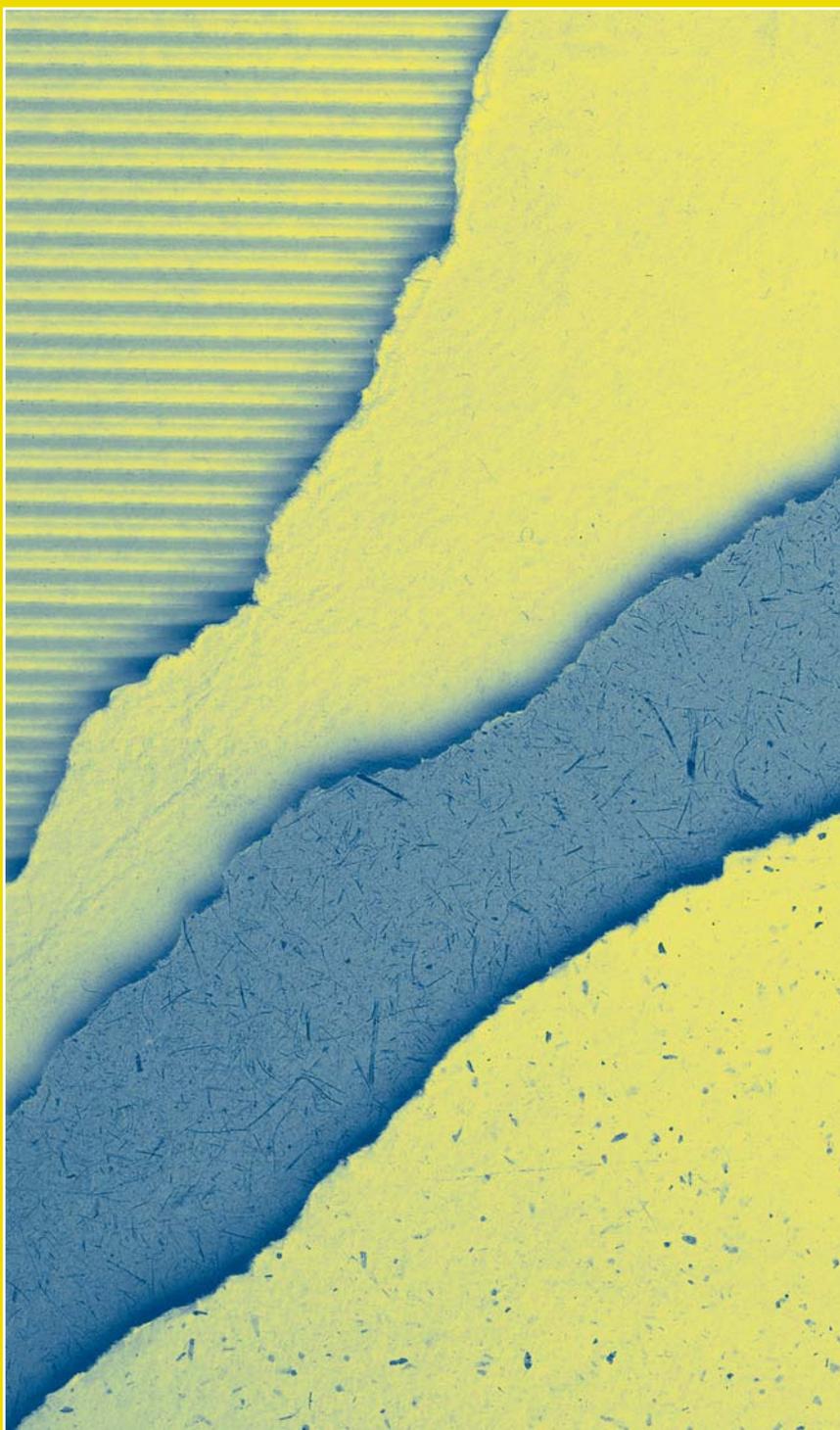
Porque como escribe Madelaine Leininger²⁴ “**pueden existir Cuidados sin Curación; pero nunca podrá existir Curación sin Cuidados**”.

BIBLIOGRAFÍA

- Henderson, V. *The principles and practice of nursing*. McMillan, New York. 1978.
- Henderson, V. *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research and education*. McMillan, New York. 1966.
- Instituto Nacional de la Salud, publicación: *La Enfermería. Cuidar: una profesión*. Madrid.
- James, W.P.T. “Nutrición Saludable. Prevención de las enfermedades relacionadas con la Nutrición en Europa”. *EASP*. 1994.
- Asociación de Enfermeras de Nutrición y Dietética. www.adenyd.org / Área de Capacitación (Martín, Díaz, de Torres, López-Pardo, Motilla y col.).
- Nightingale, F. *Notes on nursing*. Lippincott, Philadelphia. 1957. (Edición de la publicación original de 1857).
- Nightingale, F. *Selected writings*. Recopilación elaborada por Lucy R. Seymer. Ed. McMillan, New York. 1954.
- Roy, C. “The impact of nursing diagnosis”. *AORN Journal*. May, 1975.
- Roy, C. “Conceptual framework for primary care in baccalaureate programs”. *Primary Care Conference*. US Department of Health, Education and Welfare. Denver, Col. 1978.
- López-Pardo, M. y col. *Adaptación de la Enseñanza Universitaria de Farmacología, Nutrición y Dietética a la Metodología Enfermera*. Escuela Universitaria de Enfermería de Córdoba. 2006.
- Adam, E. “Modèles conceptuels”. *Nursing Papers: Perspectives en Nursing*, 15 (2):10-21. 1983.
- Peplau, H.E. *Interpersonal relations in nursing*. GP Putnam’s Sons. New York. 1952.
- Peplau, H.E. *Basics principles of patient counseling*. Smith, Kline and French Laboratories. Philadelphia. 1964.
- de Torres Aured, M.L.; Francés Pinilla, M.; Martínez Álvarez, J.R. *La dieta equilibrada. Guía para enfermeras de Atención Primaria*. Sociedad Española de Dietética y Ciencias de la Alimentación. SEDCA 2007. www.nutricion.org.
- Serra Majem, Ll.; Salleras Sanmartín, Ll. “Consejo dietético y nutricional en Atención Primaria de Salud”. En: Serra, Aranceta, Mataix, *Nutrición y Salud pública. Métodos y bases científicas y aplicaciones*, Masson SA. Barcelona 1995.
- Ganzel, R. *Adelante, ¡hazme aprender!* Training & Development Digest; Madrid, sep. 1999; pp. 28-33 .
- Diagnósticos de Enfermería según la Taxonomía NANDA. Definiciones y Clasificación*. 2003.
- Clasificación de Intervenciones Enfermeras*. Consejo General de Enfermería. Madrid. 2004.
- Clasificación de Resultados Enfermeros*. Consejo General de Enfermería. Madrid. 2004.
- Oren, D.E. *Concept of practice*. McGraw-Hill. New York. 2ª ed. 1980.
- Oren, D.E. *Concept formalization in nursing: Process and product*. Little Brown. Boston. 1979.
- de Torres, L. *¡La 7ª emoción!* Training & Development Digest.; Madrid. sep. 1999; p. 56.
- de Torres Aured, M.L. *Dietética, Dietoterapia y Nutrición Artificial para Enfermeras*. Mª Lourdes de Torres Aured. Zaragoza. 1997.
- Leininger, M. *Care: The essence of nursing and health*. Charles B. Slack, Inc. Thorofare, NJ. 1984.
- Leininger, M. *Cultural change, ethics and the nursing care implications*. Ed. University of Utah, Collage of Nursing. Salt Lake City. 1980.
- Maslow, A. *Motivation and Personality*. Ed. Robert Frager. 1970, 2ª Ed.
- López-Pardo, M.; de Torres, M.L.; Díaz, J. “Cuidados de los pacientes con cirugía bariátrica”. *Revista de Medicina*. Universidad de Navarra. Vol 50, nº 4. Octubre-Diciembre 2006.
- de Torres, M.L. “Asesoramiento en Nutrición 2: Trastornos de la Conducta Alimentaria”. *Enfermería y Salud*. Colegio de Enfermería. Zaragoza. Julio 2001.
- de Torres, M.L. “Hidratación y cuidados”. *Revista Española de Nutrición Comunitaria*. Vol. 14, nº 2. Abril-Junio 2008.
- Romero González, C.F. *Metodología de Cuidados enfermeros*. CCOO Federación de Sanidad. 2006.
- Medina Moya, J.L. “Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza de la enfermería”. *Publicacions I Edicions*. Universidad de Barcelona. 2005.
- Proceso de soporte: Nutrición Clínica*. Consejería de Salud Junta de Andalucía. 2006.

Leído en...

EL ETHOS QUE CUIDA



TEXTO EXTRAÍDO POR
MONTÓN SERRANO, A.M.

Hospital Clínico Universitario
"Lozano Blesa". Zaragoza.

LEONARDO BOFF, TEÓLOGO DE LA LIBERACIÓN

Leonardo Boff, teólogo de la liberación, brasileño de 70 años, franciscano, autor de más de 40 libros, dejó los hábitos del sacerdocio, pero no la Iglesia. Ha sido

y sigue siendo una voz fundamental entre los pobres¹. Es muy interesante leer su bibliografía y notar su presencia en esta vida².

EL ETHOS QUE CUIDA³

(2003-07-26)

Cuando amamos, cuidamos, y cuando cuidamos, amamos. Por eso el ethos que ama se completa con el ethos que cuida. El “cuidado” constituye la categoría central del nuevo paradigma de civilización que trata de emerger en todo el mundo. La falta de cuidado en el trato dado a la naturaleza y a los recursos escasos, la ausencia de cuidado en referencia al poder de la tecnociencia que construyó armas de destrucción en masa y de devastación de la biosfera y de la propia sobrevivencia de la especie humana, nos está llevando a un impase sin precedentes. O cuidamos o pereceremos. El cuidado asume una doble función de prevención de daños futuros y de regeneración de daños pasados. El cuidado posee ese don: refuerza la vida, atiende a las condiciones físico-químicas, ecológicas, sociales y espirituales que permiten la reproducción de la vida, y de su ulterior evolución. Lo correspondiente al cuidado, en términos políticos es la «sostenibilidad» que apunta a encontrar el justo equilibrio entre el beneficio racional de las virtualidades de la Tierra y su preservación para nosotros y las generaciones futuras. Tal vez aduciendo la fábula del cuidado, conservada por Higino (+17dc.), bibliotecario de César Augusto, entendamos mejor el significado del ethos que cuida.

«Cierta día, Cuidado tomó un pedazo de barro y lo moldeó con la forma del ser humano. Apareció Júpiter y, a pedido de Cuidado, le insufló espíritu. Cuidado quiso darle un nombre, pero Júpiter se lo prohibió, pues quería ponerle nombre él mismo. Comenzó una discusión entre ambos. En ésas, apareció la Tierra, alegando que el barro era parte de su cuerpo, y que por eso, tenía derecho de escoger el nombre. La discusión

se complicó, aparentemente sin solución. Entonces, todos aceptaron llamar a Saturno, el viejo Dios ancestral, para ser el árbitro. Este decidió la siguiente sentencia, considerada justa: «Tú, Júpiter, que le diste el espíritu, recibirás su espíritu, de vuelta, cuando esta criatura muera. Tú, Tierra, que le has dado el cuerpo, recibirás su cuerpo, de vuelta, cuando esta criatura muera. Y tú, Cuidado, que fuiste el primero en moldear la criatura, la acompañarás todo el tiempo que viva. Y como no ha habido acuerdo sobre el nombre, decido yo: se llamará «hombre», que viene de «humus», que significa tierra fértil».

Esta fábula está llena de lecciones. El cuidado es anterior al espíritu infundido por Júpiter y anterior al cuerpo prestado por la Tierra. La concepción cuerpo-espíritu no es, por tanto, original. Original es el cuidado «que fue el primero que moldeó al ser humano». El Cuidado lo hizo con «cuidado», con celo y devoción, o sea, con una actitud amorosa. Él es anterior, el «a priori» ontológico que permite que el ser humano surja. Esas dimensiones entran en la constitución del ser humano. Sin ellas no es humano. Por eso se dice que el «cuidado acompañará al ser humano todo el tiempo que viva». Todo lo que haga con cuidado estará bien hecho.

El ethos que cuida y ama es terapéutico y liberador. Sana llagas, despeja el futuro y crea esperanzas. Con razón dice el psicoanalista Rollo May: «en la actual confusión de episodios racionalistas y técnicos, perdemos de vista al ser humano. Debemos volver humildemente al simple cuidado. El mito del cuidado, solo él, nos permite resistir al cinismo y a la apatía, dolencias psicológicas de nuestro tiempo».

BIBLIOGRAFÍA

1. www.nodo50.org/carlosmarx/spip/article.php3?id_article=27 (6-02-2009).
2. <http://leonardoboff.com/site-esp/bio/biografia.htm>
3. <http://servicioskoinonia.org/boff/articulo.php?num=023> (6-02-2009).

FIDEL DELGADO

Psicólogo Clínico. Especialista en Psicología Hospitalaria

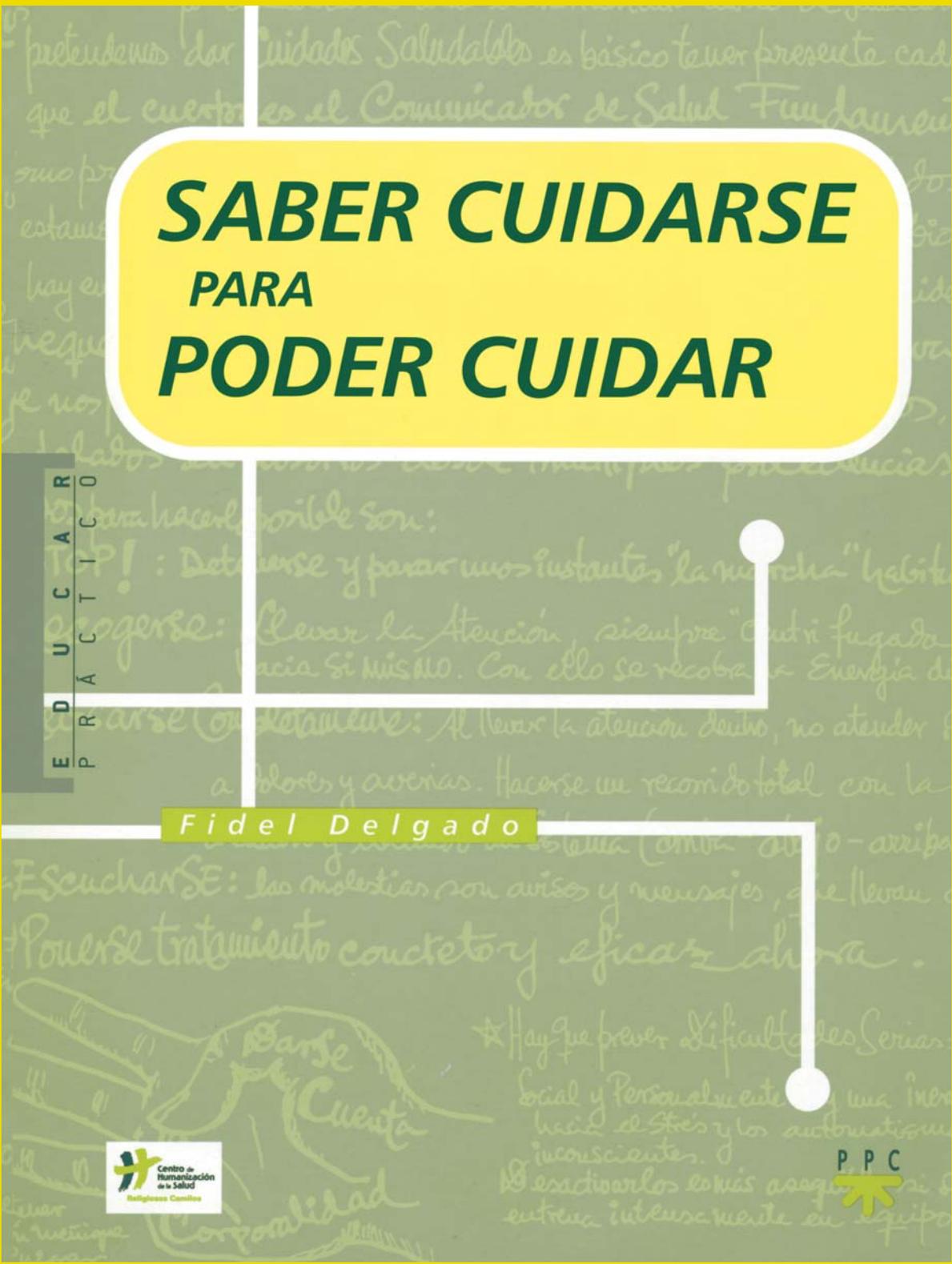
SABER CUIDARSE PARA PODERER CUIDAR

E
D
U
C
A
R
P
R
Á
C
T
I
C
O

Fidel Delgado



PPC



Cuidate Cuidador

La Experiencia de la Vida
 Solemos condensarla en frases,
 aforismos y sentencias.
 El crecer de nuestra Comprensión
 sobre la Salud y el Sanar
 queda reflejado en nuestras expresiones.
 Podemos darnos Cuenta
 de nuestra evolución
 Valorando desde la experiencia propia
 las siguientes sentencias.

No van firmadas para que la autoridad
 del autor no te influya en el puntuar.
 Puedes simplemente leerlas despacio.
 También puntuarlas al estilo de los
 test tradicionales: Pones un 0 si
 estás en total desacuerdo. O un 10
 si lo consideras verdadero completamente.
 Otro modo muy útil de usarlas es.
 Imaginar (parati) o comentar con
 otros cómo argumentarías o
 desarrollarías cada frase, su
 verdad o falsedad..
 Adelante y... Disfrútalo! ✨

Los pensamientos pueden
 enfermar el cuerpo.
 No se le puede curar
 a quien no quiere ser curado.

El que sufre es porque quiere.

El dolor no se contagia;
 el sufrimiento sí.

Mucha Sabiduría puede
 cosecharse del sufrimiento.

Si no me miro...
 soy memo.

Molestias, dolores, enfermedades
 son señales de que un organismo
 funciona bien

Si no has comprendido algo
 contra enfermedad,
 aún no has sanado.

El remedio del Sufrimiento
 se encuentra en la Sabiduría.

El código secreto de sanar
 está en tu poder.

Los Recursos Básicos de sanar
 los regala la Vida
 a todo el mundo.

Sanar es mucho más
 que suprimir los síntomas.

Se puede estar lleno de dolores
y a la vez en Paz.

El tumor del Amor
es el temor.

"Tócate los pies" puede ser
una prescripción a certada salud.

Escuchar y Sonreír
alivian todo sufrir.

Más enfermedades se curan
soltando algo
que tomando algo.

Cuanto más sabes....
menos manipulas.

Conocer que llega la muerte
es una suerte.

No hacer Nada
puede ser la mejor actuación.

Bienaventurados
los que sufren.

"Todo es UNO" es
la solución última
a todo conflicto.

Es de pena vivir
de dar pena.

Si contacte 20 puntos o más.
Sulphureum. En tonic estis
obviamente. Ahora conviene
revisar las prácticas diarias.
Ahí las cosas pueden
dejar en el arte de Vivir
guar, come pais, Goutur
Bst. Confio, Pero Guillo
o mismanente ti, si resque
tu experiencia Vida.

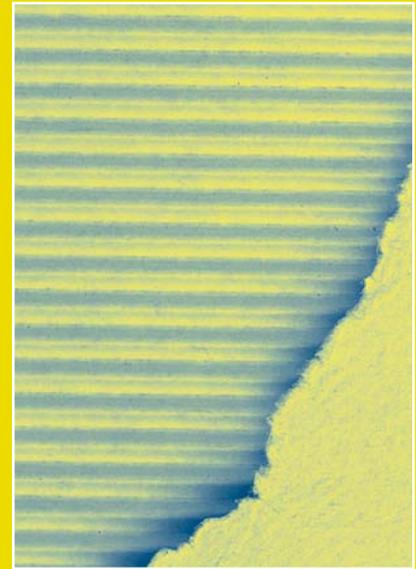


Apunte 20 puntos más
buscar y buscar
Oste Cuarta
de otro de tu ideas fluidas.
Sura los puntos obtenidos.
* Si no llegas a 100
puede que patañaras con
al jurisco y con un "suefianus".

Examen
de Resultados

Protocolos de actuación

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA INTERVENCIÓN DE CATARATA



LUIS FERNANDO MANCHÓN LÓPEZ.

Enfermero de Quirófano. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

MARÍA CRISTINA SERRANO BERITENS.

Enfermera de Quirófano. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Contacto

Luis Fernando Manchón López.
Pilar Gascón, 1, 3º C. 50014 Zaragoza.

María Cristina Serrano Beritens.
Illueca, 4, 6º D. 50008 Zaragoza.

Fotografías tomadas en la Unidad Quirúrgica del Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza, 2008.

RESUMEN

La intervención de catarata es un proceso médico complejo que consiste en la extracción del cristalino y su sustitución por una lente artificial, con el fin de recuperar la visión. Enfermería tiene sin duda una gran responsabilidad a la hora de preparar, adecuar y asistir esta técnica, pues es nuestra responsabilidad preparar el quirófano y el material necesario para la intervención, así como la comprobación de que los aparatos del mismo funcionen correctamente, sin olvidarnos de conseguir que el paciente se encuentre en todo momento tranquilo y bien asistido. En este artículo se describe la preparación y realización de esta técnica por parte del personal de enfermería, se hace una revisión de los materiales necesarios, así como del personal, procedimiento y preparación del paciente.

PALABRAS CLAVE

Catarata, visión borrosa, visión doble, cristalino, ceguera.

ABSTRACT

The intervention of cataract is a medical complex process that consists of the extraction of the crystalline one and his substitution for an artificial lens, in order to recover the vision. Infirmery has undoubtedly a great responsibility at the moment of preparing, adapting and to represent this technology, since it is our responsibility to prepare the operating room and the material necessary for the intervention, as well as the checking of which the devices of the same one work correctly, without forgetting to obtain that the patient is at all time calm and assisted good. In this article there is described the preparation and accomplishment of this technology on the part of the personnel of infirmery, there is done a review of the necessary materials, as well as of the personnel, procedure and preparation of the patient.

KEY WORDS

Cataract, blurry vision, double vision, crystalline, blindness.

INTRODUCCIÓN

La operación de cataratas consiste en la extracción de la parte del cristalino que está opacificada para devolver la visión al ojo. En general se entiende a su sustitución por una lente artificial que se coloca en el mismo sitio que el cristalino original (lente intraocular).

El tipo más frecuente de catarata se relaciona con la edad avanzada aunque también puede aparecer en niños o ser hereditaria. Existen otras causas relacionadas con: agresiones externas, traumatismos, asociadas a enfermedades generales (diabetes...), radiaciones ultravioletas o abuso de fármacos.

SÍNTOMAS

- Visión borrosa.
- Deslumbramiento ante luces intensas o cambios de luminosidad.
- Los colores se van desvaneciendo, se ven de manera diferente.
- Visión doble con un solo ojo.
- Cambios frecuentes en la graduación de sus gafas.
- Una mejoría temporal de la vista en personas que necesitan gafas para ver de cerca.

RESULTADO Y COMPLICACIONES

El resultado de la cirugía es óptimo. Tiene muy pocos riesgos; el periodo de convalecencia y el dolor son mínimos y la mejoría de la visión es notable. Las posibles complicaciones de la operación de cataratas son:

- Tensión elevada del ojo.
- Infección.

- Que se dañe o se desplace la lente artificial.
- Desprendimiento de retina.
- Inflamación.
- Que se nuble la córnea.
- Ceguera.

PREPARACIÓN DE QUIRÓFANO

La realización de la cirugía hace necesario equipar el quirófano con los instrumentos necesarios para el cuidado del enfermo.

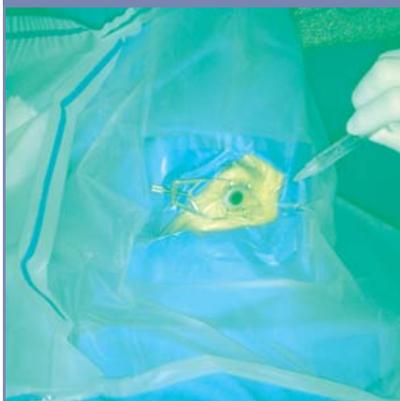
- **Mesa quirúrgica.**
- **Torre de anestesia:** aunque la intervención se realiza con anestesia local debemos preparar todo lo necesario para intubar al paciente en caso de complicación: mascarilla facial N° 4 si es mujer y del N° 5 si es hombre, laringoscopio, tubo de guedel, tubo endotraqueal y el aspirador.
- **Monitor:** siempre hay que monitorizar al paciente para controlar el ECG, la saturación de oxígeno y la frecuencia cardíaca.
- **Medicación necesaria:** dormicum (para sedar al paciente) y atropina (por si hubiese alguna variación de la frecuencia).
- **Microscopio:** consiste en un sistema binocular de aumento con un pedal con el que trabajan que se coloca a la izquierda de la silla del oftalmólogo.
- **Faco infiniti:** aparato que tiene componentes para vibración ultrasónica, irrigación y aspiración, que permite realizar la extracción extracapsular a través de una incisión muy pequeña en el limbo corneal. Todas sus funciones se controlan a través de un pedal que se coloca a la derecha de la silla del oftalmólogo.
- **Silla.**
- **Mesa instrumental.**

PREPARACIÓN DEL CAMPO ANATÓMICO

- En el lugar de acogida del paciente se le dilata la pupila con colirios de Atropina, Fenilefrina y Tropicamida. Para administrar gotas oculares hay que lavarse las manos; identificar el medicamento, ojo y paciente correspondiente al procedimiento; inclinar la cabeza hacia atrás, que mire hacia arriba. Colocar la gota en la cara interna del párpado inferior; secar con suavidad el exceso de líquido; y en cada paciente usar un nuevo frasco. Se le toman las constantes y se le transmite un ambiente tranquilo y relajado, pudiendo administrarse alguna benzodiacepina si se precisa.
- Una vez en quirófano se coloca la cabeza apoyada en un rodete, se sujeta a la mesa quirúrgica con una cinta adhesiva sobre la frente para evitar la movilidad y proporcionando siempre confort al paciente.
- Se anestesia el ojo con colirio anestésico y se desinfecta con colirio de povidona oftálmica; los párpados y zonas periorbitaria con povidona yodada que se pincela desde la parte central progresando a la periferia de párpado y cejas, se hace siempre con el ojo cerrado para evitar que la solución antiséptica entre en el ojo.
- Se mantiene cerrado el ojo que no vaya a ser intervenido con un adhesivo.
- La cobertura con paños estériles y el paño perforado producen "sensación de asfixia". Para evitarlo, se aporta oxígeno por un fino tubo de plástico, que acoplamos a un dispositivo que depositamos en el pecho del paciente.
- Se cubre con paños estériles debajo de la cabeza, el cuerpo, la cara y el ojo sano.
- El ojo a intervenir se rodea con paño fenestrado y se debe mantener el ojo irrigado durante toda la intervención. (Ver Foto 1).



Foto 1.



MATERIAL NECESARIO

Material

- Caja de instrumental faco.
- Campo.
- Paquete de gasas.
- Suero fisiológico de 100 cc.
- Jeringas luer de 2, 5 y 10 cc, aguja de cargar.
- Cuchilletes de 30° y 3.0°.
- Cistotomo, cánulas desechables.
- Duovisc (viscolástico).
- Equipo de infiniti.
- Pieza de mano.
- Aspirador.
- Cargador de lente.
- Cartucho de lente.
- Capuchón azul y goma de vacío.
- Aguja (recta o Flared).
- Llave.
- Apósito blando y protector rígido.
- Suero Fisiológico de 500 cc con Adrenalina.

Si es preciso

- Caja de catarata.
- Nylon 10/0.

- Acetilcolina.
- Tinte azul.
- Retractores.

DISTRIBUCIÓN DE LA MESA

En la parte superior y de izquierda a derecha:

- Blefarostato y tijera.
- Pinza universal y cuchillete fino (30°).
- Anestesia (en jeringa de 2 cc, un cm de suero y uno de Lidocaina al 2%).
- Visco amarillo (purgar la cánula).
- Pinza de lente y cuchillete angulado (3.0°).
- Cistotomo (en jeringa de 5 cc con suero).
- Pinza de capsulorhexis.
- Tennant (Nucleus Manipulator).
- Espátula y aspirador.
- Visco blanco (purgar cánula).
- Cargador de lente.

Foto 2.



PASOS DE LA CIRUGÍA

- Preparar al paciente (monitorizar, colocar gotas de anestésico y betadine, pintar zona externa con el ojo cerrado, ya que el betadine sin diluir es irritante).
- Preparar el aparato de faco, poner funda de mesa de mayo, colocar el

cartucho y unir los extremos, la circulante conecta el gotero al suero fisiológico de 500 cc con Adrenalina y purga el sistema.

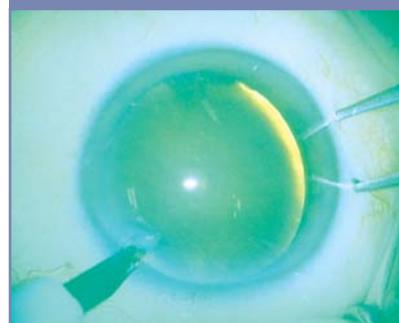
- Se monta la pieza de mano con la aguja (Flared o recta), y el capuchón azul, y se conecta a los extremos del sistema una vez purgado.
- Se llena la goma de vacío con suero fisiológico del sistema y se introduce la pieza de mano para realizar el test de pieza de mano.

Foto 3.



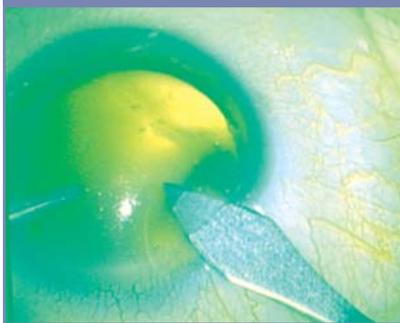
- Colocar campo quirúrgico (con la tijera cortan el campo de plástico y ponen el blefarostato).
- El oftalmólogo se coloca el microscopio y después se cambia de guantes.
- Realizan el corte fino con cuchillo de 30° y sujetando el ojo con la pinza universal.

Foto 4.



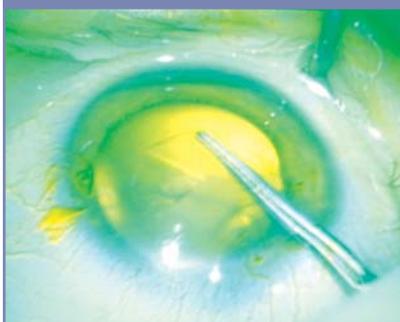
- Por el corte fino introducen el anestésico (lidocaína al 1%) y el visco amarillo.
- Realizan corte ancho con cuchillo angulado y sujetando el ojo con pinza de lente.
- Rasgan la cápsula del cristalino (la rexis) con el cistotomo.

Foto 5.



■ Con la pinza de cápsulorhexis quitan un círculo de la cápsula del cristalino. Mientras tanto cambiamos el cistotomo de la jeringa de 5 cc y ponemos una cánula fina.

Foto 6.



■ Con la jeringa de 5 y la cánula hidratan entre el cristalino y su cápsula para desprenderlo.

■ Trabajan con la pieza de mano y el Tennant, y cuando quedan pocos restos de cristalino pasan al aspirador y la espátula. Momento en el que se echa la lente al campo.

Foto 7.

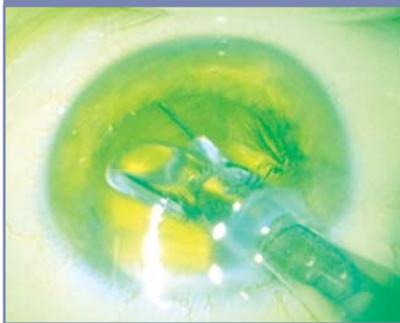


■ Preparan el campo con visco blanco para alojar la lente dentro de la cápsula del cristalino, ahora vacía. Mientras, la instrumentista

carga la lente en el cargador, previamente preparado con suero en el interior y visco para envolver la lente.

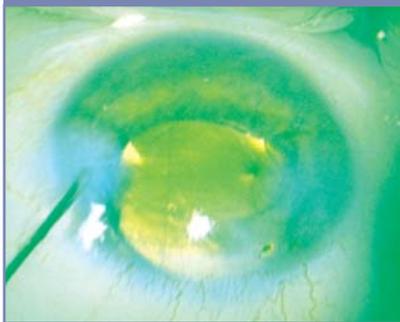
■ Introducen la lente.

Foto 8.



■ Hiperhidratan la esclera con la jeringa de 5 cc y la cánula fina.

Foto 9.



■ Antes de la oclusión del ojo se aplica colirio de Betadine y colirio antibiótico Oftalmowell.

■ Ocluimos el ojo con el parche oftálmico y con un protector rígido.

REGISTRO Y ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA TRAS LA OPERACIÓN DE CATARATA

Se debe registrar la actividad realizada, la hora, el profesional que la ha llevado a cabo y material implantado, así como las recomendaciones que creamos necesarias: es imprescindible el reposo, el enfermo debe yacer tranquilo según la prescripción del médico, los esfuerzos o movimientos de cabeza deben suprimirse lo más posible;

dosificación de colirios antibióticos; los esfuerzos (defecación, tos, estornudos, etc.) deben ser evitados a raíz del peligro que suponen y citación para revisión tras la intervención quirúrgica.

Debemos comprobar que el material utilizado es desechado en los contenedores a tal fin o es procesado (limpieza y desinfección adecuada) si es reutilizable.

Nos aseguraremos además de que la habitación donde se ha realizado la actividad queda en las debidas condiciones de orden y seguridad.

BIBLIOGRAFÍA

- www.tuotromedico.com
- www.dr-simon.net
- www.oftasoler.es
- www.biboz.net
- Ruth Fuller, J. *Instrumentación quirúrgica, principios y práctica*. Editorial Panamericana, 1995.
- Quevauvilliers, J; Perlemuter, L; Fourrier, B; Michez, E. "Cuadernos de la enfermera". *ORL-Oftalmología* n° 14, Editorial Toray-Masson, S.A. 1980.
- Mollwich, F; Verbeck, B. *Oftalmología para enfermeras*. Salvat editores. S.A. 1982.
- *Catálogo General Oftalmología*. Ethicón-Oftalmología.



Protocolos de actuación

VALORACIÓN DEL IMPACTO SOCIO-SANITARIO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN EL ANCIANO A TRAVÉS DE UN CASO CLÍNICO: MEDIDAS PREVENTIVAS E HIGIÉNICAS DESDE UNA FACETA ENFERMERA

RAÚL JUÁREZ VELA.

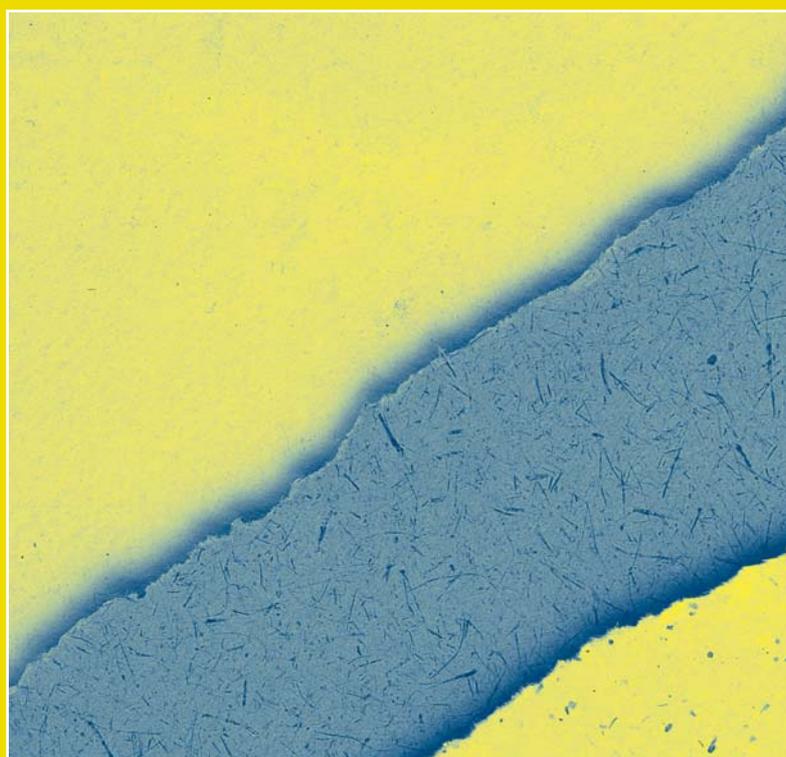
Diplomado en Enfermería
por la Universidad de Salamanca.
Experto Universitario en
Gestión de Servicios Sanitarios y
Gestión de Servicios de Enfermería
por la Universidad "Alfonso X El Sabio".
Centro de Salud de Luna (Zaragoza).
Atención Primaria Sector I.

MARÍA ISABEL ROMO SANZ.

Diplomada en Enfermería.
Profesora de la Escuela Universitaria de Enfermería
y Fisioterapia de la Universidad de Salamanca.
Centro de Salud de Pizarrales. Sanidad de Castilla León
(Sacyl). Salamanca.

CRISTINA FALCES OLIVEROS.

Diplomada en Biblioteconomía y Documentación.
Profesora Titular de Bibliotecas y Archivos de SEAS.
Fundación San Valero. Zaragoza.



INTRODUCCIÓN

■ La Incontinencia Urinaria (IU) es la manifestación clínica más frecuente, en relación con la patología del tracto Urinario Inferior que se presenta en el anciano.

■ Se define, como la pérdida involuntaria de orina, lo cual origina un problema higiénico, psíquico y/o social, para la persona que lo sufre pudiendo desarrollar una limitación de su actividad y relación, siendo además un problema demostrable objetivamente ³.

■ La prevalencia de la Incontinencia Urinaria variará en relación con el nivel asistencial que estudiemos. Se estima que un 10-20 % de los ancianos en régimen extrahospitalario (Comunitario) presentan Incontinencia Urinaria, elevándose a un 35-40 % en las Unidades de Agudos, y un 50-60 % en Residencias.

■ La IU repercute negativamente sobre muchos aspectos de la vida del anciano, como en el aspecto físico con la aparición de úlceras perineales, infecciones y sepsis. En el aspecto psíquico, existe una mayor tendencia al aislamiento, a la depresión, lo cual condiciona un mayor grado de dependencia y en el ámbito socio-económico supone un mayor número de ingresos hospitalarios, aumentando el riesgo de complicaciones y el coste económico.

■ La valoración del anciano incontinente debe iniciarse con una completa anamnesis, para continuar con una exhaustiva exploración física, estudios complementarios (analíticas, radiología, etc.), datos, que permitirán al profesional de enfermería una atención integral e integrada del paciente con esta patología.

OBJETIVOS

1 Evaluar el impacto socio-sanitario de la Incontinencia Urinaria en el Anciano, siguiendo un *método científico*.

2 Objetivar las posibles complicaciones físico-psíquicas que repercuten negativamente en la vida del anciano.

3 Valorar los distintos requisitos necesarios para mantener la continencia urinaria.

4 Establecer las medidas *preventivas e higiénicas* necesarias para asegurar una completa calidad de vida en el anciano.

MATERIAL Y MÉTODOS

■ El criterio de inclusión del paciente que presentamos se sigue según la taxonomía NANDA/NIC/NOC en Cuidados de Enfermería en el Anciano con alteraciones urinarias.

■ Se hace una valoración individualizada del paciente, tanto de las características de la incontinencia como de las repercusiones que ésta produce en el anciano y en su entorno.

■ Se objetiva y cuantifica el tipo de IU, así como la intensidad, frecuencia de los episodios, acontecimientos desencadenantes, y síntomas y enfermedades concomitantes.

■ Se utiliza así mismo registros de incontinencia, conocidos como diarios miccionales o registros de frecuencias que nos orientaran sobre la intensidad, urgencia, desencadenantes, horario, etc.

CONCLUSIONES

■ La utilización de las diversas medidas preventivas, y la protocolización de las acciones enfermeras que proponemos, conlleva a la evaluación socio-sanitaria de la problemática que la IU provoca en el anciano, así como a establecer las medidas higiénicas-sanitarias encaminadas a la no aparición de complicaciones físicas y psíquicas.

PALABRAS CLAVES KEY WORDS

Incontinencia, Medidas Preventivas e Higiénicas, Complicaciones.

LA HISTORIA CLÍNICA Y PLANES DE CUIDADOS

■ La historia clínica, como conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones, e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial ⁴, es un instrumento o herramienta básica del personal de Enfermería, donde se constatan las actuaciones y las reflexiones realizadas en el ejercicio Enfermero.

■ Las nuevas tecnologías de la información han permitido, que la historia clínica del estudio que a continuación presentamos, quede vinculada al programa de gestión de historias clínicas OMI-AP, para una gestión integral e integrada del paciente que recibe los cuidados de Enfermería en la Incontinencia Urinaria.

1

Situación Contextual

■ El caso clínico que a continuación presentamos es el de un paciente de 78 años de edad, encamado desde el 2006 y con una demencia tipo Alzheimer de 5 años de evolución.

■ Cumple criterios de inclusión en el *protocolo de Inmovilizados*² debido a:

1 Pasar la mayor parte de su tiempo en la cama (sólo puede abandonarla con la ayuda de otras personas).

2 Ser una persona con dificultad importante para desplazarse, al presentar un problema físico y psíquico.

2

La Captación

■ La captación ha sido realizada, por el personal de Enfermería a partir del análisis de las necesidades como:

1 La demanda familiar de cuidados de Enfermería para la Incontinencia Urinaria.

2 De las actividades de los miembros del equipo (consulta médica, y avisos domiciliarios).

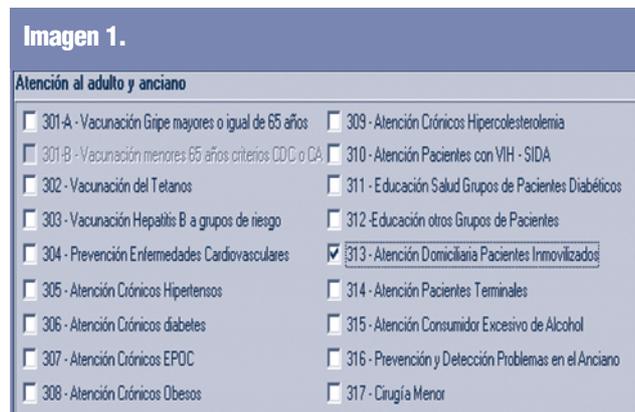
3 De los Informes derivados de la Atención Especializada: Altas hospitalarias y revisiones.

3

La Primera Visita Realizada

■ La primera visita realizada al paciente, ha sido por la Enfermera debido al hecho de que la naturaleza del problema demandado por el paciente eran cuidados de enfermería para la Incontinencia.

■ Se ha realizado una valoración integral del paciente y su entorno, abriendo los registros pertinentes para la inclusión en el protocolo de IU e inmovilizados, así como la asignación de los servicios demandados.



■ Los datos de la Anamnesis son:

3.a

Patrón de Percepción y Mantenimiento de la Salud

Antecedentes Personales y Familiares

■ Padres muertos.

■ Hermanos: 2. Vivo 1. Muerto 1.

■ Cónyuge: Sano. Actualmente es la que se ocupa de su cuidado.

Antecedentes Personales y Estado relativo de Salud

■ **Antecedentes Patológicos.** Neumonía por aspiración, Úlceras por Decúbito.

■ **Estado relativo de Salud.** Mal estado general. Consciente. No responde a estímulos orales. Encamado en posición semifetal con palidez de piel y mucosas. Hipoventilación en tratamiento con oxígeno terapia.

3.b

Patrón de Percepción y Mantenimiento de la Salud

La Alimentación

■ El paciente es totalmente dependiente de su cónyuge para su alimentación. Alimentación enteral por sonda nasogástrica. Se le aportan complementos dietéticos así como comidas y batidos hiperproteicos.

■ No tiene reflejo de deglución. Incapaz para usar cualquier instrumento.

■ En la escala de detección para la malnutrición² se le asigna la siguiente puntuación:

PROBLEMA NUTRICIONAL	PUNTAJACIÓN
Tiene enfermedad que le ha hecho cambiar la cantidad de alimento que come	Del 0 al 2: 2
Realiza menos de dos comidas al día	Del 0 al 3: 0
Come pocas frutas, verduras y lácteos	Del 0 al 2: 0
Toma 3 vasos de vino, cerveza o licor al día	Del 0 al 2: 0
Tiene problemas en la boca o en la dentadura que le causen dificultad al comer	Del 0 al 2: 2
En ocasiones le falta en dinero para comprar lo que necesita	Del 0 al 2: 0
Come solo la mayor parte del tiempo	Del 0 al 1: 0
Toma mas de tres fármacos prescritos al día	Del 0 al 1: 1
Sin pretenderlo ha perdido o ganado 5 kilos en los últimos 6 meses	Del 0 al 2: 2
En ocasiones es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse por sí mismo	Del 0 al 2: 2

La escala clasifica la puntuación con un grupo de riesgo: 0-2: Bien; 3-5: Riesgo Moderado; 6 ó Más: Alto Riesgo.

La clasificación que hacemos para este paciente es de **Alto Riesgo**.

■ El ritmo intestinal está alterado. El paciente no controla los esfínteres. Hay periodos de estreñimiento a los cuales se le suman periodos de diarrea, en muchas de las ocasiones como efecto secundario a la antibioterapia. Se le aporta documentación y consejos sobre alimentación:

Imagen 2.

- Consejos sobre alimentación
- Consejos sobre ejercicios/movilización
- Cons./infor. Medicación
- Información sobre situación/enfermedad
- Consejo prevención accidentes
- Consejo prevención-cuidado úlceras
- Consejo higiene personal

Imagen 3.

LECHE O DERIVADOS: hasta los 18-20 años debe tomarse diariamente en cantidades que oscilan alrededor de 1 litro. En el adulto las cantidades deben ser menores (1/2 litro), excepto en periodos de embarazo, lactancia y menopausia que será de 1 litro.

CARNE: la cantidad de 100-125 g. para el adulto y de 10-15 g. por año de edad para los niños, tres veces por semana, pueden considerarse correctas. Incluir fambres magros (jamón, pavo...).

PESCADO: el consumir pescado, 100-150g., al menos 4 veces por semana es bueno para nuestras arterias. Tomar pescados azules.

En general se aconsejan 2 raciones de carne o pescado (100g. 2 veces/día) o su sustitución por el equivalente en huevos (2) al día. El día que se consuman legumbres, sobre todo si se acompañan de arroz, para aumentar el valor biológico de sus proteínas, una ración de legumbres puede sustituir a una de las 2 raciones de carne o pescado de ese día.

HUEVOS: en las personas sanas es adecuado tomar unos 4 huevos/semana. Si se tiene tendencia a tener el colesterol alto, se debe limitar la ingesta de yemas a 2-3 a la semana. Pasados los 35 años debemos limitar el consumo de yemas por el alto contenido en colesterol de éstas.

LEGUMBRES: consumir 2 ó 3 veces por semana es aconsejable y correcto.

FRUTAS Y VERDURAS: consumir verduras hervidas al menos 2-3 días por semana, ensaladas diariamente y frutas de 2-3 piezas por día (al menos una que sea un cítrico).

PAN: si es posible integral, unos 200-350g. / día. En caso de consumir pastas u otros féculas disminuir la cantidad.

ARROZ y PASTAS: unas 3 veces a la semana.

AZUCAR: unos 30 g. día.

ACEITE: unas 5 cucharadas soperas día (50 g.).

3.c

Urinaria

Valoración del Sistema Genitourinario del Paciente

- Se debe
- **Incontinencia total de esfínter urinario.** Sondaje vesical permanente con sonda vesical de silicona. Frecuencia, color y cantidad relativamente normal. Uropatía obstructiva por supuesto cáncer de próstata.
- En la escala de valoración funcional (EVA), los ítems correspondientes al patrón de eliminación son los siguientes:

Aseo-Higiene	
Descripción	Puntos
No puede realizarlo por sí mismo	3
Eliminación Intestinal y Vesical	
Descripción	Puntos
Siempre incontinente, con compresas y ayuda	3
Siempre incontinente sondaje y ayuda	3
PUNTAJACIÓN DE LOS BLOQUES	
Dependencia total - Suplencia	9

■ En la **escala de Barthel**, la puntuación para los patrones anteriormente indicados son los siguientes:

Imagen 4.

CAGE | BARBER | PFEIFFER | INDICE DE BARTHEL

BAÑO	DEPENDIENTE	0/5	(Independiente = 5 , Dependiente=0)
VESTIDO	DEPENDIENTE	0/5	(Independiente = 10 , Dependiente=0 Ayuda=5)
ASEO PERSONAL	DEPENDIENTE	0/5	(Independiente = 5 , Dependiente=0)
USO DEL RETRETE	DEPENDIENTE	0/5	(Independiente = 10 , Dependiente=0 Ayuda=5)
USO DE ESCALERAS	DEPENDIENTE	0/5	(Independiente = 10 , Dependiente=0 Ayuda=5)
TRASLADO SILLA/CAMA	DEPENDIENTE	0/5	(Indp = 15 , Min Ayuda=10 GtAyuda=5,Dep =0)
DEAMBULACION	DEPENDIENTE	0/5	(Indp = 15 , Ayuda=10, Indp S/Ruedas=5,Dep =0)
MICCIÓN (Ur. Semana)	INCONTINENTE	0/5	(Conti = 10 , Inc Ocasional=5, Incont =0)
DEPOSICIÓN (Ur. mes)	INCONTINENTE	0/5	(Conti = 10 , Inc Ocasional=5, Incont =0)
ALIMENTACION	DEPENDIENTE	0/5	(Independiente = 10 , Dependiente=0 Ayuda=5)

La incapacidad funcional se valora como:
 -Severa <45 Moderada 60 a 80
 -Grave 45 a 59 Ligera > 80

Puntuación Total:

3.d

Patrón de Actividad y Ejercicio

Actividades de la vida diaria

- El paciente no deambula ni realiza ninguna actividad de la vida diaria.
- En la escala de Barber, tiene una puntuación de 6.

Imagen 5.

CAGE | BARBER | PFEIFFER | INDICE DE BARTHEL

Sólo se marcan las constataciones afirmativas (cada una un punto)

- ¿Vive solo?
- ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
- ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
- ¿Necesita de alguien que le ayude a merendar?
- ¿Le impide su salud salir a la calle?
- ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valer por sí mismo?
- ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
- ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
- ¿Ha estado ingresado en el Hospital en el último año?

Puntuación total:

3.e

Patrón Cognitivo / Perceptivo y Mental

Imagen 6.

MINIEXAMEN COGNOSCITIVO (LOBO)

Orientación
 Dígame el día..... fecha..... mes..... estación..... año
 Dígame dónde se encuentra.....ciudad..... provincia..... nación

Atención
 Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana
 Repetirlas hasta que las aprenda

Concentración y cálculo
 Si tiene treinta pesetas y me va dando de tres en tres, ¿cuántas le van quedando?
 Repita 2-0-2 hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás

Memoria
 ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?

Lenguaje y construcción
 Muestre un bolígrafo: "¿Qué es esto?" Repetirlo con un reloj
 Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros".
 "Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?"
 "¿Qué son el rojo y el verde?"
 "¿Qué son un perro y un gato?"
 "Corta este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo".
 "Escriba una frase cualquiera"

CIERRE LOS OJOS

"Cople este dibujo":

	Oído	Vista	Gusto	Tacto	Olfato
Capacidades Sensoriales	Reacciona a los cambios bruscos en la Audición (Susurrar - Gritar)	Aunque ve a las personas no fija la mirada	Debido a que la Alimentación es enteral por SNG este ítem no es valorable	Reacciona a la textura de los tejidos	No se puede valorar este ítem debido a su estado mental
	Lenguaje	Memoria			
Funciones Cognitivas	El paciente dice palabras aisladas. No es capaz de articular frases.	Demencia tipo Alzheimer. No se realiza el cuestionario de Pfeiffer al no proceder debido a la patología que tiene. Tampoco se realiza en examen Cognoscitivo de Lobo ² (ver imagen 16) por el grado de Alzheimer, el cual hace que no sea valorable			
Conocimientos	El paciente tiene estudios elementales y Primarios según su cónyuge.				
Rol y Relaciones	Vive con su mujer. Actualmente su cónyuge tiene contratado un servicio de ayuda a domicilio debido a que por su edad no puede físicamente con su marido.				

4

Los Planes de Cuidados

■ Los planes de cuidados que corresponden a la historia clínica, son los que se agrupan dentro del programa OMI-AP, para gestión de historias clínicas.

4.a

Plan de cuidados de Enfermería en la Exploración

Podemos diferenciar dos tipos de cuidados Enfermeros:

Cuidados Generales

- Identificar tratamientos adyuvantes que puedan tener incidencias sobre la aparición o deterioro de las lesiones del paciente con Incontinencia Urinaria.
- Instaurar medidas, ayudas mecánicas o personales para mitigar la IU.

Los Diagnósticos de Enfermería

- La esencia de la Enfermería es el cuidado integral del ser humano, siendo el núcleo de actuación las Necesidades Humanas Básicas y las metas de nuestros cuidados la autonomía y el bienestar.
- Debido al hecho de que un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales, y que ellos proporcionan la base para seleccionar las intervenciones (cuidados) destinados a conseguir los resultados que el enfermero estime, en la investigación que presentamos hemos valorado, los problemas urinarios más frecuentes en el anciano tales como: La retención e incontinencia urinaria, así también se ha valorado la alteración de los patrones urinarios, frecuencia, la urgencia miccional, la poliuria y la supresión urinaria.
- Las causas y los diagnósticos médicos más frecuentes de estos problemas son:
 - Una obstrucción en la vía urinaria por crecimiento tumoral, inflamación, trauma local y cálculos.

- Crecimiento Tumoral, sin producir obstrucción total.
 - Cálculos en cualquier localización del tracto urinario.
 - Infección sólo o secundaria a patología concomitante del anciano.
 - Patología sistémica.
- En el caso de Enfermería, podríamos establecer los siguientes diagnósticos:

- NANDA 0016** Deterioro de la eliminación urinaria
- NANDA 0023** Retención urinaria
- NANDA 0021** Incontinencia urinaria total
- NANDA 0020** Incontinencia urinaria de funcional
- NANDA 0017** Incontinencia urinaria de estrés
- NANDA 0018** Incontinencia urinaria refleja
- NANDA 0019** Incontinencia urinaria de urgencia
- NANDA 0022** Riesgo de incontinencia urinaria de urgencia

Cuidados Específicos

■ La actuación/plan de Enfermería, para el cuidado de la IU en nuestro caso es:

A Objetivos para el cuidador (Criterios de resultados)

- El cuidador, identificará los factores que favorezcan la aparición de la Incontinencia Urinaria, la forma de prevenirla y como reducir estos factores.
- El cuidador identificará los signos y los síntomas que preceden a la aparición de las mismas
- El cuidador expresará querer participar en el plan de cuidados

B Actividades de Enfermería para la Incontinencia (Criterios de Procesos)

1. Establecer un horario regular y ayudar a que el paciente lo mantenga.

sigue

continua

2. Regular la Ingestión de líquidos.
3. Aumentar la actividad física.
4. Valorar al paciente en busca de causas agudas de incontinencia, como infección, retención o delirio.
5. Asegurarse que el paciente conoce la situación del retrete, si fuese necesario colocar en la puerta un dibujo con retrete para ayudar al paciente a localizarlo.
6. Valorar la presencia de claves no verbales que señalen la necesidad de orinar.
7. Valorar el modelo de evacuación del paciente y usar la información para planificar un esquema de evacuación.
8. Después de orinar comprobar que esté seca la zona perianal, para ayudar a conservar la integridad cutánea.
9. Valorar el tipo de incontinencia, descartar infección y ver si es tratable.
10. Iniciar la reeducación vesical.
11. Asegurar que dispone de un entorno adecuado para su micción.
12. Aplicar medidas higiénicas para evitar lesiones en la piel.
13. Aplicar dispositivos absorbentes para el control de la incontinencia.
14. Enseñar al cuidador las medidas generales y específicas encaminadas a prevenir la IU.
15. Usar vestidos fáciles de poner y quitar, también quitar los botones y poner cierres y cremalleras.
16. Usar agua y jabón neutro para la higiene perineal. El papel higiénico no se usará.
17. Realizar revisiones periódicas para el control de posibles problemas: control de densidad de orina, sedimento y coprocultivos.

C Actividades de Enfermería para Prevenir las Complicaciones Genitourinarias

El problema más acuciante con respecto a las complicaciones genitourinarias es la incontinencia, así como el vaciado vesical incompleto, ya que pueden favorecer las infecciones urinarias y la formación de cálculos. Es importante:

1. Mantener una adecuada posición en la micción y condiciones de intimidad.
2. Si existe vaciado incompleto recomendar contraer voluntariamente la pared abdominal o ejercer presión manual sobre ella.
3. En caso de incontinencia realizar ejercicios de entrenamiento del detrusor como los ejercicios de Kegel (empezar a orinar y dejar de hacerlo varias veces a lo largo de una evacuación normal).

Las Conclusiones: La Importancia de Enfermería

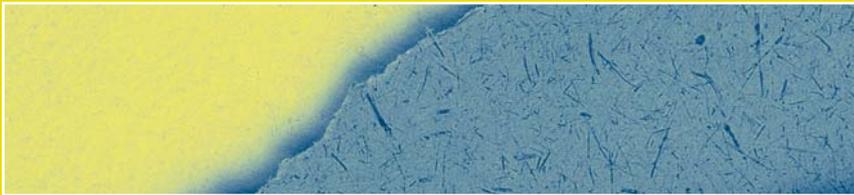
- La IU es un problema infravalorado, e infratratado que repercute en la calidad de vida de las personas. En muchos casos, el Enfermero, mediante la historia clínica, la entrevista de Enfermería, y los test que hemos propuesto en esta investigación, puede llegar al diagnóstico de deterioro de la eliminación urinaria (Nanda 0016).
- En muchas ocasiones la instauración de medidas preventivas e higiénicas desde la consulta de Enfermería, conllevará a un tratamiento rehabilitador que junto

con el tratamiento médico o la derivación al especialista (neurólogo, urólogo, ginecólogo, etc.) supondrá el tratamiento de un problema que en la mayoría de las veces continua siendo una entidad oculta.

BIBLIOGRAFÍA

1. **BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO.** Ley 41/2002 reguladora de la Historia Clínica. BOE de 15/11/2002, nº 274.
2. **GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA.** *Programa de Atención Domiciliaria.* Ed. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca.
3. **SALGADO, A.; GUILLÉN, F.** *Manual de Geriátrica.* Ed. Masson-Salvat Medicina. Barcelona, 1992.
4. **RIBERA, J.M.; VEIGA, F.; TORRIJOS, N.** *Enfermería Geriátrica.* Ed. IDEPSA. Madrid, 1991.
5. **RIVERA CASADO, J.M.; GIL GREGORIO, P.** *Factores de Riesgo en la Patología Geriátrica.* Ed. Médicos, SA. Madrid, 1996.
6. **JIMÉNEZ HERRERO, F.** *Gerontología.* Ed. Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona, 1993.
7. **GERENCIA ATENCIÓN PRIMARIA.** *Guía Metodológica de Enfermería.* Ed. Gerencia de Atención Primaria de Salamanca. 2003.
8. **Internacional Continence Society Committee on Standardisation of Terminology.** Sixth Report on the standardisation of terminology of lower urinary tract function. *Rev. Urodinámica* 1991; 1:77-82.
9. **Abrams, P.; Cardozo, L.; Fall, M.; Griffiths, D.; Rossier, P.; Ulmsten, U.** et al. *The standardisation of lower urinary function. Report from the Standardisation sub-committee of the International Continence Society.* *Neurolo Urolyn* 2002; 21: 167-78.
10. **Sandvik, H.; Hunskaar, S.; Sein, A.; Hermstad, R.; Vanvik, A.; Bratt, H.** "Validation of a severity index in female urinary incontinence and its implementation in an epidemiological survey". *Rev. Epidemiol Community Health* 1993; 47(6):497-9.
11. **Lee, K.S.; Owen, R.E.; Choo, P.W.; Jayaratnam, F.J.** "Urinary incontinence in the elderly". *Med J* 1991; 32(2):161-3.
12. **Brocklehurst, J.C.** "Urinary incontinence in the community; analysis of a MORI poll" (see comments). *BMJ* 1993; 306(6881):832-4. 6. Cot. Yago, JM. *Patología Urológica en el anciano.* Atención Primaria 1992; 10(6):837-842.
13. **Gainza, M.C.; Genua, M.I.; Alustiza, M.L.; Aguirre, I.; Iruñia, M.T.; Velasco, J.J.** "Incontinencia urinaria en el paciente geriátrico. Estudio de prevalencia en cinco hospitales". *Revista AEFH* 1988; XII(4): 267-278.
14. <http://web.usal.es/~acardoso/>

LOS CRITERIOS DE CALIDAD EDITORIAL *LATINDEX* EN EL MARCO DE LA EVALUACIÓN DE LA REVISTA ESPAÑOLA cuidando la salud, EDITADA POR EL COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ZARAGOZA



MARTÍNEZ LOZANO, F.

LONGARES LONGARES, A.C.

MONTÓN SERRANO, A.

DE GREGORIO ARIZA, G.

CONCEPTO DE AUDITORÍA DE SISTEMAS

La palabra auditoría viene del latín auditorius y de ésta proviene auditor, que tiene la virtud de oír y revisar cuentas, pero debe estar encaminado a un objetivo específico que es el de evaluar la eficiencia y eficacia con que se está operando para que, por medio del señalamiento de cursos alternativos de acción, se tomen decisiones que permitan corregir los errores, en caso de que existan, o bien mejorar la forma de actuación.

Se trata de conocer la situación actual, buscar una mejor relación costo-beneficio, incrementar la sa-

tisfacción de los usuarios y asegurar una mayor confiabilidad de la información.

Hemos tomado los criterios de calidad editorial *LATINDEX*, creado en 1995, siendo aceptado como válido por las revistas más prestigiosas. **De los treinta y tres ítem que tiene cumplimos treinta ítem.** De los tres que no cumplimos, se dan dos como incumplidos permanentemente ya que todos conocemos el coste de una auditoría externa y la falta de colaboración sin ánimo de lucro. Con respecto al tercero nos proponemos realizar la mejora a corto plazo.

Como observamos en la tabla posterior cumplimos con los ítem que

establecimos, lo que se aprecia es la escasez de trabajos (cumpliendo las Normas de Vancouver) que el cuerpo de enfermería remite al Colegio para poder completar la revista con éxito anualmente e ir aumentando la calidad de su presencia en España.

Tras este estudio retrospectivo, nos proponemos evaluar la revista sistemáticamente con los treinta y tres ítem que recomienda *LATINDEX*.

También debemos informaros que tras superar numerosas dificultades hemos logrado que **esta revista sea publicada próximamente en formato digital y sirva como referente científico a la comunidad internacional enfermera.**

PARÁMETROS RELATIVOS A LA REVISTA									
CRITERIO	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Mención: cuerpo editorial	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Contenido científico	Artículos originales	3	2	2		5	3	3	3
	Artículos Conceptuales y Técnicos: Artículos de revisión...	4	5	2		3	2	2	5
	Leído en...	0	3	2		1	1	1	1
	Protocolos de Actuación	1	1	1		0	2	3	1
	Actualidad: Artículos breves, Casos clínicos...	2	3	2		2	0	2	2
Antigüedad mínima de un año	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Identificación de los autores	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Lugar de edición	SI	SI	SI	No se edita revista	SI	No se edita revista	SI	SI	SI
Entidad editora	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Mención del Director	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Mención de la dirección de la revista	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Páginas de presentación (Cubierta/portada)	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Mención de periodicidad	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Tabla de contenido	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Membrete bibliográfico al inicio del artículo	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Membrete bibliográfico en cada página	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Miembros del Comité editorial	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Afiliación Institucional: miembros del Comité editorial	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Afiliación de los autores	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Fecha de recepción de los trabajos	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
ISSN	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Definición de la revista	SI	SI	SI	No se edita revista	SI	No se edita revista	SI	SI	SI
Sistema de arbitraje ¹	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Evaluadores externos	No	No	No		No		No	No	No
Autores externos	SI	SI	SI	No se edita revista	SI	No se edita revista	SI	SI	SI
Apertura editorial	No	No	No		No		No	No	No
Servicios de información: Indización...	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Cumplimiento de la periodicidad	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Contenido original	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Instrucciones a los autores	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Elaboración de las referencias bibliográficas	No	No	No		No		No	No	No
Exigencia de originalidad	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Resumen	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Resumen en dos idiomas	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Palabras clave	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Palabras clave en dos idiomas	SI	SI	SI		SI		SI	SI	SI
Nº de trabajos presentados ²	13	20	5	11	6	6	2	5	4
Nº de trabajos publicados ²	10	14	9		11		8	11	12

¹ Son los establecidos en las Normas de Publicación de la revista ² Se incluye el Premio Científico de San Juan de Dios: 1^{er} Premio y Accésit

BIBLIOGRAFÍA

1. <http://resh.cindoc.csic.es/> (acceso 20-01-2009).
2. <http://bibliosevilla.blogspot.com/2007/04/criterios-de-calidad-editorial-latindex.html> (acceso 20-1-2009).
3. **Directorio LATINDEX.** Disponible en: www.latindex.unam.mx/ (acceso 20-01-09).
4. **Difusión y Calidad Editorial de las Revistas Españolas de Humanidades y Ciencias Sociales y Jurídicas.** http://dice.cindoc.csic.es/criterios_latindex_electronicas.php (acceso 20-01-09).
5. **Román Román, A; Vázquez Valero, M; Urdín Camino, C.** *Los criterios de calidad editorial LATINDEX en el marco de la evaluación de las revistas españolas de humanidades y ciencias sociales.* <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?Codigo=286699> (acceso 20-01-2009).



VII Congreso Nacional de Enfermería en Otorrinolaringología

CARRIQUIRI MILIÁN, C.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

ANGUAS GRACIA, A.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

FRACA CARDIEL, J.C.

Mutua de Accidentes de Zaragoza.

MARTÍNEZ LOZANO, F.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

El pasado mes de Octubre se celebró en Tarragona el VII Congreso de ORL siendo de gran interés a nivel profesional y humano. Todas y cada una de las comunicaciones, ponencias y posters, fueron de gran interés profesional, siendo algunas de ellas eminentemente prácticas.

Podríamos destacar la grata conferencia inaugural de Joseph M^a García Rambla sobre los cuidados psicológicos en el paciente oncológico de cabeza y cuello, nos hizo recordar lo importante que para estos pacientes es el apoyo y comprensión de su enfermedad y no solo tratarle profesionalmente.

También la ponencia de Juan J. Sánchez "Magnet en hospital USA", tuvo un impacto enorme, a la par que nos hizo soñar con la posibilidad de que en nuestro país, en algún momento, podamos trabajar con los recursos humanos y mate-

riales como para poder desarrollar una de nuestras principales funciones: *Cuidar al paciente integralmente*. Y la comunicación libre que más nos sorprendió por su creatividad fue la de Antonio Orduña con "Comunicación de necesidades en el paciente laringectomizado" donde ha diseñado un pictograma para facilitar la comunicación con estos pacientes.

Hubo varias participaciones de la enfermería aragonesa, con tema tan sugestivos como:

■ "Importancia de la correcta utilización de la llave de tres vías en vía venosa periférica de perfusión intermitente (vía seca)",

■ "Afecta a la calidad asistencial del paciente de cirugía ORL que el personal sanitario sufra el síndrome de burnout",

■ "Sistemas de mejora y estandarización de cuidados".

41º Congreso Nacional SEPAR

Sociedad Española de
Neumología y C. Torácica

ANGUAS GRACIA, A.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

CARRIQUIRI MILIAN, C.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

FRACA CARDIEL; J.C.

Mutua de Accidentes de Zaragoza.

MARTÍNEZ LOZANO, F.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Cada vez somos más los enfermeros que participamos en las áreas de trabajo de las distintas asociaciones que representan las especialidades quirúrgicas, y esto quedó constatado en el 41 Congreso Nacional de la SEPAR, que se celebró en Tenerife del 30 de Mayo al 2 de Junio de 2008 y cuya área de Enfermería y Fisioterapia ha sido una de las que han experimentado un mayor crecimiento en número de comunicaciones.

Las comunicaciones presentadas por parte de enfermería durante este evento fueron de una calidad excelente.

La representación de Aragón fue defendida por dos poster que tuvieron gran aceptación por parte de los asistentes a su discusión. Ambos realizados por enfermeros del Hospital Universitario Miguel Servet, de los servicios de Cirugía To-

rácica y de Neumología, cuyos títulos fueron

■ "¿Afecta a la calidad asistencial del paciente del servicio de Cirugía Torácica que el personal sanitario sufra el síndrome de Burnout?" que tuvo una gran aceptación por lo novedoso del tema en la SEPAR,

■ y "Adiestramiento en el uso de inhaladores: resultados de un programa de mejora de calidad en enfermería" que supuso una referencia clara de la base de nuestro futuro profesional, integrando la calidad como marco conceptual.

Desde aquí queremos animar a la enfermería aragonesa a desarrollar comunicaciones que ratifiquen cada día la profesionalidad, independencia y seriedad con la que llevamos trabajando durante muchos años.

Congresos, Cursos y Jornadas

■ **IX Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia de la Infancia y Adolescencia como Garantía de la Salud**
Lugar: Santander.
Fecha: 27-28 de mayo de 2009.
Más información: www.enfancia2009.com

■ **V Congreso Nacional de Enfermería Sociosanitaria "Cuidamos el Futuro"**
Organiza: Sociedad Española de Enfermería Sociosanitaria, Gerencia Atención Primaria Albacete y Servicio de Salud de Castilla la Mancha.
Lugar: Albacete.
Fecha: 27-29 de mayo de 2009.
Fecha límite de pósters: hasta el 30 de abril.
Más información: www.enfermeria.sociosanitaria.com

■ **VII Jornadas de Trabajo de la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería**
Organiza: AENTDE.
Lugar: Murcia.
Fecha: 8-9 de mayo de 2009.
Más información: Departamento de Comunicación del Colegio Oficial de Enfermería de Murcia. 968 295 811

■ **XVI Congreso Nacional de Hospitales**
Organiza: SEDISA y ANDE.
Lugar: Cáceres.
Fecha: 2-5 de junio de 2009.
Plazo de recepción de resúmenes: 6 de febrero de 2009.
Más información: www.16congreso.hospitales.org

■ **XXI Congreso Nacional de Enfermería Vascular "Encauzando el Futuro"**
Lugar: Valencia .
Fecha: 18-20 de junio de 2009.
Fecha límite de recepción de resúmenes: 23 de marzo de 2009.
Más información: www.aeev.net

■ **XIII Congreso de la Sociedad Cubana de Enfermería "Gestión del Cuidado. Un Desafío en Busca de la Excelencia"**
Lugar: La Habana, Cuba.
Fecha: Del 29 de junio al 3 de julio de 2009.
Más información: www.enfermeria.sdl.cu, migdalia@palco.cu

■ **Programa de Agentes Jóvenes en Educación para la Salud "Tú Puedes Ser Agente de Salud"**
Lugar: Buitrago de Lozoya, Madrid.
Fecha: 7-11 de julio de 2009.
Más información: www.fundadeps.org

■ **Máster en Bioética**
Organiza: Universidad de Navarra.
Curso: 2009-2010.
Fechas de inscripción: 15/1/09-15/5/2009.
Más información: mbioetica@unav.es www.unav.es/mbioetica

■ **VI Congreso Nacional de Enfermería y Atención Primaria "Del Conocimiento... a los Cuidados"**
Organiza: SEAPA.
Lugar: Oviedo.
Fecha: 1-3 de octubre de 2009.
Más información: www.congreso.faecap2009.com

■ **Saberes culturales en un mundo globalizado.**
IX Reunión Internacional "Investigación cualitativa en salud".
IV Seminario Internacional "Cuidado cultural de la salud".
Lugar: Granada.
Fecha: 19-20 de noviembre de 2009.
Plazo de presentación de comunicaciones: 15 de julio de 2009.
Plazo de inscripción reducida: 30 de septiembre de 2009.
Más información: www.index-f.com, secretaria@ciberindex.com 958 293 304



Cursos.

▼ **Primer Auxilio en Montaña y Zonas Hostiles. Intervención en Accidentes de Tráfico. Auxilio Avanzado en Montaña y Zonas Hostiles. Cartografía, Orientación y Manejo Básico del GPS.**
Información e inscripciones: Ulloa de Salvamento Escuela de Formación
Teléfonos: 981 884 420 - 654 600 044
Fax: 981 884 420
E-mail: info@ulloadesalvamento.com www.ulloadesalvamento.com

BIBLIOTECA

- Biblioteca informatizada con 3.400 volúmenes y 4.300 revistas especializadas.

ACTOS SOCIALES E INSTITUCIONALES

- Celebración de la festividad del Patrón, San Juan de Dios.
- Juramento Deontológico de Nuevos Colegiados y entrega de Insignias de Plata de la Organización Colegial.
- Homenaje a los compañeros jubilados con entrega de placas conmemorativas.
- Apoyo y ayuda, previa aprobación por Junta de Gobierno, a los actos de Bodas de Oro y Plata de las distintas promociones.
- Organización del Día de la Familia de la Enfermería

BECAS Y AYUDAS

- Convocatoria anual de Becas y Ayudas a la Formación Continuada.
- Ayudas para asistencia a Congresos, Jornadas y Seminarios, siempre que se presenten ponencias, comunicaciones o posters y hayan sido aceptadas por la organización.
- Subvenciones para Congresos, Jornadas y Eventos relacionados con la Enfermería.
- Será necesario aportar la documentación con la que se participa en el mismo:
 - Justificar la inscripción.
 - Justificar la asistencia.
 - Solicitarlo por escrito dirigido al Presidente.

PREMIOS

- Convocatoria anual del Premio Científico de Enfermería, del Premio de Investigación Enfermera «D. Ángel Andía Leza», los Accésit y la Medalla de Oro al Mérito Profesional.
- Convocatoria anual del Concurso de Fotografía «Puerta del Carmen».
- Convocatoria anual del Concurso de Narrativa Corta y Cuentos.

INFORMACIÓN

- Página web del Colegio www.ocez.net actualizada regularmente con toda la información de actividades y servicios del Colegio.
- Direcciones de correo electrónico:
enfermeria@ocez.net (Zaragoza)
enfermeria2@ocez.net (Calatayud).
- Revista científica **Cuidando la Salud**, de publicación anual.
- Revista **Noticias de Enfermería** de información general y periodicidad bimestral, que también se encuentra integrada en la página web www.ocez.net.
- Información personalizada, a domicilio, de todas las actividades que se realizan en el Colegio, docentes, sociales o institucionales.



Servicios colegiales



**COLEGIO OFICIAL
ZARAGOZA**

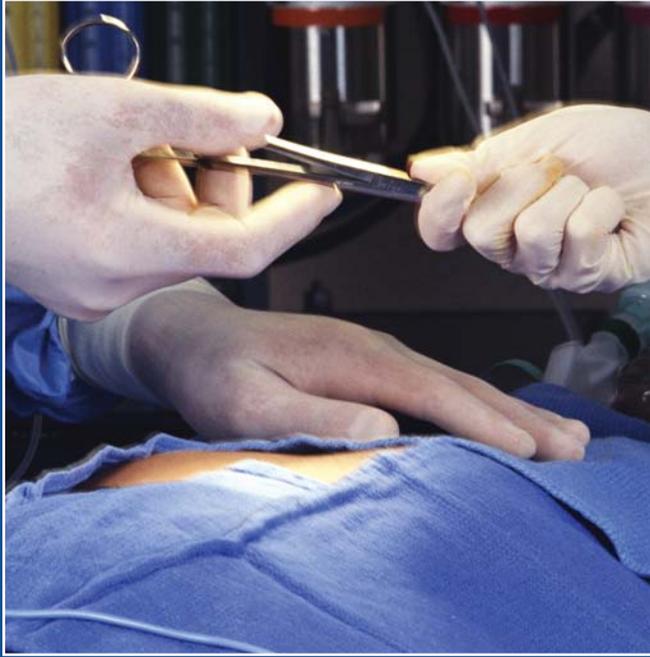
Tomás Bretón, 48, pral.
Edificio Torresol. 50005 Zaragoza

976 356 492

976 559 774

enfermeria@ocez.net (Zaragoza)
enfermeria2@ocez.net (Calatayud)





COLEGIO OFICIAL
ZARAGOZA

trabaja

SIN RIESGO

Colegio Oficial de Enfermería de Zaragoza ■ Tomás Bretón, 48 pral. ■ 50005 Zaragoza ■ Tel. 976 356 492