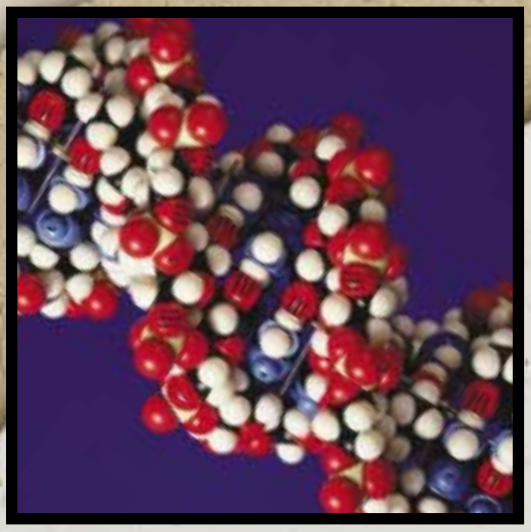
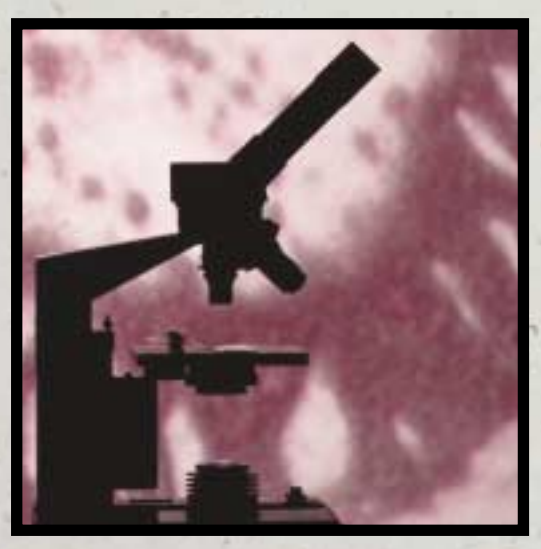
cuidando la salud

Revista Científica de Enfermería





Volumen 5 ⊕ Julio 2005

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 ejercente.
- 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 y en la revista **Noticias de Enfermería** y en la página web.
- Inserción de ofertas de trabajo en la página web.
- Compulsa gratuita de documentos.
- **Teléfono azul** de la Enfermería **902 500 000**, 24 horas.
- Conexión a internet.

PRESTACIONES SOCIALES

- Ayudas por matrimonio, nacimientos y defunciones.

SEGUROS

- Responsabilidad civil profesional
  (1.500.000 euros aprox. / 250 millones de pesetas
  y hasta 12.600.000 euros aprox. / 2.100 millones de pesetas).

>>

COLEGIO OFICIAL
ZARAGOZA

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

976 356 492

976 559 774

ats@ocez.net (Zaragoza)
ats2@ocez.net (Calatayud)

Comité Técnico Científico

Miembros

D.ª Gloria de Gregorio Ariza
D. Ángel-Montón Serrano

Coordinadora

D.ª A. Carmen Longares Longares

Edita

Organización Colegial
de Enfermería en Zaragoza.
Tomás Bretón, 48, pral.
Edif. Torresol. 50005 Zaragoza
Tel. 976 356 492 Fax 976 559 774
E-mail ats@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 Diplomados en 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

CUIDANDO LA SALUD

Tienes en tus manos un nuevo ejemplar de ***Cuidando la Salud***, la Revista Científica del Colegio de Enfermería de Zaragoza. En él hemos incluido aquellos temas de máximo interés para el colectivo de enfermería, destacando la publicación de los Premios Científicos correspondientes a las tres últimas ediciones y el Protocolo de actuación para Agresiones.

La línea del Colegio de apoyo a la investigación y el estudio se aplica y cumple con creces, con la convocatoria primero, y la publicación después, de estos Premios Científicos. El prestigio de que gozan en los ambientes sanitarios nos estimula a continuar en esta senda. El artículo 73 de nuestro Código Deontológico define claramente nuestra obligación de "procurar investigar sistemáticamente, en el campo de la actividad profesional, con el fin de mejorar los cuidados de enfermería, desechar prácticas incorrectas y ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa la actividad profesional".

El desarrollo del Decreto de Especialidades y las nuevas condiciones de Convergencia europea, han de suponer más facilidades para poder realizar los Cursos de postgrado y máster, y ello llevará implícito un incremento de las posibilidades de que un mayor número de profesionales de la enfermería puedan dedicarse a labores de investigación y docencia. Son para nosotros especialmente importantes los esfuerzos de las Instituciones que apoyan y financian nuestras actividades en esta importante área. La Universidad de Zaragoza y la entidad financiera Caja Inmaculada son fundamentales para la consecución de nuestros objetivos en materia de formación e investigación, aunque lo más importante para el Colegio son sus colegiados, el material humano que lo integra y a ellos dedicamos todas nuestras energías, a ellos nos debemos.

Sólo me queda para finalizar haceros una petición expresa: seguid en la brecha, trabajando sin descanso, investigando, escalando peldaños, luchando por la profesión, los logros se van materializando poco a poco, vamos colocando los hitos que harán el camino más fácil a los que vienen detrás de nosotros, los jóvenes, nuestro relevo, el futuro. Hagamos que a ellos les resulte más fácil. El tiempo pone a cada cual en su sitio y con el tiempo, si quieren, nos han de reconocer el esfuerzo, los desvelos, pero, en cualquier caso, siempre nos quedará la íntima satisfacción del deber cumplido.

Un abrazo para todos.

JUAN JOSÉ PORCAR PORCAR
Presidente

cuiden

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 (incluída 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 PUBLICACION

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 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. (El Colegio Oficial de Enfermería se encargará de realizar la traducción de aquéllos que no lo estén).

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 EngIJ Med 1997; 336:309-15).

CONTENIDO

pág.

Editorial

Cuidando la salud.
Juan José Porcar Porcar 1

Trabajos Originales

La especialidad de enfermería en anestesia a debate: Análisis de su demanda. Valoración de la imagen y el trabajo de enfermería en los bloques quirúrgicos de los hospitales de Aragón.
Primer Premio Científico de Enfermería 2002
María Teresa Villar Arnal 4

Tratamiento conservador en la fístula postquirúrgica en la cirugía faringo-laríngea.
Primer Premio Científico de Enfermería 2003
Francisca Martínez Lozano 23

Diagnóstico prenatal.
Primer Premio Científico de Enfermería 2004
Rosa María Agudíez 28

Artículos Conceptuales

Síndrome de estar quemado (burnout).
Ángel C. Boned Galán 40

Estudio comparativo de conocimientos de cuidados naturales de las estudiantes de enfermería naturista de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza.
Tomás Fernández Fortún, Juani Lahuerta Casedas 46

Leído en...

Cuídate totalmente, estamos en tus manos.
Fidel Delgado 50

Protocolos de actuación

Procedimientos de actuación ante una situación de agresión hacia el personal sanitario de enfermería.
Juan Carlos Campos Hernando 55

Protocolos de cuidados de enfermería en el dolor postoperatorio.
María Teresa Sanz López 58

Actualidad

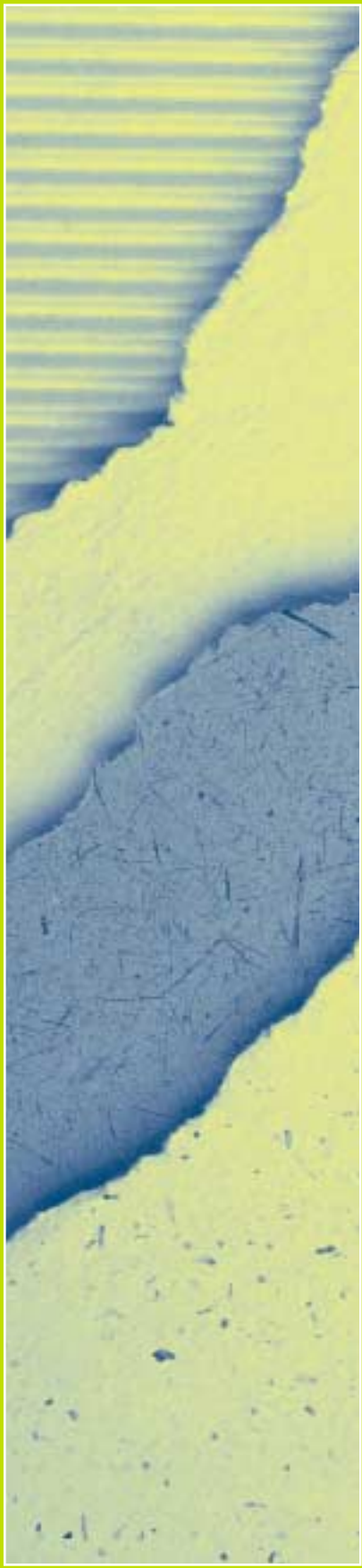
Páginas web 62
XXVI Certamen de Enfermería "San Juan de Dios" 63
Jornadas 63
Congresos 64
Cursos 64

Trabajos originales

LA ESPECIALIDAD DE ENFERMERIA EN ANESTESIA A DEBATE:

ANÁLISIS DE SU DEMANDA. VALORACIÓN DE LA IMAGEN Y EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN LOS BLOQUES QUIRÚRGICOS DE LOS HOSPITALES DE ARAGÓN

1er. Premio Científico de Enfermería 2002



María Teresa Villar Arnal

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

RESUMEN

Estudio descriptivo transversal para determinar la opinión de los médicos anestesiólogos, MIR de anestesia y enfermeros que trabajan en el campo de la anestesia, reanimación, UCPA y unidad del dolor sobre la necesidad de una especialidad de enfermería y la imagen y valoración del trabajo de enfermería en este campo. El método consiste en el tratamiento estadístico y la evaluación del resultado de unas encuestas administradas a estos profesionales en todos los hospitales de Aragón, con una tasa de respuestas del 71,69%. Los tests estadísticos utilizados son la t de Student *para datos independientes y el análisis de la varianza.*

El resultado es una demanda mayoritaria de la especialidad de enfermería en anestesia, reanimación y terapia del dolor por parte de anestesistas y enfermeras de los bloques quirúrgicos, que aumentaría l a calidad de la asistencia al paciente. También se pone de manifiesto que los anestesistas, en general, valoran positivamente el trabajo de enfermería pero insisten en la necesidad de mejorar, sobre todo, la formación, aunque conservando las funciones actuales. Sin embargo, se constata entre las enfermeras una sensación de falta de reconocimiento y valoración de su trabajo por los anestesistas y las direcciones de enfermería. Se concluye que la especialidad ayudaría a organizar y reforzar el plan de cuidados de enfermería ordenado por prioridades y centrado en el paciente.

PALABRAS CLAVES:
Enfermería en Anestesia.
Enfermería en Reanimación.
Formación especializada.
Cuidados de Enfermería.
Reconocimiento profesional.
Valoración del trabajo.
Aragón.

KEY WORDS:
Anesthetist Nursing.
Resuscitation Nursing.
Specialized Training.
Nursing Cares.
Professional acknowledgement.
Labour Valuation.
Aragon (Spain).

INTRODUCCIÓN

En el sistema académico español actual, la enfermera termina su ciclo formativo oficial con la obtención del título de Diplomada en Enfermería que le capacita para desarrollar su actividad profesional en cualquier ámbito sanitario sea especializado o no. Por otra parte, en las últimas décadas, los grandes avances en los conocimientos, los procedimientos y la tecnología de cualquier rama de la biomedicina hacen de las especialidades mundos propios y casi desconocidos entre sí. La figura de la enfermera generalista que podía realizar sus funciones en cualquier departamento del hospital sin apenas reciclaje previo, es casi historia. Determinados servicios por la complejidad de los tratamientos y/o procedimientos diagnósticos que se administran al paciente, requieren una formación y un entrenamiento adecuados de las/os enfermeras/os para poder realizar unos cuidados de enfermería eficaces y eficientes, dentro del equipo sanitario, que redunden en beneficio de la calidad asistencial que se ofrece al paciente.

El eje central de la Enfermería es el ejercicio de **cuidar**[1]. Es nuestra esencia, nuestra razón de ser y nuestro objeto de estudio. El cuidado es un acto de asistencia, de apoyo o facilitación hacia o para otro individuo o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, para mejorar su condición humana o su modo de vida[2]. Pero este acto de acompañar o cuidar no es un ejercicio puramente intuitivo, sino que incluye una determinada técnica y un trasfondo cultural y ético. Supone la aportación definitiva de la Enfermería al conjunto de ciencias de la salud, tal y como el **curar** es el elemento diferencial de la Medicina según la tradición hipocrática. Curar y cuidar son procesos complementarios e interdisciplinares, "puesto que el médico aunque cure, también debe cuidar y el profesional de enfermería aunque cuide, también debe preocuparse por curar al paciente"[3].

En este marco conceptual surge el prolongado debate acerca de la necesidad de determinadas especialidades de enfermería que garanticen y normalicen la adquisición y práctica de unos conocimientos específicos que permitan, al profesional, proporcionar unos cuidados de enfermería correctamente planificados que se anticipen a la posible aparición de problemas e individualizados según las características del paciente.

La especialidad de Enfermería en Anestesia, que se reivindica en España desde hace unos quince años, es ejemplo de otras tantas que esperan el reconocimiento oficial.

Haciendo un repaso breve de la situación de esta especialidad entre nuestros vecinos europeos, guiados por D. Pascal Rod[4], presidente de la Federación Internacional de Enfermería en Anestesia (IFNA), de la cual ASEEDAR-TD (Asociación Española de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor) es miembro activo desde el año 1992, junto con asociaciones de otros 26 países. Según este informe, Grecia, Croacia y España no tienen especialidad de Enfermería en Anestesia reconocida en los programas de estudios oficiales. En el resto de la Comunidad Europea hay presencia de enfermeras de anestesia, con porcentajes variables, según los países, que van desde los máximos de Noruega con 32 enfermeras de anestesia por cada 100.000 habitantes o Dinamarca con 26 enf/100.000 hab., pasando por Austria o Suiza con 8 enf/100.000 hab. En España, al no haber especialidad reconocida, sólo podemos tomar como cifra orientativa el número de socios de ASEEDAR-TD, con el resultado de 1,4 enf/100.000 hab.

La presencia de especialistas se podría considerar como uno de los indicadores del nivel de calidad asistencial de estos sistemas sanitarios, si entendemos que la labor de un/a enfermero/a especialista facilita: mejorar el trabajo en equipo, agilizar los tiempos de asistencia, aumentar los niveles de seguridad en la práctica y la satisfacción del usuario y conseguir, así, optimizar los costes.

Sin embargo, estos conceptos que parecen estar tan claros para los representantes de las asociaciones de diversos colectivos profesionales, responsables de formación y hasta para algunos gestores de enfermería ¿hasta qué punto corresponden con las expectativas de los que estamos todos los días en contacto con el paciente? ¿de los que nos encontramos con las dificultades planteadas por la falta de formación, autonomía y delimitación de las funciones?

Con estas reflexiones me pareció interesante, coincidiendo con el momento decisivo en el que nos encontramos en nuestra profesión de cara al desarrollo de las especialidades y la carrera profesional por parte del Ministerio de Sanidad; recabar la opinión de los "trabajadores de la anestesia": médicos anestesiólogos y enfermeras de los bloques quirúrgicos, en relación con esta polémica especialización de enfermería en España; sin embargo, aceptada e instaurada en la mayoría de países europeos y estados norteamericanos, como ejemplo de otras que también esperan el reconocimiento oficial.

OBJETIVOS

Con esta finalidad se ha realizado este estudio descriptivo transversal[5].

El **objetivo general** es conocer el punto de vista de los médicos anestesiólogos y enfermeras que trabajan en el campo de la anestesia, reanimación, UCPA (Unidad de Cuidados Postanestésicos o sala de Despertar) y unidades del dolor sobre la necesidad de hacer efectivos unos estudios de enfermería oficiales para obtener el título de especialista.

Los **objetivos específicos** son:

- Determinar si esta necesidad es sentida como propia y reivindicada por los que están trabajando en este terreno o surge desde los planificadores sanitarios y docentes, atendiendo a otros intereses, sin ser secundada por los directamente implicados.
- Concretar qué tipo de estudios serían los apropiados para realizar la especialidad.
- Constatar si existe la sensación, entre el personal, de que es beneficiosa para el rendimiento y las relaciones laborales.
- Analizar el grado de satisfacción de las/os enfermeras/os en estas áreas hospitalarias (quirófano, UCPA, reanimación y unidad del dolor) mediante la sensación subjetiva de reconocimiento y valoración.
- Describir la imagen que tienen los anestesiólogos de cuál es la función de la enfermera dentro del equipo y qué valoración les merece el trabajo realizado.

METODOLOGÍA

El método de recogida de datos fue mediante encuestas[6], confeccionando un cuestionario para los médicos y otro diferente para las enfermeras (Anexos 1, 2 y 3). Su elaboración y validación fue supervisada por la Unidad de Apoyo a la Investigación del Hospital Universitario Miguel Servet.

Para evitar, en lo posible, el sesgo del entrevistador, la cumplimentación de la encuesta se realizó mediante autoadministración por los propios encuestados. Para ello se contactó con los responsables de enfermería (supervisoras, coordinadores) de los bloques quirúrgicos de cada hospital participante en el estudio, solicitando su colaboración para el reparto y recogida de las encuestas entre los miembros de su equipo. El mismo procedimiento se utilizó con los anestesiólogos, encomendando las encuestas al coordinador o jefe del servicio. Aunque en última instancia fueron las supervisoras de enfermería, en la mayoría de los casos, las encargadas de recoger y remitir ambas encuestas.

El ámbito de aplicación o **población diana** han sido los anestesiólogos, MIR de anestesia y enfermeras/os de los bloques quirúrgicos, UCPAS, salas de

Reanimación y unidades del dolor de todos los Hospitales de Aragón que cuentan con equipos quirúrgicos propios.

Se ha hecho coincidir el tamaño de la muestra con el de la población (544 individuos), obteniéndose una tasa de respuestas del 71,69%.

Esta elevada tasa puede ser indicativa del interés que despierta el tema de las especialidades en nuestra profesión. También se debe al continuo seguimiento que se hizo de las encuestas.

El estudio se ha efectuado durante siete meses: de septiembre del 2001 a marzo del 2002, ambos inclusive, encuestando al personal de los siguientes centros:

- Hospital Universitario Miguel Servet (Traumatología, Materno-infantil y R. General).
- Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (en adelante: HCU).
- Hospital Royo Villanova.
- Hospital Provincial Nuestra Señora de Gracia.
- Mutua de Accidentes de Zaragoza (MAZ).
- Hospital Militar de Zaragoza.
- Clínica Quirón.
- Hospital San Jorge de Huesca.
- Hospital Comarcal de Barbastro.
- Consorcio Hospitalario de Jaca.
- Hospital de Calatayud.
- Hospital de Teruel.
- Hospital de Alcañiz.

En total se han repartido 360 cuestionarios con 12 preguntas al personal de enfermería, 160 entre los anestesiólogos y 24 a los MIR que se especializan en Aragón (H.U. Miguel Servet y H. Clínico de Zaragoza) con 9 preguntas respectivamente.

Tras la recogida de datos se realizó el tratamiento estadístico con el paquete de software SPSS 8.0.

Los tests estadísticos utilizados para contrastar o comprobar los objetivos planteados han sido la t de *Student* para datos independientes y el análisis de la varianza[7].

Los resultados se exponen a continuación. Al tratarse de tres encuestas dirigidas a tres grupos de población diferentes, cada resultado se acompaña de la correspondiente discusión para facilitar la comprensión y dar agilidad al texto.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

1

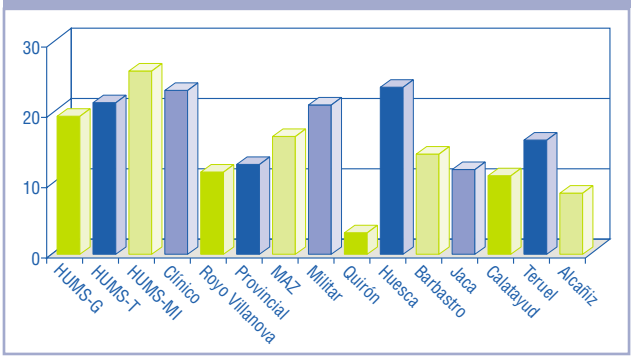
Encuesta de Enfermería.

Los cuestionarios fueron contestados por 253 profesionales, lo que supone un grado de cumplimentación del 70%. De ellas el 96% son mujeres y el 4% hombres.

Las seis primeras preguntas del cuestionario se refieren a datos de **demografía profesional** (anexo 4). A destacar:

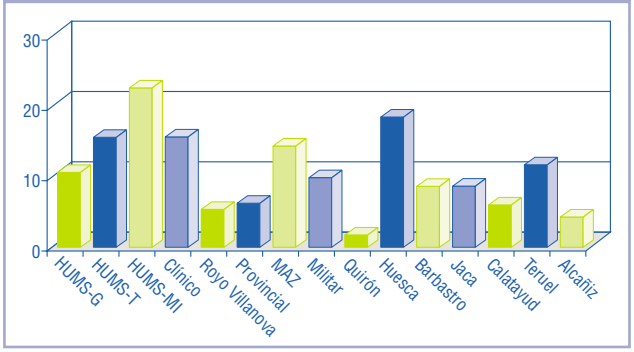
- El 5,1% son todavía ATS, frente al 45,5% que hicieron la convalidación a DUE, siendo las DUEs mayoría con el 49,4% del total.
- La sanidad pública reúne al 95,3% de las enfermeras de los bloques quirúrgicos, en Aragón, frente al 4,7% de los hospitales privados.
- De entre los hospitales públicos, sólo el H.U. Miguel Servet (HUMS) agrupa al 41,6% de las enfermeras de quirófanos, UCPAS, reanimaciones y unidades del dolor aragonesas. En Zaragoza capital la cifra asciende al 67,5% y toda la provincia de Zaragoza representa el 71,8% del total de Aragón. En la provincia de Huesca suponen el 16,6% y en la de Teruel el 11,6%.
- La distribución del personal según los puestos de trabajo es la siguiente: el 75% pertenecen al quirófano, el 23% a la sala de reanimación y/o despertar y aproximadamente el 2% a las unidades del dolor. Teniendo en cuenta que el personal de quirófano realiza también las labores de anestesia en todos los hospitales aragoneses excepto en Traumatología del HUMS, en el HCU, en el Hospital Militar y en el Hospital de Teruel.
- La media de los años de experiencia profesional del personal es de 17,4 (gráfico 1). El HUMS Materno-Infantil tiene la media más alta con 25,83 años y la Clínica Quirón la más baja con 2,86 años. El HUMS, el Hospital Clínico Universitario (HCU), el Hospital Militar y el Hospital San Jorge de Huesca (23,46 años) alcanzan cifras por encima de la media y el resto por debajo.

Gráfico 1. Media de los años de experiencia profesional del personal de enfermería, por hospitales



■ La media de permanencia total en uno o varios de los puestos de trabajo citados es de 11,56 años (gráfico 2). Los valores máximos y mínimos de la media por hospitales son similares a los de experiencia profesional. Pero en este caso sólo están por encima de la media HUMS Traumatología, HCU, MAZ, Hospital San Jorge de Huesca (18,42 años) y el Hospital de Teruel.

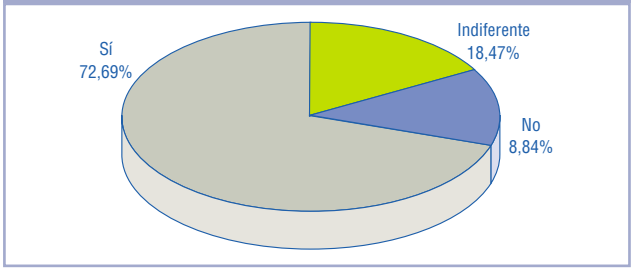
Gráfico 2. Media de los años de permanencia de enfermería en el bloque quirúrgico, por hospitales.



Uno de los objetivos del estudio era constatar el **grado de satisfacción en las relaciones laborales** mediante un indicador: el sentimiento de valoración subjetiva respecto a compañeros, jefaturas y usuarios. El resultado es el que sigue:

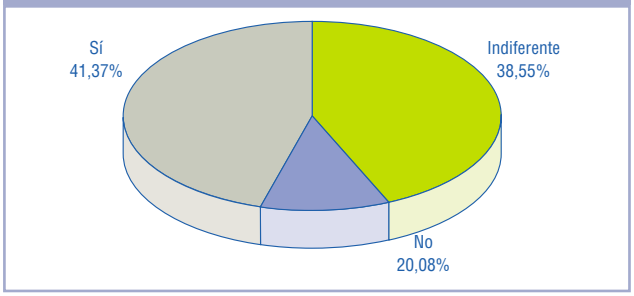
■ Se sienten valorados y reconocidos positivamente por los compañeros en el 72,7% de los casos, negativamente en el 8,8% e indiferente en el 18,5% (gráfico 3).

Gráfico 3. Valoración por compañeros.



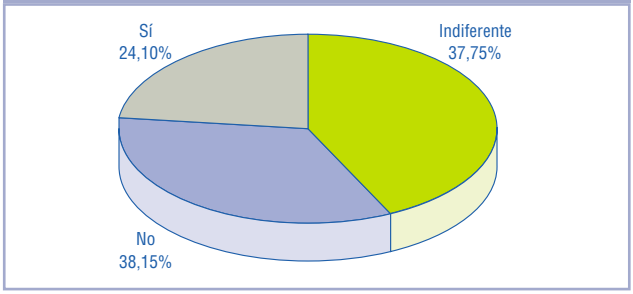
■ Por parte de los anestesiólogos, responden sí el 41,4%, no el 20% y, atención, indiferente el 38,6% (gráfico 4).

Gráfico 4. Valoración por anestesiólogos.



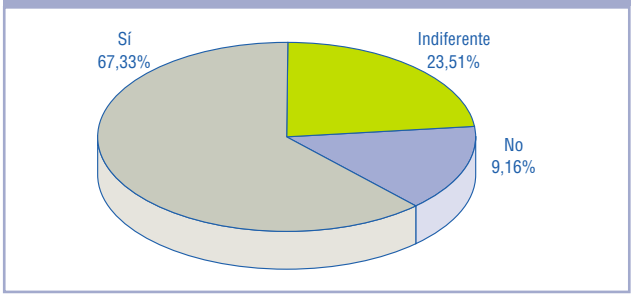
■ En cuanto a la sensación de valoración por parte de las direcciones de enfermería, sólo el 24% responde sí, frente al 38,2% que dice no y, de nuevo, un 37,8% indiferente (gráfico 5).

Gráfico 5. Valoración por dirección.



■ Por parte del paciente, el 67,3% se sienten valorados y reconocidos, el 9,2% no y el 23.5% indiferente. (gráfico 6).

Gráfico 6. Valoración por el paciente.



Dudé mucho a la hora de incluir la opción indiferente en la pregunta, máxime cuando me aconsejaron reiteradamente que no era necesaria y suponía complicar la tabulación posterior. Por desgracia, mi intuición se ha visto confirmada con un grado de significación importante, con lo que la indiferencia supone. Sí y no son como las dos caras de una misma moneda pero la **indiferencia** significa el descuido absoluto para con el otro, la absoluta irrelevancia de lo que dice, piensa, siente y de su individualidad[8]. Supone la negación del otro, del ser del otro. La indiferencia interpersonal es particularmente grave, pues el ser humano necesita a sus semejantes para desarrollarse en la plenitud de sus facultades en tanto que animal comunitario que es.

Según estas interpretaciones, sería provechoso reflexionar sobre la presencia de tanta indiferencia en nuestro medio laboral y si podría haber alguna conexión, entre los años de experiencia y la edad de permanencia en el puesto de trabajo, con esta sensación de ausente o indiferente valoración y reconocimiento por las personas más cercanas del entorno hospitalario, que desemboque en un deterioro de las relaciones laborales y esto repercuta negativamente en la asistencia al paciente.

Relacionando variables se encuentra una relación estadística significativa **(p = 0,036)** entre la media de los años de experiencia de los que se sienten valorados positivamente (16,44 años) y con indiferencia (20,27 años) por los compañeros; pudiéndose afirmar que quienes se sienten valorados con indiferencia tienen entre 0,19 y 7,45 años más de experiencia profesional que los que sí se sienten valorados (tabla 1).

También hay significación estadística en la relación de los años de profesión con la sensación de valoración por las direcciones de enfermería: entre positiva (13,18 años) y negativa (19,03), con una p = 0; y entre positiva e indiferente (18,12 años), con una p = 0,003 (tabla 2). Unas cifras similares resultan de relacionar la media de los años en el puesto de trabajo con la valoración subjetiva por las direcciones de enfermería, para las respuestas afirmativa (8,82 años) e indiferente (12,59 años), con una **p = 0,039** para la diferencia de medias (tabla 3).

Tabla 1. Relación entre años de experiencia profesional y valoración por los compañeros.

	N.º de casos	Edad media	Desviación estándar	
Sí	180	**16,44**	9,11	
No	21	18,43	8,84	
Indiferente	45	**20,27**	7,68	
Total	246	17,31	8,94	
	Diferencia de las medias	**Error estándar**	**P**	**Intervalo de confianza**
Indiferente – Sí	3,82	1,474	**0,036**	0,19 – 7,45

Tabla 2. Relación entre años de experiencia profesional y valoración por la dirección.

	N.º de casos	Edad media	Desviación estándar	
Sí	60	**13,18**	9,16	
No	94	**19.03**	8,19	
Indiferente	92	**18,12**	8,68	
Total	246	17,26	8,9	
	Diferencia de las medias	**Error estándar**	**P**	**Intervalo de confianza**
No – Sí	5,85	1,424	**0**	2,34 – 9,36
Sí – Indiferente	4,94	1,434	**0,003**	1,41 – 8,46

Tabla 3. Relación entre años en puesto de anestesia o reanimación y valoración por la dirección.

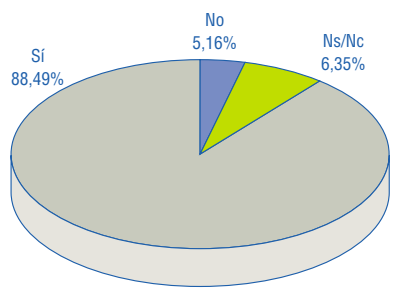
	N.º de casos	Edad media	Desviación estándar	
Sí	60	**8,82**	7,97	
No	93	12,23	8,97	
Indiferente	93	**12,59**	9,34	
Total	246	11,53	8,98	
	Diferencia de las medias	**Error estándar**	**P**	**Intervalo de confianza**
Indiferente – Sí	3,77	1,471	**0,039**	0,15 – 7,4

El resultado es que tanto los que tienen menos años de experiencia profesional como los más jóvenes en el puesto de trabajo, se sienten mejor valorados y reconocidos por las direcciones de enfermería que los que tienen mayor experiencia en el puesto de trabajo y años de profesión.

Ambos análisis comparativos permiten comprobar con datos estadísticos que es cierta la premisa antes mencionada de que **hay una relación directamente proporcional entre el aumento en la edad profesional y años de permanencia en un mismo puesto de trabajo con la sensación subjetiva de ausencia o indiferencia en la valoración y reconocimiento por parte de los compañeros y las direcciones de enfermería,** cuando parecería más lógico que ocurriese lo contrario, que con el paso del tiempo creciese este sentimiento de ser valorados y reconocidos por su trabajo. Sin embargo, no existe diferencia significativa entre la edad y el reconocimiento por parte de anestesiólogos y pacientes.

Siguiendo con la encuesta, llegamos a la pregunta clave objeto de este estudio: **¿Cree necesaria una especialidad propia de enfermería en anestesia, reanimación y terapia del dolor, reconocida por el Ministerio de Educación?** En este caso, contestaron: sí el 88,5%, no el 5,2% y no sabe, no contesta (ns/nc) el 6,3% (gráfico 7).

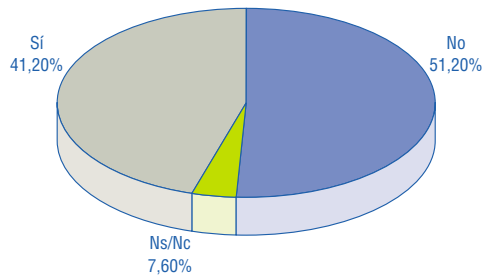
Gráfico 7. Especialidad reconocida por MEC.



Parece clara la demanda por parte de los profesionales, no encontrándose relación significativa con otras variables, por ser tan unánimes los resultados. Sin embargo, un 3% de entre los que contestaron no y ns/nc aludieron que les parecía mejor una especialidad de enfermería quirúrgica incluyendo a la anestesia. Esto contradice el objetivo de la continuidad en los cuidados relativos al acto anestésico que se extiende desde la preanestesia, durante la anestesia y la intervención quirúrgica hasta la recuperación en la sala de despertar o reanimación y posteriormente el tratamiento en la unidad del dolor, si se precisa. Este proceso es un continuum que requiere unos mismos conocimientos y procedimientos centrados en el paciente.

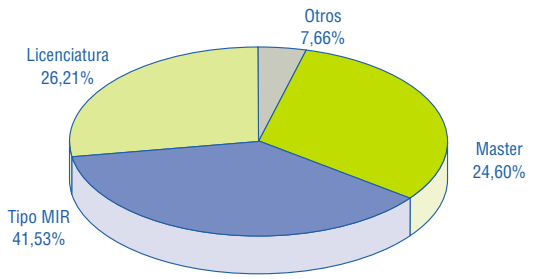
En la pregunta número 9: **¿Le parece aceptable la propuesta del Ministerio de incluir esta especialidad dentro de una rama común denominada cuidados especiales…?** los datos no son tan definitivos. Aunque el porcentaje de enfermeras/os que responden no, es superior (51,2%), le sigue muy de cerca el de los que responden afirmativamente con un 41,2% añadiendo el comentario, en algunos casos (2%), de que es preferible esta opción a no tener especialidad (gráfico 8). El resto 7,6% no sabe a qué atenerse (ns/nc). Actualmente, parece que las negociaciones con el Ministerio siguen esta tendencia, a pesar de que no es secundada por la mayoría del colectivo.

Gráfico 8. Especialidad en rama común



Cuando se cuestiona sobre **el tipo de estudios que deberían cursarse** para ser especialista, hay un predominio del **tipo MIR** (para enfermería la denominación sería DIR o diplomado interno residente) con un 41,5% respecto al resto, que se reparten casi por igual entre la licenciatura con el 26,2% y el master con un 24,6%. Hay un 7,7% que eligieron la opción otros sin más comentarios (gráfico 9).

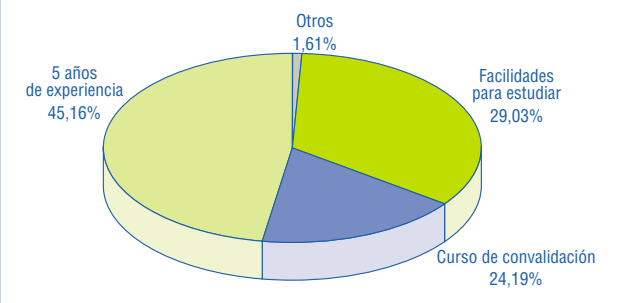
Gráfico 9. Tipo de estudios: Resumen.



Relacionando variables, son los profesionales con menos años de experiencia (15,27 de media) y los más jóvenes en los bloques quirúrgicos (9,93), por tanto, con titulación de DUE, los que prefieren la opción **tipo MIR** sobre todas las demás, con una clara significación estadística en ambos casos **(p = 0,004 y p = 0,029 respectivamente)**.

Respecto a **cómo deberían integrarse en la nueva titulación los profesionales de enfermería que llevan años ejerciendo en anestesia, reanimación y/o terapia del dolor,** un 45,2% optan porque se reconozca como enfermeros especialistas a los que demuestren haber trabajado durante, al menos, cinco años consecutivos. El 29% piensan que el centro debería proporcionar facilidades para realizar estos estudios y el 24,2% elige realizar un curso de convalidación para obtener el título de especialista. Del total de respuestas hay un 8,7% que combina dos opciones: reconocer los cinco años de experiencia y realizar curso de convalidación, o bien, que el centro proporcione facilidades para los estudios unido a reconocer los cinco años de experiencia (gráfico 10).

Gráfico 10. Cómo integrar profesiones.



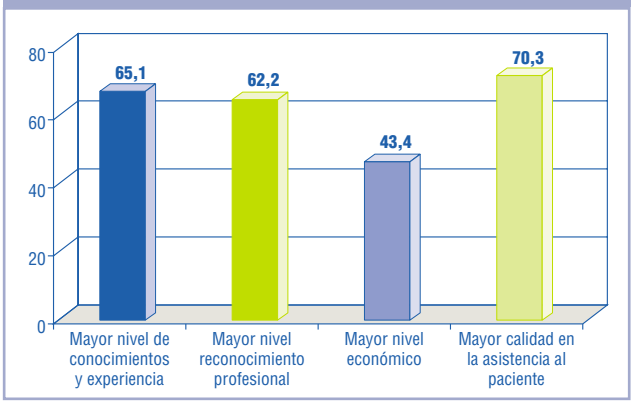
De nuevo, encontramos una relación clara entre más años de experiencia (20,45 de media) con la preferencia por la opción de reconocer como especialistas a los que lleven al menos cinco años en el puesto, respecto a los que eligen proporcionar facilidades para los estudios (14,44) y a los que prefieren un curso de convalidación (15,41) que son más jóvenes que la media (17,37) (tabla 4).

Tabla 4. Relación entre años en puesto de experiencia profesional e integración de los profesionales.

	N.º de casos	Edad media	Desviación estándar		Intervalo de confianza media del 95%
Facilidades para estudiar	72	**14,44**	9,43		12,23 – 16,66
Curso de convalidación	58	**15,41**	8,81		13,10 – 17,73
Cinco años de experiencia	111	**20,45**	7,40		19,06 – 21,84
Otros	4	12,75	14,38		10,14 – 35,64
Total	245	17,37	8,91		16,25 – 18,49
	Años de experiencia profesional		**Diferencia entre las medias (I-J)**	**P**	**Intervalo de confianza media del 95%**
(I) Cómo integrar profesionales	**(J) Cómo integrar profesionales**				
Facilidades para estudiar	Cinco años de experiencia		-6,01	**0**	-9,62 – -2,39
Curso de convalidación	Cinco años de experiencia		-5,04	**0,005**	-8,91 – -1,16

En cuanto a la última cuestión relativa a los posibles **beneficios que, según la opinión de los encuestados, podría aportar la especialidad.** Teniendo en cuenta que en esta pregunta se daba la opción de elegir varias respuestas, resultan los siguientes datos (gráfico 11): mayor nivel de conocimientos y experiencia 65,1%, mayor reconocimiento profesional 62,2%, mayor nivel económico 43,4% y mayor calidad en la asistencia al paciente 70,3%.

Gráfico 11.



Relacionando variables encontramos una significación estadística entre los años de experiencia y de permanencia en el puesto de trabajo con la aportación de más conocimientos y mayor reconocimiento profesional.

La edad media de experiencia profesional de quienes consideran que la titulación de especialista podría aportarles mayor nivel de conocimientos y experiencia es de 15,62 frente a los 20,33 años de quienes opinan lo contrario; teniendo estos últimos entre 2,43 y casi 7 años más de experiencia que los que contestan **sí (p = 0).** También las/os enfermeras/os con menos años de permanencia en el puesto (9,84 de media) creen que podría aportarles más conocimientos frente a las que llevan más tiempo (14,42), que no eligen esta opción **(p = 0)**.

Datos similares resultan para la aportación de mayor reconocimiento profesional escogido por profesionales con menos años de experiencia (16,27 frente a los 18,87 años de los que no la eligen, que tienen entre 0,35 y 5 años más, con **p = 0,026**) y menos tiempo de permanencia en el puesto (10,35 años frente a los 13,17, que presentan entre 0,48 y 5,16 años más, con **p = 0,018**) respecto a la media.

Menos de la mitad de los encuestados confía en que la especialidad les proporcionará mayor nivel económico, sin embargo, el alto porcentaje de los que creen que esta titulación aumentará la calidad asistencial, denota la preocupación que existe en este sentido, independientemente de los años de experiencia, para ambos casos.

2

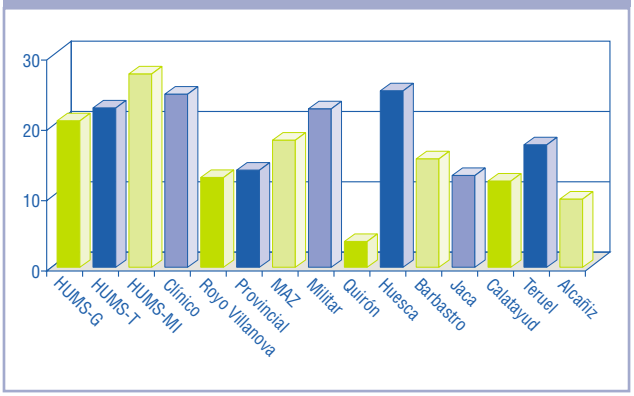
Encuesta de Anestesiólogos.

De los anestesiólogos han contestado 112, lo que supone también un 70% del grado de cumplimentación. De ellos 63,4% son hombres y el 36,6% mujeres.

Las primeras preguntas se refieren a datos de **demografía profesional** (anexo 5). A destacar:

- En la sanidad pública aragonesa trabajan, aproximadamente, el 91% de los anestesistas y el 9% en el sector privado.
- Sólo el HUMS concentra al 33% de los anestesistas de Aragón, frente al otro gran hospital aragonés, el HCU, con el 18,75%. Zaragoza capital reúne al 74,37%, y la provincia de Zaragoza el 76,87% del total de la comunidad aragonesa.
- La media de los años de práctica profesional es de 16,9. También el HUMS-Materno Infantil, igual que en el caso de enfermería, cuenta con la media más alta de edades de Aragón con 20,67 años y, en general, todo el HUMS, seguido del H. San Jorge de Huesca (19,40). La media más baja corresponde a Teruel con 7,67 años, aunque la plantilla más homogéneamente joven (las edades oscilan entre 6 y 11 años de profesión) corresponde al H. Royo Villanova de Zaragoza (gráfico 12).
- El 58% de los encuestados responde que hay personal de enfermería destinado sólo para anestesia en sus hospitales y el 42% dice que no.

Gráfico 12. Media de los años de práctica profesional de los anestesistas, por hospitales.



Otro de los objetivos del estudio era **describir la imagen que tienen los anestesiólogos de cuál es la función de la enfermera dentro del equipo y cómo se realiza**. Es decir, cuál es su visión de nuestro trabajo, del papel que desempeñamos y la valoración que les merece. Con esta finalidad están formuladas las preguntas 5 y 6 del cuestionario.

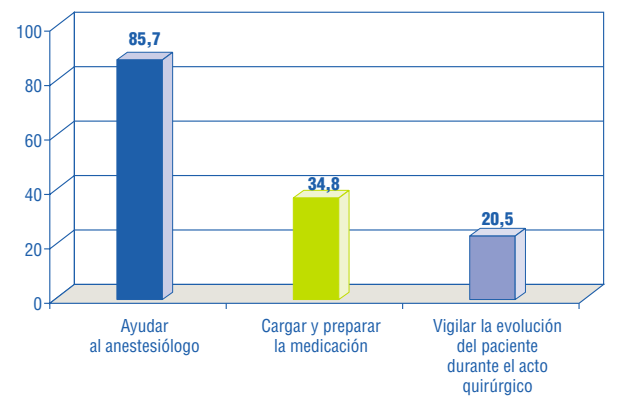
Pregunta número 5: **"¿Según su experiencia, cuál es la labor más relevante que desempeñan las/os enfermeras/os en los siguientes puestos?: Anestesia; Sala de Despertar, URPA o Reanimación; y Unidad del dolor"**. Dentro de cada apartado se daban a elegir tres opciones, todas ellas funciones realizadas por enfermería; sin embargo, cada una incidía en aspectos distintos de nuestro quehacer profesional:

- la función de ayudante del médico,
- las tareas delegadas de la medicina,
- el rol autónomo como profesionales de los cuidados.

Se trataba de conocer cuáles son las labores en las que invertimos la mayor parte de nuestro tiempo, desde el punto de vista médico y cuáles son consideradas más importantes o necesarias dentro del equipo.

Según los anestesistas, la función principal de la enfermera de anestesia es ayudar al anestesiólogo con un 85,7% de respuestas afirmativas, cargar y preparar medicación es la segunda opción elegida por orden de importancia con un 34,8% y vigilar la evolución del paciente durante el acto quirúrgico con el 20,5% (gráfico 13). Hay una relación significativa entre la existencia de enfermera de anestesia en el bloque quirúrgico y la elección de la respuesta mayoritaria, que por cierto, también es la opción preferida por el 92,7% de las mujeres anestesistas.

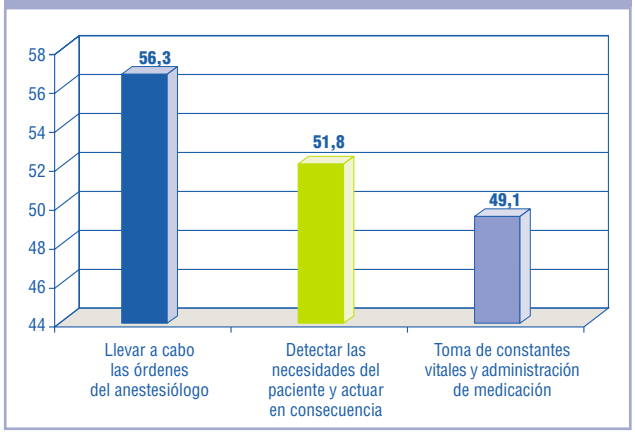
Gráfico 13.



Está claro que en nuestro sistema sanitario, el protagonista del acto anestésico es el anestesiólogo, pues la responsabilidad del mismo recae sobre su persona como refrenda el Tribunal Supremo, en sentencia del 7/7/93: "Ni el conocimiento y consentimiento del cirujano-jefe de su ausencia sirve de causa exculpadora porque el anestesista asume, dentro del equipo médico de que forma parte, con plena autonomía y responsabilidad, todas las funciones que son de su competencia y atinentes a su especialidad (...), porque el cometido de la anestesista es de su exclusiva y personal incumbencia, indelegable en el personal auxiliar no médico"[9].

En el **período postanestésico** (sala de Despertar, reanimación) no hay un predominio tan claro de la función de ayudante, aunque la respuesta mayoritaria es "llevar a cabo las órdenes del anestesiólogo" con el 56,3%, a poca distancia le sigue el 51,8% de los que opinan "detectar las necesidades del paciente y actuar en consecuencia" y del 49,1% correspondiente a "toma de constantes vitales y administración de medicación" (gráfico 14). Hay relación significativa **(p = 0,007)** con los años de práctica profesional: 14,3 de media para los que eligen esta última opción frente a los que no (19,4), que tienen entre 1,43 y 8,89 años más de ejercicio profesional. Las mujeres son las que resultan más "autoritarias" con el 63,4% frente al 52,1% de hombres, que eligen "llevar a cabo las órdenes del anestesiólogo"[10].

Gráfico 14.

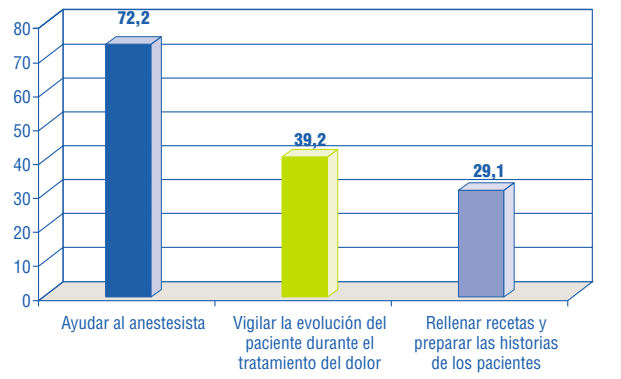


Por los resultados de la encuesta se deduce que los mismos anestesistas reconocen el período postanestésico como tiempo y lugar de cuidados, es decir, con predominio del papel de enfermería aunque bajo la supervisión del médico. Ya en 1863, Florence Nightingale escribió sobre la utilidad de estas salas "para reanimar a los pacientes", llevadas por enfermeras[11]. Detectar las necesidades del paciente y actuar en consecuencia, se refiere al cuidado, al arte de cuidar todos los detalles, de anticiparse a las necesidades y deseos del paciente. Prever las complicaciones, proporcionar bienestar dentro del sufrimiento y siempre comprensión y presencia que mitiguen, en parte, la soledad del proceso doloroso.

En la **Unidad del dolor** también se considera que la función principal de la enfermera es ayudar al anestesista con un 72,2% de respuestas afirmativas,

en las cuales vuelve a predominar el sexo femenino con el 92,3% de las encuestadas frente al 62,3% de hombres que eligieron esta opción. El 39,2% opina que es relevante que la enfermera vigile la evolución del paciente durante el tratamiento del dolor, por tanto, también se reconoce cierto protagonismo de los cuidados. Y sólo el 29,1% contestan "rellenar recetas y preparar las historias de los pacientes". No se han encontrado otras relaciones significativas más que las ya apuntadas (gráfico 15).

Gráfico 15.

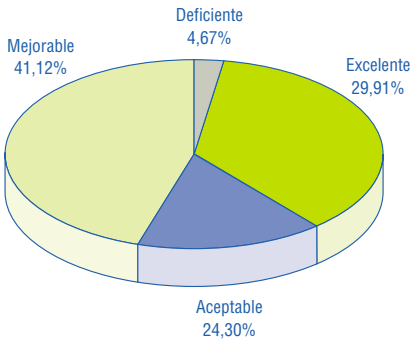


De las respuestas obtenidas a esta pregunta, podemos concluir que desde el punto de vista del anestesiólogo, la enfermera es considerada su ayudante con independencia de los años de experiencia profesional, es decir, los más jóvenes piensan lo mismo que sus predecesores. Sin embargo, reconocen un mayor protagonismo de nuestro rol autónomo en las unidades postanestésicas (sala de Despertar, UCPA y reanimación).

La pregunta número 6: **"¿Qué valoración le merece el trabajo que realiza dicho personal (en anestesia, UCPA, reanimación y unidad del dolor)?"** responde al último objetivo planteado para este estudio. Resulta osado y valiente exponerse a la crítica y la valoración ajenas. No hay tendencia masoquista en esta petición, sino deseo de conocer los puntos débiles para mejorar y recibir las alabanzas, si las hubiera, como estímulo para continuar la tarea. Evaluar una actividad es un proceso que consiste en medir la diferencia existente entre una práctica observada y una práctica previamente definida como óptima[12]. En este caso, lo que se pide es una valoración subjetiva, puesto que al no haber unos estudios oficiales, ni unas funciones definidas para la enfermería en anestesia, reanimación y terapia del dolor; cada evaluación se ajusta al criterio personal del evaluador y de los usos y costumbres de cada hospital, a no ser que haya unos protocolos establecidos.

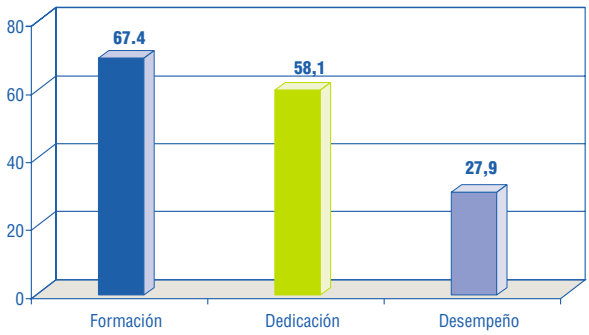
En **Anestesia,** el 29,9% cree que la labor que se realiza es excelente, 24,3% aceptable, el 41,1% mejorable y 4,7% deficiente (gráfico 16).

Gráfico 16. Valoración en anestesia.



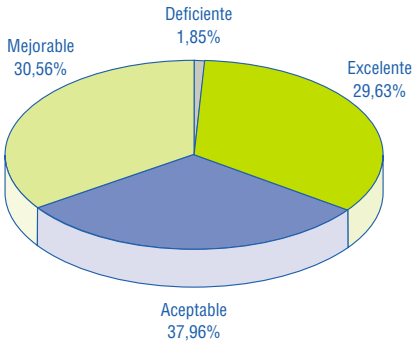
Quienes eligieron la "opción mejorable" debían indicar en qué aspecto: 67,4% responden en formación, 58,1% en dedicación (definida como: acción y efecto de dedicarse intensamente a una profesión o trabajo), 27,9% en desempeño (definida como: cumplir las obligaciones inherentes a una profesión, cargo y oficio) y 7% en otros aspectos, entre los que cabe destacar petición de aumento de personal de enfermería, que se considera insuficiente en algunos casos (gráfico 17).

Gráfico 17.



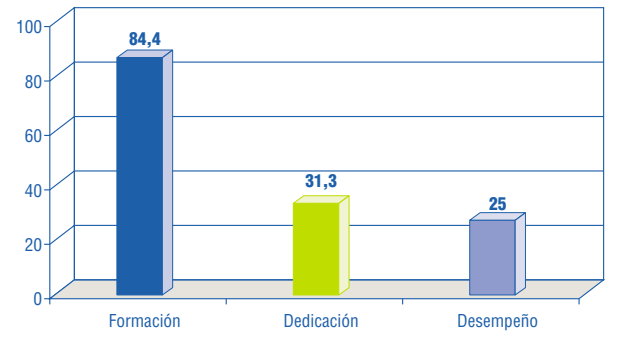
En **Despertar, UCPA y reanimación** respondieron 29,6% excelente, 38% aceptable, 30,6% mejorable y 1,9% deficiente (gráfico 18).

Gráfico 18. Valoración en URPA.



Dentro de la opción mejorable: el 84,4% en formación, 31,3% en dedicación y 25% en desempeño (gráfico 19).

Gráfico 19.

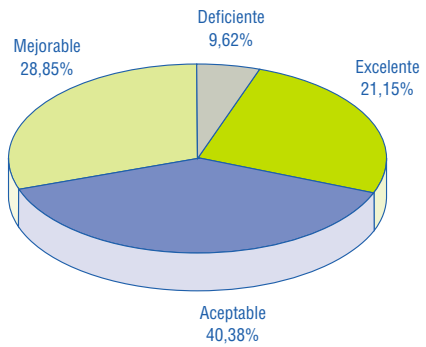


Parece que hay una mayor satisfacción respecto al trabajo realizado en estas unidades (67,6% excelente o aceptable frente al 54,2% correspondiente a la anestesia), quizás en relación con la mayor incidencia en los cuidados, la observación y la vigilancia que se efectúa en estas unidades de manera autónoma y sin una supervisión tan directa del médico.

En la **Unidad del dolor**, sólo respondieron el 46,4% de los encuestados por no existir unidad del dolor en su centro o desconocer su funcionamiento, en caso de haberla.

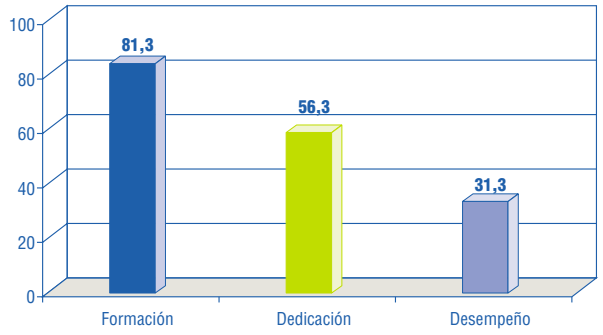
De esta cifra, 21,1% valora el trabajo como excelente, 40,4% aceptable, 28,8% mejorable y 9,6% deficiente (gráfico 20).

Gráfico 20. Valoración en unidad del dolor.



El 81,3% cree que el personal debe mejorar en formación, el 56,3% en dedicación y 31,3% en desempeño (gráfico 21).

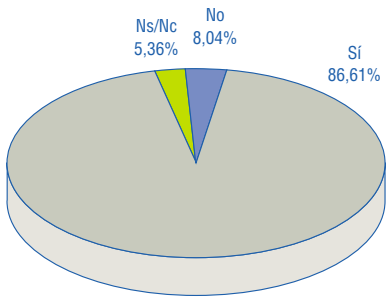
Gráfico 21.



Se puede concluir que, en general, la valoración de los anestesiólogos, respecto al trabajo que realiza enfermería, es buena pero un porcentaje importante corresponde a quienes piensan que puede mejorar, sobresaliendo el aspecto de la formación sobre los demás.

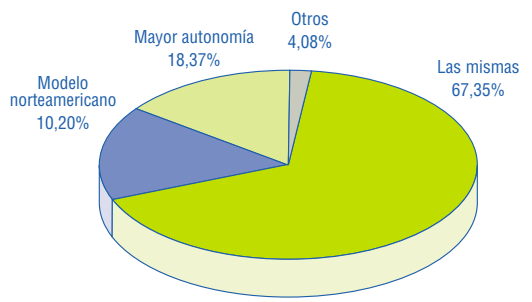
Por fin, llegamos al objetivo principal de esta encuesta, la pregunta clave: **¿Cree necesaria una especialidad propia de enfermería en anestesia, reanimación y terapia del dolor, reconocida por el Ministerio de Educación?** El 86,6% responde afirmativamente, el 8% responde no y sólo el 5,4% ns/nc (gráfico 22). No existe relación significativa con ninguna otra variable debido a la casi unanimidad de las respuestas.

Gráfico 22. Necesidad de especialidad.



El alto porcentaje de respuestas afirmativas, no ha dejado lugar a dudas. Sin embargo ¿Qué **funciones** deberían realizar estos especialistas, según el criterio de los médicos? ¿Cuál sería su papel dentro del equipo? Un 67,3% opina que realizarían las mismas funciones que en la actualidad pero con una formación reglada, el 18,4% eligen "mayor autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente", el 10,2% piensan que lo mejor sería instaurar el modelo norteamericano[13] (realizar la anestesia completa y de manera independiente bajo la supervisión de un anestesiólogo) y un 4,1% quieren las mismas funciones pero con mayor autonomía y responsabilidad (gráfico 23).

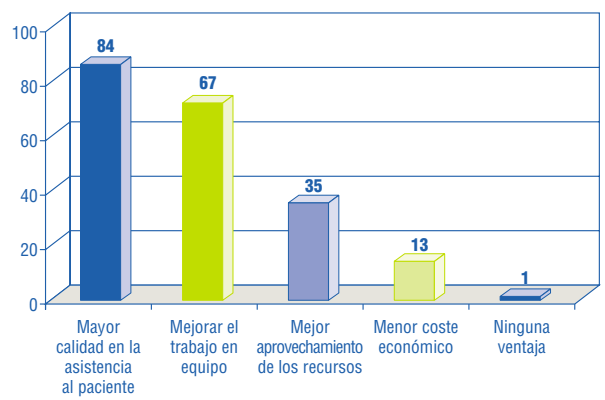
Gráfico 23. Funciones del enfermero especialista



En la última pregunta se pedía, a los anestesistas, que **señalaran las posibles ventajas, en su opinión, que esta especialización de enfermería podría aportar al sistema sanitario.**

Las respuestas son las que siguen: mayor calidad en la asistencia al paciente 84%, mejorar el trabajo en equipo 67%, mejor aprovechamiento de los recursos 35%, menor coste económico 13% y ninguna ventaja 1% (gráfico 24).

Gráfico 24.



Recapitulando estas últimas cuestiones, hay una opinión casi unánime, por parte de los anestesiólogos, sobre la necesidad de la especialidad de enfermería en anestesia, reanimación y terapia del dolor que supla las carencias de formación existentes; pero realizando las mismas funciones que hasta el momento o, a lo sumo, con una mayor autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente.

De esta forma, piensan que se conseguiría una mayor calidad en la asistencia, mejorando el trabajo en equipo y el aprovechamiento de los recursos humanos.

3

Encuesta de Médicos Internos Residentes en Anestesia.

Hay 24 MIR de anestesia formándose en Aragón. De ellos 16 (66,7%) lo hacen en el HUMS y 8 (33,3%) en el HCU, ambos en Zaragoza. Las encuestas fueron contestadas por los 24, el 100% de cumplimentación.

En las nuevas promociones se invierten las proporciones de género con un 62,5% de mujeres y un 37,5% de hombres

El hecho de diferenciar, en la encuesta, a los médicos residentes de los anestesistas ya formados, es fruto de la curiosidad por constatar si ciertas actitudes se inculcan en las facultades de Medicina o se adquieren con la experiencia profesional.

Si establecemos unas tablas comparativas entre los resultados de los anestesiólogos y los de los MIR se observa una misma tendencia en las respuestas pero con ciertos matices que vamos a señalar (tabla 5):

■ Respecto a las funciones de enfermería, en anestesia se inclinan abrumadoramente por "ayudar al anestesiólogo"; sin embargo en Despertar, UCPA o Reanimación, el porcentaje es sensiblemente más bajo inclinándose más por elegir la opción que se refiere a los cuidados, con predominio de respuestas del sexo femenino y mayor año de residencia.

■ Valoran mucho mejor que sus compañeros anestesiólogos el trabajo que se realiza, tanto en anestesia como en UCPA, reanimación o en la unidad del dolor. Insisten menos en la necesidad de mejorar y no se encuentra relación significativa según el sexo o el año de residencia.

■ Son mayoría también los que creen necesaria la especialización de enfermería pero aumenta la cifra de dudosos y no hay ninguna contestación negativa.

■ En cuanto a las funciones del futuro especialista de enfermería en anestesia eligen "las mismas…" por discreta mayoría, seguida de "mayor autonomía y responsabilidad…"

Hay un porcentaje de abstenciones significativo que no existía en el caso de los anestesiólogos y sólo un 4,2% se inclina por el modelo norteamericano. Lógico porque, en cierto modo, un especialista de este tipo podría ser un competidor a la hora de encontrar trabajo.

■ Entre las aportaciones de la especialidad al sistema sanitario actual optan, con gran ventaja sobre las demás respuestas, por una mejora de la calidad asistencial y del trabajo en equipo.

Tabla 5. Comparación de las encuestas de anestesiólogos y MIR de anestesia.

		Anestesiólogos	MIR de anestesia
Funciones de Enfermería como			
Ayudante en Anestesia		85,7%	**95,8%**
A las órdenes del anestesiólogo		**56,3%**	30,4%
Detectar necesidades en UCPA		51,8%	52,2%
Ayudante en unidad del dolor		72,2%	71,4%
Valoración de Enfermería	*En Anestesia*		
Excelente + Aceptable		54,2%	**73,9%**
Mejorable		41,1%	26,1%
	En UCPA		
Excelente + Aceptable		67,6%	**91,3%**
Mejorable		30,6%	8,7%
	En Unidad del Dolor		
Excelente + Aceptable		61,5%	**76,4%**
Mejorable		28,8%	17,6%
Especialidad de Enfermería			
Sí		**86,6%**	83,3%
No		8%	0%
Ns/Nc		5,4%	**16,7%**
Funciones del enfermero especialista			
Las mismas		**67,3%**	58,3%
Mayor autonomía y responsabilidad		18,4%	**25%**
Modelo norteamericano		10,2%	4,2%
Abstenciones		0%	12,5%
Aportaciones de la especialidad			
Mayor calidad		84%	**90,9%**
Mayor trabajo en equipo		67%	77,3%
Mejorar aprovechamiento de recursos		35%	18,2%
Menor coste económico		13%	9,1%

CONCLUSIONES

Por una parte, hay una demanda mayoritaria por parte de enfermeras y anestesistas de una formación y nivel de entrenamiento especializados acordes con la tecnología y las necesidades del momento. Y, por otra parte, existe el miedo a perder la visión global de la persona, al focalizar en un aspecto de su proceso de salud/enfermedad; y, por tanto, al desintegrar al paciente, deshumanizar la asistencia.

Sin embargo, una formación adecuada ayudará a organizar y reforzar el plan de cuidados de enfermería ordenado por prioridades. En la actualidad, se hace énfasis en mejorar todavía más el resultado operatorio, por eso son tan importantes los períodos:

- preoperatorio (visita preanestésica, psicoprofilaxis quirúrgica),
- intraoperatorio (monitorización exhaustiva, confortabilidad de la posición del paciente y demás cuidados físicos etc.),
- postoperatorio (sala de Despertar, UCPA, Reanimación y unidad del dolor).

En estos tres momentos siempre hay o debería haber un/a enfermera/o realizando su trabajo al lado del paciente, ejerciendo el cuidado de manera continua en todos los procesos, con discreción, con responsabilidad dando respuesta a las necesidades del otro, ayudando a soportar la experiencia dolorosa (ya sea física, emocional, psicológica, social o espiritual), comprendiendo y estando presente para paliar la soledad del abandono que el acto quirúrgico entraña. Cuando se realizan estas acciones del cuidar existe una diferencia notable en la asistencia que no puede traducirse en cifras con tanta facilidad como otros resultados, por referirse al entorno cualitativo del ser humano, a no ser que existan unos protocolos establecidos con objetivos concretos y medibles que pongan de manifiesto nuestro papel insustituible.

Muchas veces esta labor pasa inadvertida y no es reconocida ni valorada por el resto del equipo ni por las propias direcciones de enfermería, como ponen de manifiesto los resultados de la encuesta. Pero quienes cuidamos también somos seres humanos vulnerables y limitados en nuestras condiciones ontológicas y capacidades técnicas y humanas[14]. La persona que cuida

también requiere cuidados. Y esto significa atención a sus demandas de medios, de personal, de formación. Atención a sus inquietudes por mejorar, por ofrecer año tras año lo mejor de sí mismos a pesar del cansancio y las dificultades. Atención a las manifestaciones de malestar que son indicadores de necesidades no cubiertas.

Desde que en el año 1977 se consiguió ascender en el nivel académico con la Diplomatura, la enfermería ha progresado mucho desarrollando su cuerpo de conocimientos, actividades e investigación y afirmándose como ciencia de los cuidados con reconocimiento mundial. Sin embargo, en España seguimos esperando la acreditación oficial de las especialidades y de la licenciatura que permita completar el ciclo académico y consolidar nuestro saber y nuestra práctica, tal y como necesita el sistema sanitario y demandan los profesionales.

Igual que una persona necesita de las dos piernas para andar; la sanidad, desde una concepción holística de la salud, ha de tomar en igual consideración a los dos procesos: curar y cuidar. Ambos son necesarios, complementarios y armónicos para poder caminar con seguridad y poder superar los obstáculos. Si sólo se incide en un aspecto y no se deja desarrollar al otro el sistema marchará cojo y con mucha dificultad alcanzará la meta.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer la buena disposición general, tanto de enfermeras como de anestesiólogos, a colaborar en este estudio dando sus opiniones. La inestimable colaboración de los responsables de enfermería de los bloques quirúrgicos velando por el éxito del proyecto. Y las facilidades proporcionadas por las direcciones de enfermería de los centros encuestados. Todas estas actitudes indican que todavía se mantienen vivos: el interés del personal por su trabajo, las ganas de mejorar y la preocupación por ofrecer calidad en la asistencia como ha quedado reflejado en los resultados estadísticos obtenidos.

En particular mi agradecimiento a Manuela Lanzuela (Unidad de Apoyo a la Investigación, Hospital Universitario Miguel Servet), Teresa Plumed y Dr. José Prats (Hospital Obispo Polanco de Teruel), Rosa Calvo y Dr. J. Miguel Ibarra (Hospital San Jorge de Huesca), Amparo Vallejo, Darclé Velasco, Araceli Calvo y Dr. José Cuartero (Hospital Clínico Universitario de Zaragoza), Faustino Bueno y Dra. Carmen Bono (Hospital Royo Villanova), Pilar Medina y Dr. José Rodríguez (Hospital Provincial de Zaragoza), Carmen Ramos, Ester, Dr. Juan Andrés y Dr. Fernando Bosque (HUMS– CRTQ), Araceli Vela, Gloria Bara, Amalia Mesa, Dr. Ricardo Ruiz y Dr. Julián Ruiz (HUMS–Residencia General), Inmaculada Marín, Marisa Catalá, Carmen Rubio y Dr. Manuel Molero (HUMS–Materno Infantil), Aida, Marisol Grau y Dr. Luciano Sánchez (Hospital Comarcal de Barbastro), Teresa Benedicto y Dr. Roberto Gómez (Hospital de Alcañiz), Ana Isabel Sanz, (Consorcio Hospitalario de Jaca), Mª. José Bonet y Dr. Enrique Escrivá (Hospital. Militar de Zaragoza), Manuela Aniés y Dr. Manuel Carasol (Mutua de Accidentes de Zaragoza), Mª. Jesús Forcén (Hospital de Calatayud), Isabel Gimeno y María Calvo (Clínica Quirón), Ana, Isabel y Gemma (secretarias de subdirección médica y bloque quirúrgico, HUMS–CRTQ), Dr. José A. Salvador (Departamento de Ciencias de la Documentación de la Universidad de Zaragoza) y a todos los encuestados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Watson J. Nursing.** *The philosophy and science of caring.* Boston: 1979, pp. 8-9.
2. **Leininger, M.** *Care: The essence of nursing and health.* Thorofare: 1984, p. 7.
3. **Torralba i Roselló, F.** *Antropología del cuidar.* Barcelona: Institut Borja de Bioética; Fundación MAPFRE Medicina, 1998, p. 306.
4. Para un análisis de la situación de esta especialidad, véase **Rod, P.** *Formation et situation en Europe des infirmiers anesthésistes.* http://www.snia.asso.fr/ifna /Formation-Europe.html. Consultado: 8/3/2002.
5. **Fortín, M.F.** *El proceso de investigación: de la concepción a la realización.* México: McGraw-Hill Interamericana, 1999.
6. **Rojas Tejada, A.; Fernández Prados, J.S.; Pérez Meléndez, C.** *Investigar mediante encuestas. Fundamentos teóricos y aspectos prácticos.* Madrid: Síntesis, 1998.
7. **Martín Andrés, A.; Luna del Castillo, J.D.** *Bioestadística para Ciencias de la Salud.* Madrid: Norma, 1994. Agradezco el asesoramiento del Dr. José Antonio Salvador del Departamento de Ciencias de la Documentación de la Universidad de Zaragoza.
8. **Torralba,** op. cit., p. 128.
9. **Ref. Freixa García. J.; Marcos Sáiz, M.** *La figura de la Enfermería de Anestesia. Enfermería en Anestesia-Reanimación y Terapia del Dolor,* 1996; 4: 10-13.
10. **Cfr. Ortiz Gómez, T.** *El género, organizador de profesiones sanitarias.* En: Miqueo, C.; Tomás, C.; Tejero, C.; Barral, MJ.; Fernández, T.; Yago, T.; editores. Perspectivas de género en salud. Madrid: Minerva, 2001; 53-76.
11. **Cit. en Bonner, S.** *Criterios de ingreso y alta.* En: Frost, E.A.; Goldiner, P.L. editores. Cuidados Postanestésicos. Barcelona: Doyma, 1994; 3-10.
12. **Grenier, R.; Drapeau, J.; Désautels, J.** *Normes et critéres de qualité des soins infirmiers.* Montreal: Décarie, 1989.
13. Véase http://www.aana.com.
14. **Torralba,** op. cit., p. 319.

ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario para enfermería

1. Sexo:

Mujer ☐ Hombre ☐

2. Titulación académica:

ATS ☐ ATS con convalidación a DUE ☐ DUE ☐

3. Centro de trabajo. Hospital: .....

Privado ☐ Público ☐

4. Años de experiencia profesional:

.....

5. Puesto de trabajo actual:

Quirófano-anestesia ☐ Sala de reanimación o despertar ☐ Unidad del dolor ☐

6. ¿Cuántos años ha permanecido en total en uno o varios de los puestos de trabajo citados en la pregunta nº 5?

.....

7. ¿Siente que su trabajo es valorado y reconocido por:

- sus compañeros? Sí ☐ No ☐ Indiferente ☐
- los anestesiólogos? Sí ☐ No ☐ Indiferente ☐
- la dirección de enfermería? Sí ☐ No ☐ Indiferente ☐
- el paciente? Sí ☐ No ☐ Indiferente ☐

8. ¿Cree necesaria una especialidad propia de enfermería en anestesia, reanimación y terapia del dolor, reconocida por el Ministerio de Educación?

Sí ☐ No ☐ Ns/Nc ☐

9. ¿Le parece aceptable la propuesta del Ministerio de incluir esta especialidad dentro de una rama común denominada cuidados especiales, junto con UCI, cardiología, hemodiálisis, etc.?

Sí ☐ No ☐ Ns/Nc ☐

10. ¿A su juicio, qué tipo de estudios deberían cursarse para ser especialista?

Curso postgrado. Nivel de master ☐

Estudios tipo MIR, como matrona y salud mental ☐

Una opción dentro de una licenciatura en Enfermería ☐

Otros: .....

11. ¿Según su opinión, cómo deberían integrarse en la nueva titulación los profesionales de enfermería que tienen años de experiencia en el área de anestesia, reanimación y terapia del dolor?

El centro de trabajo debería proporcionar facilidades para estos estudios ☐

Realizar un curso de convalidación para obtener el título de especialista ☐

Reconocer como enfermeros especialistas a los que demuestren haber trabajado durante al menos cinco años consecutivos en el campo de la anestesia ☐

Otros: .....

12. Esta titulación podría aportarle (elija una o varias opciones):

Mayor nivel de conocimientos y experiencia ☐ Mayor calidad en la asistencia al paciente ☐

Mayor reconocimiento profesional ☐ Nada ☐

Mayor nivel económico ☐ Otros: .....

Anexo 2. Cuestionario para anestesistas

1. Sexo:

Mujer ☐ Hombre ☐

2. Centro de trabajo. Hospital: .....

Privado ☐ Público ☐

3. Años de práctica profesional:

.....

4. ¿En el bloque quirúrgico del hospital donde trabaja, hay destinado personal de enfermería en exclusiva para anestesia?

Sí ☐ No ☐

5. ¿Según su experiencia, cuál es la labor más relevante que desempeñan las/os enfermeras/os en los siguientes puestos?

5.1. Anestesia

Cargar y preparar medicación ☐
Ayudar al anestesiólogo ☐
Vigilar la evolución del paciente durante el acto quirúrgico ☐
Otros: .....

5.2. Sala de Despertar, URPA o Reanimación.

Toma de constantes vitales y administración de medicación ☐
Llevar a cabo las órdenes del anestesiólogo ☐
Detectar necesidades del paciente y actuar en consecuencia ☐
Otros: .....

5.3. Unidad del dolor.

Rellenar recetas y preparar las historias de los pacientes ☐
Ayudar al anestesiólogo ☐
Vigilar la evolución del paciente durante el tratamiento del dolor ☐
Otros: .....

6. ¿Qué valoración le merece el trabajo que realiza dicho personal?:

6.1. Anestesia.

Excelente ☐ Mejorable ☐ **¿En qué aspecto?** Formación ☐ Dedicación ☐ Desempeño ☐ Otros: .....
Aceptable ☐ Deficiente ☐

6.2. Sala de Despertar, URPA o Reanimación.

Excelente ☐ Mejorable ☐ **¿En qué aspecto?** Formación ☐ Dedicación ☐ Desempeño ☐ Otros: .....
Aceptable ☐ Deficiente ☐

6.3. Unidad del dolor.

Excelente ☐ Mejorable ☐ **¿En qué aspecto?** Formación ☐ Dedicación ☐ Desempeño ☐ Otros: .....
Aceptable ☐ Deficiente ☐

7. ¿Cree necesaria una especialidad propia de enfermería en anestesia, reanimación y terapia del dolor, reconocida por el Ministerio de Educación?

Sí ☐ No ☐ Ns/Nc ☐

8. En caso afirmativo ¿a su juicio, qué funciones realizarían estos especialistas?

Las mismas que en la actualidad pero con una formación reglada. ☐
Como el modelo norteamericano: realizar técnicas que ahora son privativas de los médicos (intubación, manejo de aparatos de anestesia, punción lumbar, etc.) bajo la supervisión de un anestesiólogo. ☐
Mayor autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente. ☐
Otros: .....

9. ¿En su opinión, qué ventajas podría aportar esta especialidad al actual modelo sanitario? Elija una o varias de estas opciones:

Mayor calidad en la asistencia al paciente ☐
Mejorar el trabajo en equipo ☐
Mejor aprovechamiento de los recursos ☐
Menor coste económico ☐
Ninguna ventaja ☐
Otras: .....

Anexo 3. Cuestionario para MIR en anestesia

1. Sexo:

Mujer ☐ Hombre ☐

2. Hospital de residencia:

.....

3. Años de presidencia:

.....

4. ¿En el bloque quirúrgico del hospital donde trabaja, hay destinado personal de enfermería en exclusiva para anestesia?

Sí ☐ No ☐

5. ¿Según su experiencia, cuál es la labor más relevante que desempeñan las/os enfermeras/os en los siguientes puestos?

5.1. Anestesia

Cargar y preparar medicación ☐
Ayudar al anestesiólogo ☐
Vigilar la evolución del paciente durante el acto quirúrgico ☐
Otros: .....

5.2. Sala de Despertar, URPA o Reanimación.

Toma de constantes vitales y administración de medicación ☐
Llevar a cabo las órdenes del anestesiólogo ☐
Detectar necesidades del paciente y actuar en consecuencia ☐
Otros: .....

5.3. Unidad del dolor.

Rellenar recetas y preparar las historias de los pacientes ☐
Ayudar al anestesiólogo ☐
Vigilar la evolución del paciente durante el tratamiento del dolor ☐
Otros: .....

6. ¿Qué valoración le merece el trabajo que realiza dicho personal?:

6.1. Anestesia.

Excelente ☐ Mejorable ☐ **¿En qué aspecto?** Formación ☐ Dedicación ☐ Desempeño ☐ Otros: .....
Aceptable ☐ Deficiente ☐

6.2. Sala de Despertar, URPA o Reanimación.

Excelente ☐ Mejorable ☐ **¿En qué aspecto?** Formación ☐ Dedicación ☐ Desempeño ☐ Otros: .....
Aceptable ☐ Deficiente ☐

6.3. Unidad del dolor.

Excelente ☐ Mejorable ☐ **¿En qué aspecto?** Formación ☐ Dedicación ☐ Desempeño ☐ Otros: .....
Aceptable ☐ Deficiente ☐

7. ¿Cree necesaria una especialidad propia de enfermería en anestesia, reanimación y terapia del dolor, reconocida por el Ministerio de Educación?

Sí ☐ No ☐ Ns/Nc ☐

8. En caso afirmativo ¿a su juicio, qué funciones realizarían estos especialistas?

Las mismas que en la actualidad pero con una formación reglada. ☐
Como el modelo norteamericano: realizar técnicas que ahora son privativas de los médicos (intubación, manejo de aparatos de anestesia, punción lumbar, etc.) bajo la supervisión de un anestesiólogo. ☐
Mayor autonomía y responsabilidad en la toma de decisiones respecto al cuidado del paciente. ☐
Otros: .....

9. ¿En su opinión, qué ventajas podría aportar esta especialidad al actual modelo sanitario? Elija una o varias de estas opciones:

Mayor calidad en la asistencia al paciente ☐
Mejorar el trabajo en equipo ☐
Mejor aprovechamiento de los recursos ☐
Menor coste económico ☐
Ninguna ventaja ☐
Otras: .....

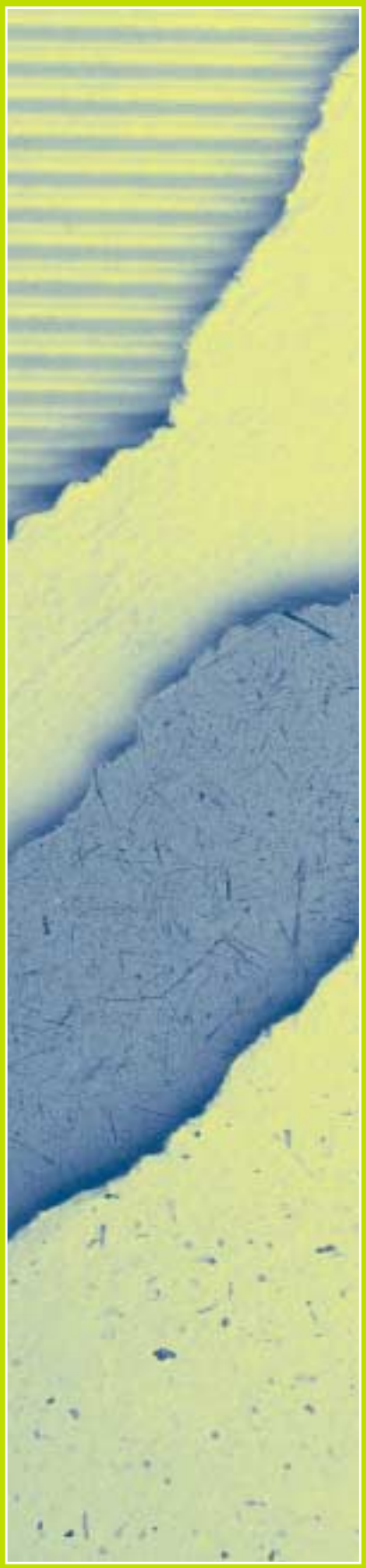
Anexo 4. Tablas de frecuencias de demografía profesional de la encuesta de enfermería

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Centro de trabajo. Hospital					
Valid	Privado	12	4.7	4.7	4.7
	Público	241	95.3	95.3	100.0
	Total	253	100.0	100.0	
Sexo					
Valid	Mujer	243	96.0	96.0	96.0
	Hombre	10	4.0	4.0	100.0
	Total	253	100.0	100.0	
Titulación académica					
Valid	ATS	13	5.1	5.1	5.1
	ATS c/convalidación DUE	115	45.5	45.5	50.6
	DUE	125	49.4	49.4	100.0
	Total	253	100.0	100.0	
Hospital					
Valid	HUMS-General	50	19.8	19.8	19.8
	HUMS-CRTQ	31	12.3	12.3	32.0
	HUMS-Materno Infantil	24	9.5	9.5	41.5
	Clínico	12	4.7	4.7	46.2
	Royo Villanova	11	4.3	4.3	50.6
	Provincial	13	5.1	5.1	55.7
	MAZ	5	2.0	2.0	57.7
	Militar	5	2.0	2.0	59.7
	Quirón	7	2.8	2.8	62.5
	Huesca	13	5.1	5.1	67.6
	Barbastro	25	9.9	9.9	77.5
	Jaca	7	2.8	2.8	80.2
	Calatayud	9	3.6	3.6	83.8
	Teruel	23	9.1	9.1	92.9
	Alcañiz	18	7.1	7.1	100.0
	Total	253	100.0	100.0	
Años de experiencia profesional					
Valid	1	9	3.6	3.6	3.6
	2	6	2.4	2.4	6.0
	3	9	3.6	3.6	9.6
	4	7	2.8	2.8	12.4
	5	3	1.2	1.2	13.6
	6	6	2.4	2.4	16.0
	7	4	1.6	1.6	17.6
	8	6	2.4	2.4	20.0
	9	8	3.2	3.2	23.2
	10	6	2.4	2.4	25.6
	11	9	3.6	3.6	29.2
	12	6	2.4	2.4	31.6
	13	12	4.7	4.8	36.4
	14	7	2.8	2.8	39.2
	15	10	4.0	4.0	43.2
	16	8	3.2	3.2	46.4
	17	5	2.0	2.0	48.4
	18	2	.8	.8	49.2
	19	1	.4	.4	49.6
	20	11	4.3	4.4	54.0
	21	6	2.4	2.4	56.4
	22	9	3.6	3.6	60.0
	23	9	3.6	3.6	63.6
	24	15	5.9	6.0	69.6
	25	19	7.5	7.6	77.2
	26	19	7.5	7.6	84.8
	27	11	4.3	4.4	89.2
	28	7	2.8	2.8	92.0
	29	6	2.4	2.4	94.4
	30	11	4.3	4.4	98.8
	31	1	.4	.4	99.2
	32	1	.4	.4	99.6
	33	1	.4	.4	100.0
	Total	250	98.8	100.0	
Missing	System	3	1.2		
Total		253	100.0		
Puesto de trabajo actual					
Valid	Quirófano-anestesia	192	75.9	75.9	75.9
	Sala de reanimación o despertar	59	23.3	23.3	99.2
	Unidad del dolor	2	.8	.8	100.0
	Total	253	100.0	100.0	
Años de puesto en anestesia o reanimación					
Valid	1	29	11.5	11.6	11.6
	2	17	6.7	6.8	18.4
	3	18	7.1	7.2	25.6
	4	12	4.7	4.8	30.4
	5	12	4.7	4.8	35.2
	6	8	3.2	3.2	38.4
	7	7	2.8	2.8	41.2
	8	9	3.6	3.6	44.8
	9	12	4.7	4.8	49.6
	10	18	7.1	7.2	56.8
	11	5	2.0	2.0	58.8
	12	9	3.6	3.6	62.4
	13	1	.4	.4	62.8
	14	7	2.8	2.8	65.6
	15	8	3.2	3.2	68.8
	16	4	1.6	1.6	70.4
	17	4	1.6	1.6	72.0
	18	4	1.6	1.6	73.6
	19	5	2.0	2.0	75.6
	20	4	1.6	1.6	77.2
	21	5	2.0	2.0	79.2
	22	5	2.0	2.0	81.2
	23	7	2.8	2.8	84.0
	24	5	2.0	2.0	86.0
	25	10	4.0	4.0	90.0
	26	8	3.2	3.2	93.2
	27	7	2.8	2.8	96.0
	28	3	1.2	1.2	97.2
	29	4	1.6	1.6	98.8
	30	2	.8	.8	99.6
	31	1	.4	.4	100.0
	Total	250	98.8	100.0	
Missing	System	3	1.2		
Total		253	100.0		

Anexo 5. Tablas de frecuencias de demografía profesional de la encuesta de anestesistas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Sexo					
Valid	Mujer	41	36,6	36,6	36,6
	Hombre	71	63,4	63,4	100,0
	Total	112	100,0	100,0	
Centro de trabajo					
Valid	Privado	11	9,8	9,8	9,8
	Público	101	90,2	90,2	100,0
	Total	112	100,0	100,0	
Hospital					
Valid	HUMS-General	13	11,6	11,6	11,6
	HUMS-CRTQ	14	12,5	12,5	24,1
	HUMS-Materno Infantil	10	8,9	8,9	33,0
	Clínico	17	15,2	15,2	48,2
	Royo Villanova	3	2,7	2,7	50,9
	Provincial	9	8,0	8,0	58,9
	MAZ	8	7,1	7,1	66,1
	Militar	6	5,4	5,4	71,4
	Quirón	3	2,7	2,7	74,1
	Huesca	10	8,9	8,9	83,0
	Barbastro	4	3,6	3,6	86,6
	Jaca	1	,9	,9	87,5
	Calatayud	3	2,7	2,7	90,2
	Teruel	6	5,4	5,4	95,5
	Alcañiz	5	4,5	4,5	100,0
	Total	112	100,0	100,0	
Años de práctica profesional					
Valid	1	6	5,4	5,5	5,5
	2	1	,9	,9	6,4
	4	2	1,8	1,8	8,3
	5	6	5,4	5,5	13,8
	6	7	6,3	6,4	20,2
	7	3	2,7	2,8	22,9
	8	7	6,3	6,4	29,4
	9	3	2,7	2,8	32,1
	10	4	3,6	3,7	35,8
	11	2	1,8	1,8	37,6
	12	4	3,6	3,7	41,3
	13	2	1,8	1,8	43,1
	15	4	3,6	3,7	46,8
	16	2	1,8	1,8	48,6
	17	4	3,6	3,7	52,3
	19	2	1,8	1,8	54,1
	20	5	4,5	4,6	58,7
	21	7	6,3	6,4	65,1
	22	5	4,5	4,6	69,7
	23	3	2,7	2,8	72,5
	24	3	2,7	2,8	75,2
	25	4	3,6	3,7	78,9
	26	4	3,6	3,7	82,6
	27	1	,9	,9	83,5
	29	2	1,8	1,8	85,3
	30	4	3,6	3,7	89,0
	31	1	,9	,9	89,9
	32	2	1,8	1,8	91,7
	33	4	3,6	3,7	95,4
	34	2	1,8	1,8	97,2
	35	1	,9	,9	98,2
	39	1	,9	,9	99,1
	40	1	,9	,9	100,0
	Total	109	97,3	100,0	
Missing	System	3	2,7		
Total		112	100,0		

Trabajos originales



TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LA FÍSTULA POSTQUIRÚRGICA EN LA CIRUGÍA FARINGO-LARÍNGEA

1er. Premio Científico de Enfermería 2003

FRANCISCA MARTÍNEZ LOZANO

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

RESUMEN

Descriptores: *fístula, faringe, laringectomía, laringe.*

Introducción: *Los faringostomas son comunicaciones de la cavidad faríngea con el exterior, constituyen una complicación frecuente en la cirugía faringo-laríngea, lo que representa un aumento de la estancia media hospitalaria.*

Material y Métodos: *Realizamos una revisión de 196 faringostomas sobre un millar de laringectomías realizadas en nuestro Servicio; estudiamos la incidencia con relación al estadio tumoral y técnica quirúrgica empleada.*

Resultados: *De los 1.032 casos intervenidos fueron 196 los se vieron afectados por una fístula postquirúrgica y de ellos 19 necesitaron cierre de fístula por primera intención. Podemos observar que en el tamaño 4 (T_4) y estadio tumoral 4 (E_4) es estadísticamente significativos ($p = 0,0001$) el número de pacientes fístulizados. Está claro que un T_4 y un E_4 reclama una cirugía de mayor extensión. En las diferentes técnicas quirúrgicas el estudio estadístico revelo que era muy significativo ($p = 0,0001$), siendo las laringectomías totales ampliadas las que provocaban este resultado.*

Conclusión: *El papel de Enfermería en estos pacientes es fundamental, ya que en más del 90% de los casos se llega a la curación mediante vendajes compresivos cervicales circulares.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de laringe es una patología frecuente, y en nuestro país las tasas de incidencia oscilan entre el 20,2 y el 28,7 por 100.000 habitantes. La laringectomía total es el órgano esencial para la fonación y la respiración, su extirpación constituye una mutilación en la vida del paciente. Su vida de relación se ve alterada de forma muy elocuente ya que existen significativos problemas de comunicación lo que ocasiona trastornos en la interacción social del paciente.

Nos podemos remontar a la civilización egipcia si queremos hablar de los comienzos de la traqueotomía, la primera registrada se cree que fue realizada en el año 124 A.C. por un médico griego llamado Asclepiades. Desde entonces ha sido practicada en muchas ocasiones con grandes precauciones y aún mayores riesgos.

A través de los siglos, y una vez que se descubrió que los cartílagos traqueales cicatrizan después de una incisión, la traqueotomía se convirtió en una técnica muy útil, La intubación traqueal ha cambiado considerablemente desde entonces y la traqueotomía hoy en día se utiliza sobretodo en urgencias y en procedimientos selectivos. Para mantener la traqueotomía abierta se utilizan las cánulas, estas son tubos que se insertan en el estoma de la traquea para mantener libres de obstrucciones las vías respiratorias.

En 1856 Türk y Czermak crearon de forma independiente el laringoscopio, lo que facilito la cirugía endolaríngea. Fue en 1873, cuando Billroth realizó la primera laringectomía con buenos resultados.

Una de las complicaciones más habituales en esta cirugía son los faringostomas, es la aparición de una fístula faringo-cutánea, estas son comunicaciones de la cavidad faríngea con el exterior, la cual se objetiva clínicamente por la aparición de saliva coincidiendo con la deglución. Es la complicación más frecuente en el postoperatorio de las laringectomías totales.

Son muchos los factores que puede desencadenar su aparición: la administración de radioterapia en dosis terapéuticas, la infección posquirúrgica, la traqueotomía previa a la cirugía, el tipo de cierre faríngeo, el tamaño y extensión del tumor, entre otros.

Es una complicación que se presenta con frecuencia y provoca que se alargue considerablemente la estancia del paciente en el hospital, aumentando la estancia media hospitalaria y el costo por cama, esto hace que se retrase la incorporación del paciente a la sociedad. El paciente se enfrenta a una situación nueva, donde el proceso de solución de su enfermedad puede mermar su calidad de vida y puede ser vivida con gran angustia marcando la vida de una persona.

Consideramos que es un problema relevante por su frecuencia, sus consecuencias tanto físicas como psicológicas sobre el usuario, sobre su familia y el coste económico al sistema sanitario publico, creo que estas circunstancias avalan la pertinencia del estudio.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Creemos que en la mayoría de los casos se llega a la curación mediante vendajes compresivos cervicales circulares.

Creemos que el papel de Enfermería en estos pacientes es fundamental, ya que su restablecimiento depende de la cura diaria.

Creemos que existiría una mejor calidad de vida del paciente si se reincorporase a su vida social pronto y acudiera a su centro de salud a realizar la cura diaria.

Nuestro objetivo es descubrir la efectividad y eficiencia de las curas con vendajes compresivos cervicales circulares, para que la fístula llegue a cerrarse.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tenemos que tener en cuenta que la cirugía no era la misma hace 30 años que en la actualidad, en los últimos 5 años la cirugía con láser se está utilizando con gran éxito en esta patología, al igual que la información sanitaria para el usuario. Esto hace que el paciente llegue a nuestra unidad con un buen estado de salud y un rápido diagnóstico, lo que provoca que en la actualidad, la cirugía sea en la mayoría de los casos menos agresiva.

Se realiza un estudio de la frecuencia de fistulización con relación a diferentes parámetros como el tamaño y estadio tumoral, la técnica quirúrgica empleada y la importancia de los vendajes compresivos cervicales circulares para el cierre de la fístula.

Población de estudio y método de selección:

Nuestro estudio se desarrolla con pacientes que ingresen en el Servicio de O. R.L. del Hospital (centro de referencia) entre 1974 al 2003.

La población diana serán los pacientes que sigan los siguientes:

Criterios de inclusión al estudio:

a Pacientes que sean intervenidos de una neoplasia laríngea.

b Que sea de primer episodio.

Criterios de exclusión al estudio:

a Por no estar indicada la intervención:

- a. debido a su edad,
- b. enfermedades concomitantes,
- c. existencia de metástasis.

Tipo de estudio:

Nuestra elección es el estudio descriptivo. A nuestro entender, el diseño que hemos elegido es el más adecuado al problema y los objetivos del estudio, y creemos que hay coherencia entre lo que queremos saber y la estrategia que se va a utilizar.

Para recoger los datos que se van a analizar empleamos:

- La historia clínica del paciente.
- Protocolo realizado por el servicio (ficha técnica).

Con ellos realizaremos un estudio longitudinal y retrospectivo en el que se considerará cada una de las variables por separado.

Variables y métodos de medida:

Consideramos importante codificar todas las variables antes de comenzar la recogida de datos. Esto puede evitar la aparición de sesgos.

- Variables cuantitativas: edad, días de estancia hospitalaria, días con sonda, estadio y tamaño tumoral.
- Variables cualitativas: sexo, técnica de intervención.

Análisis previsto

- Estadístico y cualitativo.
- De todas las variables: estadística descriptiva (proporciones, media, desviación estándar -DE-, intervalos de confianza -IC- y valores absolutos) y analítica (significación estadística: *p* de Pearson).
- En el cuestionario: preguntas abiertas y cerradas con pregunta control.
- Utilización del paquete informático Stat-View SE + Graphics™.

RESULTADOS

Se ha realizado un estudio de la frecuencia de fistulización, que comprende a todos los pacientes diagnosticados de cáncer de laringe e intervenidos en nuestra Unidad en los últimos 30 años, 1.032 casos intervenidos, de los cuales 196 se vieron afectados por una fístula posquirúrgica (Gráfico 1).

Gráfico 1. Intervención/Fístula

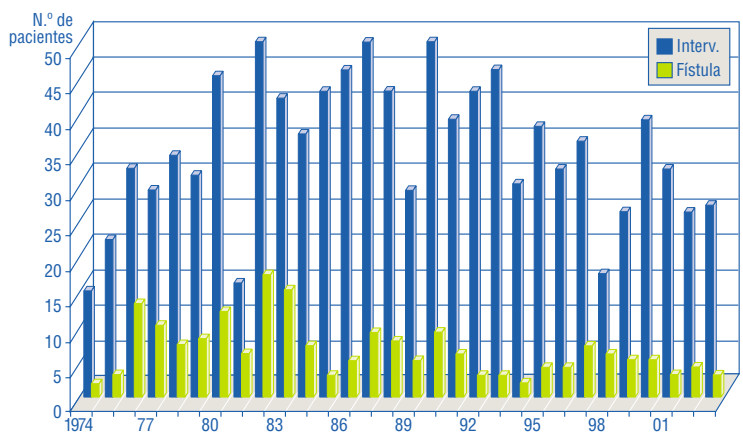


Gráfico 2. Fístula/año

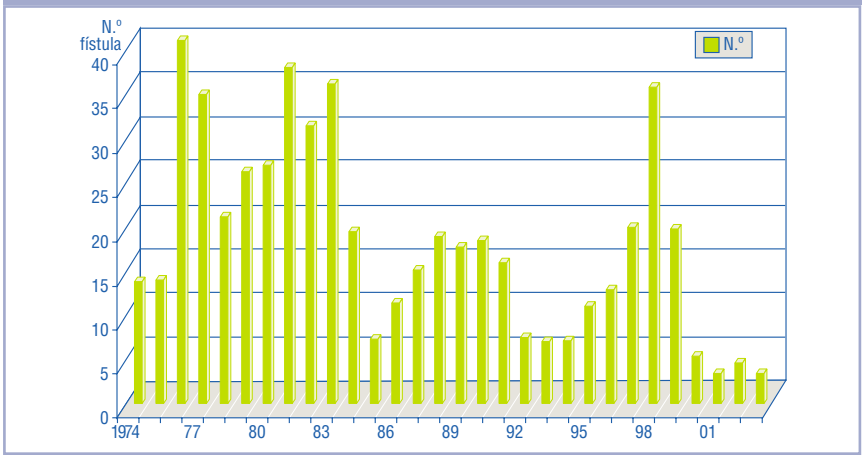


Gráfico 3. Por edad

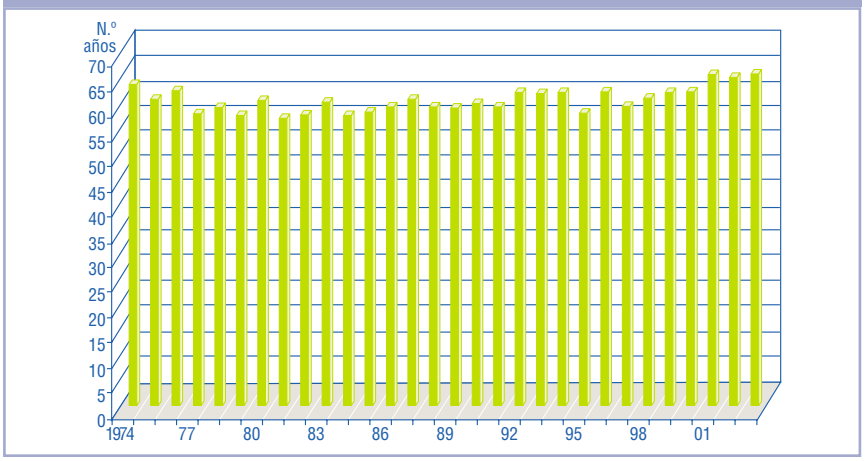


Gráfico 4. Tamaño tumoral

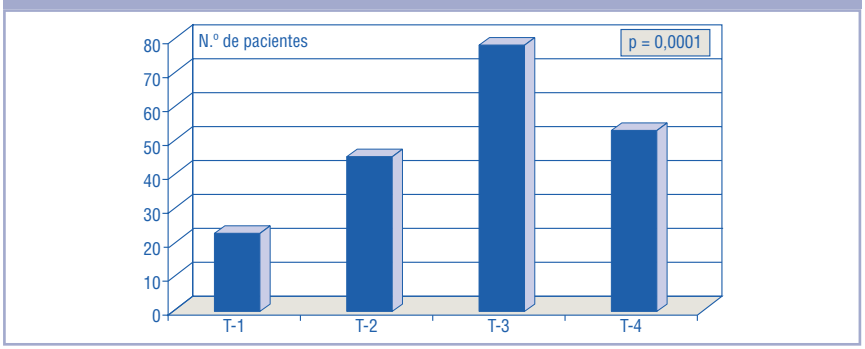
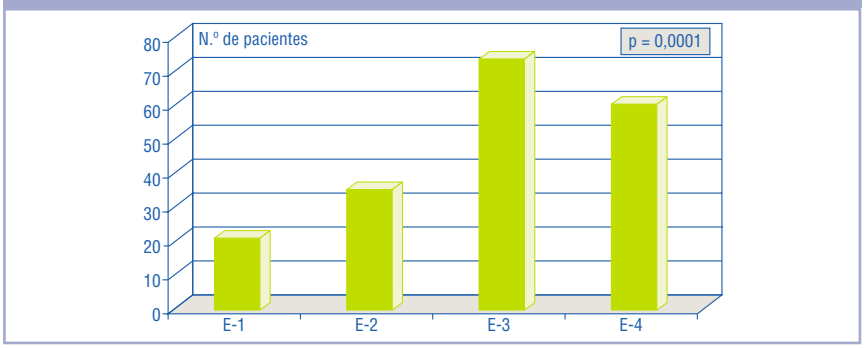


Gráfico 5. Estadio tumoral



Comprobamos que los picos en los gráficos del número de fístulas coinciden con periodos de obras de rehabilitación del hospital (Gráfico 2).

Es en la década de los 60 a 69 años en la que aparece con más frecuencia el cáncer de laringe y hay que realizar una laringectomía total. La edad media de los pacientes en nuestro estudio es de 78,9 años (Gráfico 3).

Se puede observar en el estudio estadístico como el tamaño tumoral es muy significativo (p = 0,0001), está significación nos viene dado por el T_1 - T_4, ya que el resto entra dentro de la media (Gráfico 4).

Se puede advertir en el estudio estadístico como el Estadio tumoral es muy significativo (p=0,0001), está significación nos viene dado por el E_1 - E_4, ya que el resto entra dentro de la media (Gráfico 5).

Podemos percibir que en el tamaño tumoral 4 (T_4) los pacientes fistulizados son del 39,1%, y en el estadio tumoral 4 (E_4) los pacientes fístulizados son del 29,7%. Está claro que un tamaño y estadio tumoral 4 (T_4, E_4) reclama una cirugía de mayor extensión.

En las diferentes técnicas quirúrgicas el estudio estadístico revelo que era muy significativo (p = 0,0001), siendo las laringectomías totales ampliadas las que provocaban este resultado.

Así nos encontramos que el porcentaje de fistulizados y los no fistulizados es de:

Tipo de intervención	% fistulizados	% no fistulizados
Laringectomía total ampliada	36,2	63,8
Laringectomía total	22,1	77,9
Laringectomía parcial (Supraglótica)	10,8	89,2
Cordectomía, hemilaringectomía…	1,6	98,4

Estos datos pueden indicar que existe una frecuencia de fistulización directamente proporcional a la cirugía empleada (Gráfico 6).

Gráfico 6. Técnica de intervención

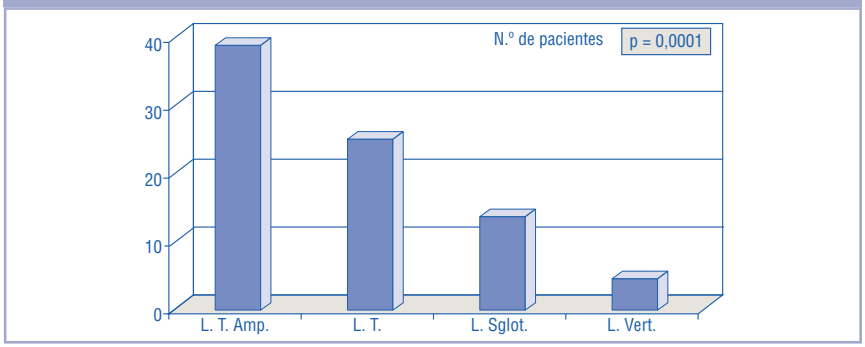
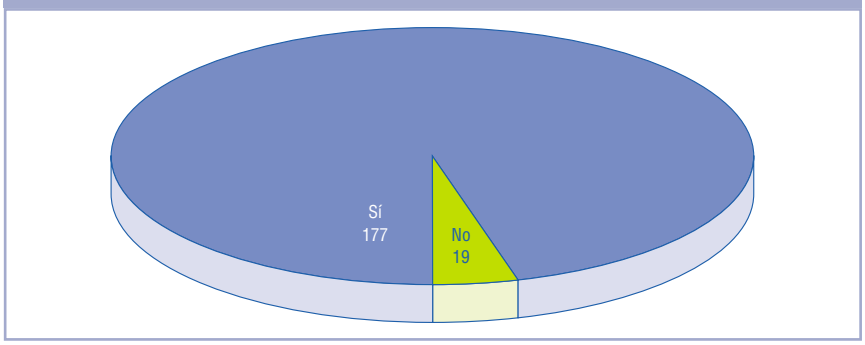


Gráfico 7. Cierre faringostoma



En el caso de los 196 pacientes sometidos a estudio no se cerro por segunda intención la fístula en 19, que tuvieron que ser sometidos a cierre quirúrgico, mientras que en los 177 restantes se cerró con tratamiento conservador (Gráfico 7).

Esto nos indica que en más de un 90% la profesionalidad de enfermería influye directamente en el cierre de los faringostomas.

CONCLUSIONES

El papel de enfermería en estos pacientes es determinante ya que dependiendo de la profesionalidad con que se realicen los vendajes compresivos cervicales circulares, el faringostoma irá cerrando y evitaremos al paciente tener que someterse a una nueva intervención quirúrgica, con los riesgos que esto conlleva.

Los resultados nos indican que en más de un 90% la profesionalidad de enfermería influye directamente en el cierre de los faringostomas, lo que quiere decir que al poder completarse en casos seleccionados el tratamiento de forma ambulatoria, con esto evitaremos una estancia hospitalaria prolongada lo que influye directamente en el coste del proceso y en una mejor calidad de vida para el paciente, puesto que no retrasaremos la incorporación del paciente a la vida social y como consecuencia tendrá mejor estado psico-físico.

Es cierto que el paciente tiene otras necesidades además de las curas diarias como es la alimentación por sonda nasogástrica pero, está claro que si hay una buena educación de su manejo y tiene una enfermera referencial que le asesore el paciente prefiere realizar la recuperación en su domicilio habitual. Es el miedo a lo desconocido lo que le mantiene en el hospital.

Reducir la estancia media hospitalaria repercute directamente en la saturación de camas en el hospital y al existir un aumento de tareas hace que la calidad asistencial se deteriore, produciendo estrés y ansiedad tanto al paciente como al personal sanitario.

BIBLIOGRAFÍA

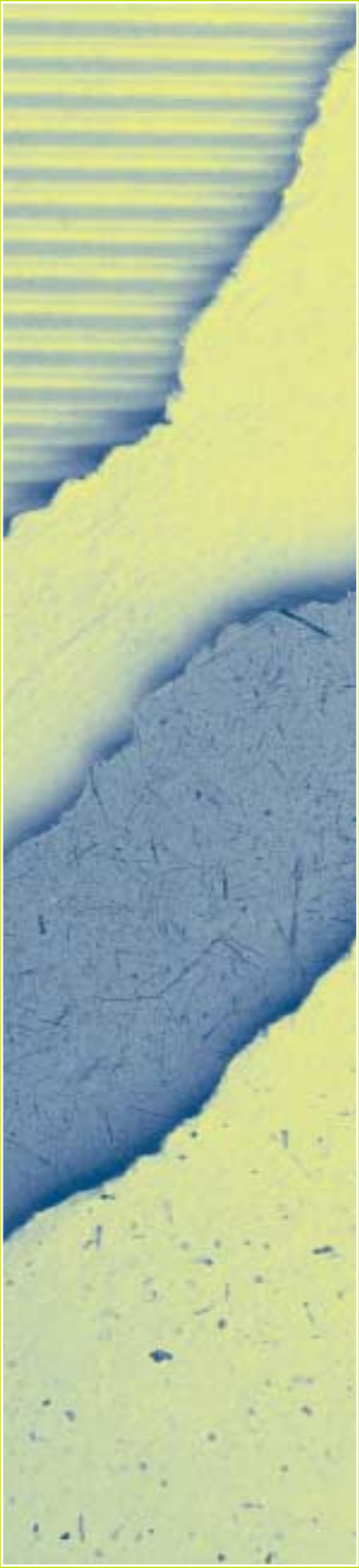
1. **S.C. Marks; Z. Steiger.** *Combinación de colgajo pectoral y ascenso gástrico para la reconstrucción faríngea.* Head Neck. 1997 Mar. 19(2). P 134-6.
2. **T. Yamada; M. Endo, M. Yamamoto.** *El colgajo libre de radial (plegado doble) para el cierre de fístula cutánea grande tras cirugía faringo-esofágica.* AADE Ed J. 1998 Feb. 46(2). P 134-7.
3. **Dra. Raquel Murdoch González; Dr. Nélido González Hernández; Dr. Victoriano Machín González y Dr. Rodolfo Vieito Espiñeira.** *Fístulas faringo-cutáneas. Estudio de algunos factores que inciden en su aparición.* Hospital Clínico quirúrgico Docente "Joaquín Albarrán". 1997.
4. **Asociación regional madrileña de atención y rehabilitación laringectomizados.** *Guía de información y orientación para pacientes y familiares de laringectomizados.*
5. **J.M. Serra; J.R. Benito; J. Monner; M. Manzano; V. Paloma; V. Castro.** *Reconstrucción de faringostomas con un colgajo delto-pectoral modificado combinando endoscopia y expansión tisular.* Ann plast surg. 1998 Sep. 41(3). P 283-8.
6. **Lourdes Pardo Matéu; Juan Pedro Barret Nerin; Daniel Camporro Fernández.** *Tema 38. Faringostomas. Reconstrucción faringo-esofágica.* Hospital Central de Asturias.

Cuidando la salud. Vol. 5. Julio 2005. 28-39

Trabajos originales

DIAGNÓSTICO PRENATAL

1er. Premio Científico de Enfermería 2004



Rosa María Agudíez

INTRODUCCIÓN

En la sociedad actual, muchas mujeres postergan su maternidad a etapas más avanzadas de la vida. La edad de las gestantes ha ido aumentado considerablemente, lo que conlleva un mayor riesgo teórico de anomalías fetales.

Desde el punto de vista práctico son considerados como criterios de "riesgo" y aumentan la probabilidad de tener una patología fetal los siguientes factores:

- Edad igual o superior a 35 años.
- Antecedentes familiares de cromosomopatía.
- Malformaciones y/o alteraciones cromosómicas en gestaciones anteriores.
- Alteración/es estructurales balanceadas en uno de los progenitores.
- Alteraciones en los test bioquímicos en suero materno realizados a gestantes que no cumplen ninguno de los factores de riesgo mencionados anteriormente.

Cuando se cumplen uno o varios de estos criterios, es aconsejable el estudio citogenético prenatal.

A estos criterios de riesgo, actualmente se añade la llamada "ansiedad materna" ocasionada por la preocupación del estado del feto.

En este grupo de gestantes, los beneficios del **diagnostico prenatal** son claros y aunque su demanda se incrementa progresivamente, todavía existe una deficiente información sanitaria sobre este tema.

El especialista debe asesorar a las parejas sobre la posibilidad de realizar estos estudios y recomendar las técnicas más adecuadas en cada caso. Sobre el momento en que deben realizarse, los riesgos que conllevan cuando existen prácticas invasivas y tiempo en obtener los resultados.

El equipo que desarrolla el diagnóstico prenatal deber ser multidisciplinar, desde el genetista al tocólogo, ecografista, neonatólogo y diversos especialistas cuya contribución es complementaria.

Entre la gestante, sus deseos de explicar su problemática y el equipo sanitario, debe existir una relación más cercana, en la cual, el papel de la **enfermera** y concretamente el de la **matrona**, es imprescindible.

La información y el consejo proporcionado por la matrona puede ser definitivo dado que es la persona en atención primaria más cercana a las gestantes.

El diagnostico prenatal puede definirse como el conjunto de estudios destinados a determinar de forma precoz, el estado fetal.

Se realiza durante el primer y segundo trimestre de gestación, utilizando una completa batería de técnicas complementarias *(ecografía, marcadores bioquímicos, diagnóstico citogenético, diagnóstico molecular y FISH)* que permiten detectar, desde la semana 8 de gestación, posibles patología fetales tanto genéticas como morfológicas.

OBJETIVOS

A lo largo de este trabajo se abordan algunas de las pruebas utilizadas en el Diagnostico Prenatal.

Se explica la informatividad, fiabilidad, riesgos existentes y técnicas aplicadas en cada una de ellas, así como el momento adecuado de realizarlas y tiempo en obtener los resultados.

Se ha realizado una estadística con los datos suministrados por un centro de diagnóstico prenatal y son comparados diversos parámetros obteniendo resultados concluyentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

MUESTRAS NECESARIAS

- **Análisis Bioquímicos:** Se necesita sangre materna para la obtención del *suero* donde se realizará la determinación de las diferentes hormonas que intervienen en esta prueba.

Es una prueba no cruenta.

- **Diagnóstico Citogenético y Molecular:** Se precisan *células fetales* que pueden obtenerse del líquido amniótico (L.A), vellosidad corial (V.C) o sangre de cordón.

La técnica mediante la cual se realiza la extracción de líquido amniótico se conoce como amniocentesis y funiculocentesis es el nombre que recibe la extracción de sangre de cordón.

La extracción del Liquido Amniótico es la técnica más habitual. Debe ser realizada por un especialista, apoyándose con ecografía para realizar la punción en el vientre y asegurarse de no dañar al feto.

Tras la extracción de L.A., la gestante debe guardar reposo 24 horas para evitar posibles complicaciones. Habitualmente, el día posterior se realiza un control ecográfico para comprobar el estado del feto.

Es una prueba invasiva o cruenta.

MATERIALES

Screening

- Tubos de extracción sin anticoagulante para la separación del suero.
- Aparataje para determinación de los valores hormonales.
- Soporte informático y programa estadístico adecuado.

Cariotipo

- Centrífuga.
- Incubador CO_2 (5%-CO_2-95% mezcla de aire).
- Campana de Flujo Laminal (Figura 1).

Figura 1.

- Medio Basal Amniomax C-100 suplementado con diferentes nutrientes y antibióticos.
- Solución stock de colcemid (Gibco).
- Solución de tripsina (Gibco).
- Suero fetal de ternera.
- ClK 0.075 M.
- Fijador CARNOY 2.
- Frascos de cultivo (Figura 2).
- Pipetas Pasteur.
- Portas.

Figura 2.

Diagnóstico Molecular: Extracción de ADN

- Solución de lisis: Solución hipotónica compuesta de Tris y EDTA.
- Proteinasa K.
- Triclorometano.

FISH

- Incubador CO_2 (5%-CO_2-95% mezcla de aire).
- Campana de Flujo Laminal.
- Centrífuga.
- Portas.
- Sondas.
- Pipetas.

Ecografía

- Ecógrafo de alta resolución.

MÉTODOS

Análisis bioquímicos en suero materno (Screening)

El creciente interés clínico por el conocimiento de la evolución fetal y por la detección precoz de las alteraciones cromosómicas que pudieran incidir negativamente en el correcto desarrollo físico y psíquico del feto, ha conducido a los investigadores, al estudio de nuevos marcadores bioquímicos que ligados al embarazo, nos ofrezcan de una forma rápida, segura y fiable la información necesaria para su detección.

Los marcadores bioquímicos en suero materno junto con factores como peso, edad materna, fecha de la última regla (F.U.R.), medición de la trasnucencia nucal (TN) mediante ultrasonografía y semana de gestación exacta, así como aspectos clínicos (fumadora, diabetes…) y etnia de la solicitante, permiten de forma estadística determinar un riesgo teórico de anomalía fetal y más concretamente de Síndrome de Down y de defectos del tubo neural sin tener que practicar a todas las gestantes técnicas invasivas, más caras y con mayores riesgos de pérdida fetal como la amniocentesis.

Marcadores Bioquímicos

Los marcadores disminuyen su concentración sérica con el aumento de peso materno y aumenta en la gestación gemelar.

La determinación de los valores de todos los marcadores bioquímicos se realiza mediante inmunoluminiscencia.

- ***bHCG (Hormona gonadotropina corionica):*** previene la regresión del corpus luteum después de la fertilización, capacitando a este para secretar la progesterona y los estrógenos necesarios para mantener la gestación.

Los niveles de HCG se incrementan exponencialmente entre 3 y 10 semanas después del último periodo menstrual alcanzando un pico durante el primer trimestre (alrededor de 100.000 miU/ml) y descienden durante el segundo y tercer trimestre.

Estudios realizados sobre este marcador bioquímico sugieren que los niveles, en gestaciones de fetos con Síndrome de Down, son aproximadamente el doble de los niveles medios en gestaciones normales.

Valores de referencia

Mujeres gestantes/ Semana de gestación:	en ng/mL
Semana 7:	71,4
Semana 8:	80,9
Semana 9:	78,2
Semana 10:	60,5
Semana 11:	59,5
Semana 12:	55,8
Semana 13:	36,8
Semana 14:	24,8

■ ***PAPP-A (Proteína A plasmática asociada al embarazo)*** es una glicoproteína producida por el trofoblasto placentario secretada desde el día 30 de embarazo y que en mujeres no embarazadas se encuentra en células de la zona granulosa, en fluidos ováricos y en la mucosa cervical y endometrial.

Es la prueba más precoz y la única considerada como del primer trimestre.

La concentración de PAPP-A siempre se halla disminuida en todas las patologías cromosómicas fetales.

Valores de referencia

Mujeres gestantes/ Semana de gestación:	en mUI/mL
Semana 9:	1,61
Semana 10:	2,05
Semana 11:	2,61
Semana 12:	3,33
Semana 13:	4,23
Semana 14:	5,39

■ ***AFP (Alfafetoproteina):*** La AFP se sintetiza inicialmente en el saco vitelino y posteriormente en el hígado fetal. Su función no está todavía muy establecida pero es la principal proteína en el plasma fetal durante las primeras semanas de gestación.

Su concentración en sangre fetal aumenta hasta alcanzar un máximo de 300mg/100ml a las 10-13 semanas de gestación y disminuye hasta los 5mg/l que se alcanzan a los dos años de edad y que serán los niveles del adulto.

Diversos estudios han establecido que los niveles de AFP en suero materno en gestantes de Síndrome de Down, trisomías 13,18 y Síndrome de Turner, es menor que los valores medios de referencia establecidos en gestaciones de fetos sin anomalías cromosómicas.

Cuando existe una malformación de Tubo Neural, la AFP en suero materno esta elevada.

■ ***uE3 (Estriol no conjugado):*** es una hormona esteroidea sintetizada por el sincitiotrofoblasto a partir de precursores fetales. Todo el contenido de uE3 en suero materno procede de la actividad fetal y placentaria a diferencia del estriol total.

Los niveles de uE3 se encuentran disminuidos en mujeres portadoras de fetos con Síndrome de Down. El mecanismo fisiológico íntimo de la disminución de uE3 en estos embarazos permanece incierto. La síntesis de uE3 depende de la corteza suprarrenal y el hígado fetal por un lado y la placenta por otro. La inmadurez funcional de alguno de los órganos implicados en el circuito de síntesis de uE3 en fetos con síndrome de Down, podría explicar los niveles bajos hallados en suero materno.

Actualmente dependiendo de la semana de gestación en la que se encuentre la mujer embarazada se pueden realizar dos tipos de screening diferentes:

1

Screening primer trimestre

Se realiza entre la 8 y la 14 semana.

El screening del primer trimestre comienza con una ecografía de alta resolución entre las 10 semanas, 4 días y las 13 semanas, 5 días de gestación. Se mide la longitud céfalo caudal (LCC) para precisar la edad gestacional y la transnucencia nucal como marcador específico para anomalías cromosómicas.

El screening continúa obteniendo sangre de la gestante para obtener suero y determinar los valores de:

■ Hormona Gonadotropina Coriónica (b-hCG) y

■ Proteína A plasmática asociada al embarazo (PAPP-A).

Estos valores combinados con los siguientes parámetros:

■ Transnucencia Nucal.

■ Fecha de la última regla.

■ Semana de gestación exacta.

■ Edad de la gestante.

■ Peso.

y procesado en un programa informático adecuado para ello, nos aporta el riesgo existente para la gestante de padecer Síndrome de Down y defectos de cierre del tubo neural.

La posibilidad de realizar un screening en el primer trimestre del embarazo, con el subsecuente cariotipo en caso de ser necesario, nos ofrece la ventaja de un diagnóstico precoz el cual, puede brindar mayor tiempo para tomar una conducta y en caso de decidir terminar el embarazo, se podría hacer de forma más segura.

El screening en el primer trimestre puede llegar a una detección del 90%, con una tasa de falsos positivos del 5%.

2

Screening segundo trimestre

Se ha establecido casi de forma rutinaria en todos los embarazos. Se realiza en suero de la gestante en la 12-14 semanas de gestación.

En el análisis se valoran los niveles de:

■ Alfafetoproteína (AFP).

■ Hormona Gonadotropina Coriónica y

■ la fracción no conjugada de Estriol (uE3).

Un programa de ordenador se encarga de relacionar estos niveles con una serie de variables como:

■ la edad materna y

■ la semana de gestación.

Y según los resultados podremos saber el riesgo existente en cada caso.

Cuando los tres marcadores (uE3 + AFP + hCG) se usan en conjunto con la edad materna, estando

esta entre 15-22 semanas, la tasa de detección en general para S. de Down, Defectos del tubo neural, y trisomía 18, es de 60-65%, pudiendo tener un 5% de falsas positivas, las falsas positivas por lo regular se asocian a calculo incorrecto de la fecha de gestación o a gestaciones múltiples en especial en defectos del tubo neural. La tasa de detección especifica para Down llega a 73.5-80%, y para trisomía 18 llega a 60%. Por otra parte cuando se emplean junto con ultrasonido (translucidez nucal fetal) la tasa de detección llega hasta 80-89%.

La precisión en la determinación de los valores en cada paciente es fundamental no sólo por el efecto en el riego individual sino también, para poder calcular el riesgo en la población general.

En unos 7-10 días se pueden obtener los resultados de esta prueba.

Para la realización del cálculo de riesgo se utilizan los múltiplos de la mediana (MoM) de los parámetros bioquímicos.

El MoM se obtiene dividiendo la cifra sérica obtenida, entre la mediana para esa edad gestacional a la que se ha realizado la determinación.

Este test tiene un **carácter estadístico** indicando los riesgos teóricos de alteraciones pero **nunca es definitorio por si mismo.** Existe un porcentaje de falsos negativos que se debe tener en cuenta.

En los casos en que el triple screening resulta positivo (es decir cuando se obtiene un riesgo superior al que para la gestante se considera normal), es conveniente complementar el estudio mediante seguimiento ecográfico especializado y estudio citogenético para el diagnostico del cariotipo fetal.

Figura 3. Uso de los marcadores según la edad gestacional

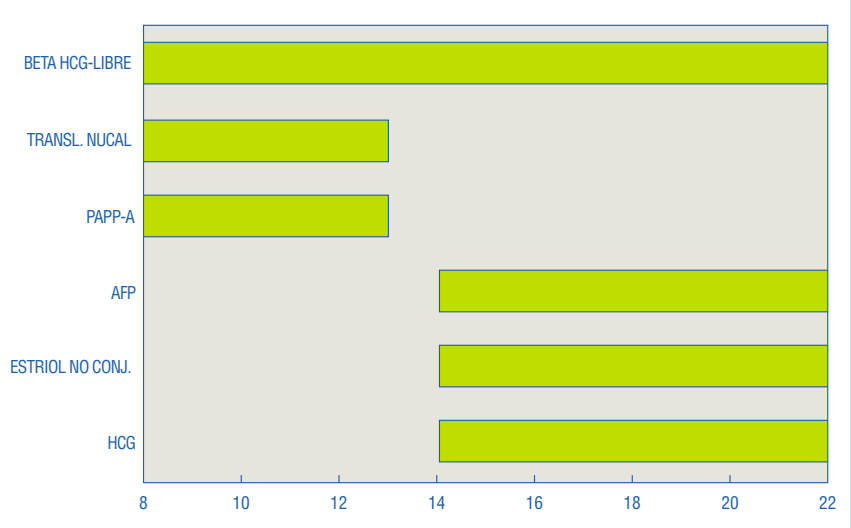


Figura 4. Valores de los marcadores bioquímicos en diferentes patologías

	Trisomía 21 (S. Down)	Trisomía 13 (S. Edwuars)	Trisomía 18 (S. Patau)	S. Turner	A. Tubo Neural
bHCG	aumentada				
PAPP	disminuido	disminuido	disminuido	disminuido	disminuido
AFP	disminuido	disminuido	diminuido	disminuido	aumentada
uE3	disminuido				

Se indicará la conveniencia de una técnica invasiva (amniocentesis) cuando exista un riesgo con una probabilidad igual o mayor a **1:270.** Es importante tener en cuenta también los valores individuales de los marcadores bioquímicos antes de su integración en el cálculo combinado.

Figura 5. Riesgo de síndrome de Down según edad materna

Edad materna (años)	Riesgo
21	1/1150
24	1/950
27	1/800
30	1/680
33	1/450
36	1/210
39	1/100
42	1/40

Diagnóstico Citogenético

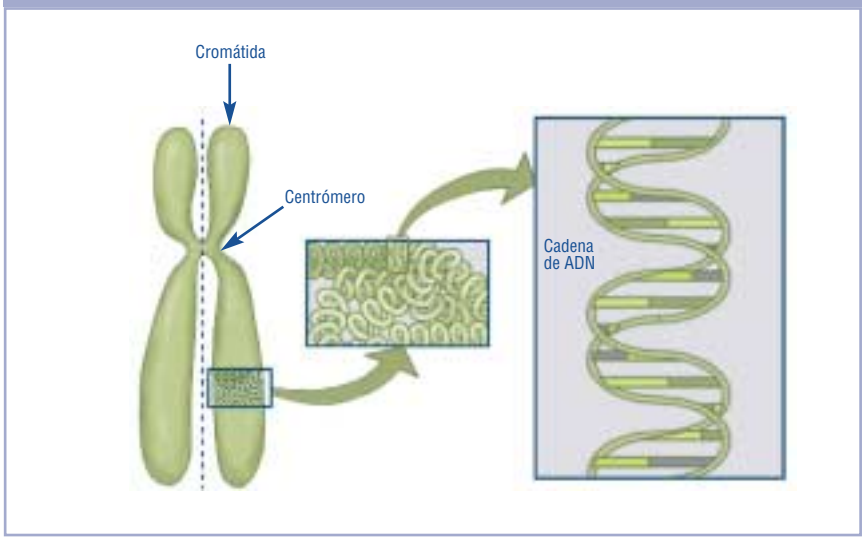
Desde el punto de vista fisiológico el ADN es el responsable de almacenar, preservar y trasmitir de generación en generación la información genética de cada individuo.

El ADN es una larga molécula de doble hebra compuesta químicamente por nucleótidos. Las dos hebras son antiparalelas, complementarias y enrrolladas sobre un eje llevando direcciones opuestas, formando así una hélice.

Esta molécula está asociada a unas proteínas llamadas histonas que lo estructuran y empaquetan. La asociación del ADN y las histonas se conoce con el nombre de cromatina.

Cuando la célula entra en división, las fibras de cromatina se empaquetan aun más doblándose en forma de bucle enrollado en una hélice densa, organizándose y formando así los **cromosomas**.

Figura 6.



El cariotipo consiste en la ordenación en parejas de los cromosomas homólogos en función de su tamaño y su estructura.

Se ordenan desde el más largo hasta el más pequeño, con excepción de los cromosomas del sexo (el cual acostumbra a colocarse al final).

Las células somáticas humanas normales tienen 46 cromosomas: 22 pares de cromosomas homólogos o autosomas (los cromosomas 1 a 22) y dos cromosomas sexuales. A esto se le llama el número diploide.

Las mujeres tienen dos cromosomas X (46,XX) mientras que los varones tienen un X y un Y (46,XY). Las células germinales (óvulo y espermatozoide) tienen 23 cromosomas: una copia de cada autosoma más un solo cromosoma sexual. A esto se le llama el número haploide.

Se hereda de cada progenitor un cromosoma de cada par autosómico y un cromosoma sexual. Las madres sólo pueden aportar un cromosoma X a sus hijos e hijas, mientras que los padres pueden aportar bien un X (a sus hijos) o bien un Y (a sus hijas).

Figura 7. Ejemplo de fórmulas cariotípicas

46 XY	Masculino normal
46 XX	Femenino normal
45 X	Síndrome Turner
47 XXY	Síndrome Klinefelter
47 XX + 21	Síndrome Down
47 XY +18	Síndrome de Edwars
47 XY + 13	Síndrome de Patau

El cariotipo, permite establecer cualquier anomalía cromosómica numérica o estructural en el feto.

Para la **realización del cariotipo:**

1

Cultivo celular

Es esencial la realización previa de un **cultivo celular.** La correcta obtención de células en división activa es imprescindible para la visualización de los cromosomas del complemento humano.

Los cultivos celulares se pueden realizar a partir de diferentes muestras, según el caso a diagnosticar (liquido amniótico, vellosidad corial, sangre, médula, etc).

En líquido amniótico:

- Se recogen las células mediante centrifugación.
- Se añade un medio de cultivo especifico (Amniomax C-100 suplementado).
- Se homogeneiza la suspensión, se reparte en frascos de cultivo de 25 cm^2 de superficie y
- Se lleva al incubador de CO_2.

Un cultivo celular tarda aproximadamente unos 10 días.

A lo largo de estos días, se van observando el número de colonias existentes al microscopio invertido.

2

Sacrificio

- Se añade un inhibidor de la mitosis (Colcemid). Éste, bloquea la formación del huso acromático y detiene la división celular en la etapa de la metafase.
- Se añade tripsina para despegar las células del fondo del frasco.
- Posteriormente se añade suero fetal para detener la acción de la tripsina sobre las células pegadas al frasco de cultivo, y se procede a la recogida de las células.
- Seguidamente se exponen las células a una disolución hipotónica (ClK 0.75M).

Este paso es el llamado "Choque hipotónico" y es muy importante para obtener preparaciones de alta calidad.

Tras "el choque" se pasa a la fijación mediante el Carnoy (disolución fijadora)

3

Fijación en portas

Esta preparación con disolución fijadora, se dispensa en portas, de modo que los cromosomas se extienden y pueden visualizarse y examinarse individualmente.

4

Tinción

Las preparaciones cromosómicas se tiñen para detectar los posibles cambios numéricos y estructurales.

Prácticamente todos los análisis citogenéticos de rutina se realizan sobre preparaciones cromosómicas que se han tratado y teñido para producir un patrón de bandas específico de cada cromosoma **(Idiograma)**.

Esto permite la detección de cambios sutiles en la estructura de los cromosomas.

El tratamiento de tinción más común se llama bandeo G, pero se dispone de múltiples técnicas que se aplican dependiendo de las necesidades de cada caso (Bandas GTC, Bandas QFQ, Bandas CBG, Tinción NOR, etc) y ayudan a identificar anomalías específicas.

Una vez obtenidas las preparaciones de cromosomas y teñidas, pueden examinarse al microscopio.

Típicamente, se observan y cuentan de 15 a 20 células, con un análisis completo de ellas.

Cada cromosoma se compara críticamente banda por banda con su homologo.

El bandeo cromosómico nos permite reconocer los diferentes cromosomas atendiendo a patrones de bandas específicos preestablecidos.

Tras el análisis al microscopio, se toman imágenes de las células en metafase que tengan mejor calidad, bien mediante fotografía o por digitalización de imagen computerizada. Cada cromosoma puede entonces disponerse en pares de acuerdo con su tamaño y patrón de bandas, formando un cariotipo.

El cariotipo permite al citogenetista examinar aún más en detalle cada cromosoma en busca de cambios estructurales.

En el cariotipo **únicamente pueden diagnosticar alteraciones cromosomicas.**

Aunque dichas anomalías pueden ser muy complejas, se distinguen dos tipos básicos:

a Numéricas:

- **Trisomías:** Caracterizadas por la presencia de un cromosoma más del número normal de cromosomas de una dotación diploide; en los humanos la célula trisomica contien 47 cromosomas y se designa como 2n+1.
- **Monosomias:** Se caracterizan por la ausencia de un cromosoma del complemento diploide normal.
- **Diploidias:** Estado definido por la presencia de un par de juegos completos de cromosomas homólogos.

b Estructurales:

- **Deleciones:** Pérdida de un trozo de cromosoma que se rompe y separa del material genético.
- **Inversiones:** Defecto cromosómico en el que 2 ó más segmentos del cromosoma se rompe y se separan, para reintegrarse después al cromosoma en posición errónea.
- **Traslocaciones.**

Ambos tipos pueden darse simultáneamente.

Desde la extracción del líquido amniótico hasta la obtención del cariotipo fetal transcurren unos 15-20 días. Sólo el cultivo necesita un mínimo de 10 días para el

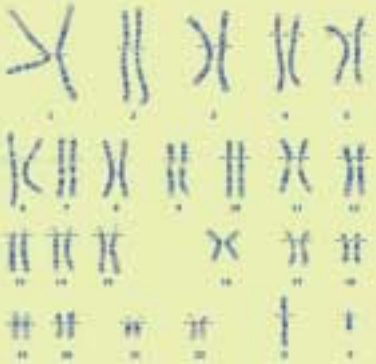
Figura 8. Anomalías cromosómicas más frecuentes en recien nacidos vivos

Translocaciones equilibradas	1/500	Trisomía 13	1/5.000
Translocaciones desequilibradas	1/2.000	47, XXY (Klinefelter)	1/1.000 varones
Trisomía 21	1/700	47, XYY	1/1.000 varones
Trisomía 18	1/3.000	45, X (Turner)	1/10.000 mujeres

Figura 9. Aneploidías sexuales más frecuente

Cariotipo	Fenotipo	Incidencia
XXY	Klinefelter	1/1000
XXXY	Variante de Klinefelter	<1/1000
XXXXY	Retraso mental leve a moderado. Fallo importante del desarrollo sexual	Raro
XYY	Talla alta, transtornos de consulta	1/1000
XXYY	Talla alta, variante de Klinefelter	Raro
XXY/XY XXY/XX	Klinefelter, sintomatología menos acusada	20% de los Klinefelter
XXX	Retraso mental moderado o leve. Transtornos gonadales	1/1000
XXXX XXXXX	Retraso mental acusado	Raro
XXX/XX	Retraso mental leve	Raro
X	Turner	1/10000
X/XX X/XXX	Turner con menor grado de manifestación clínica	16% de 45,X

Figura 10.



Éste es un ejemplo típico de un **cariotipo** masculino normal a resolución de 550 bandas. Los pares de cromosomas homólogos se han dispuesto de acuerdo con su tamaño, patrón de bandas y posición del centrómero. Cada cromosoma puede así compararse banda por banda con su homólogo en busca de cualquier cambio que haya podido tener lugar en la estructura del cromosoma. Este cariotipo se escribe como **46,XY**. La clave de la descripción del cariotipo es así:

- **46:** el número total de cromosomas (46 es lo normal).
- **XY:** los cromosomas sexuales (para un varón). Una mujer tendría dos cromosomas X.

Figura 11.

La imagen siguiente es un ejemplo de un cariotipo masculino a resolución de 650 bandas, que muestra mucho más detalle en comparación con el cariotipo a resolución de 550 bandas.

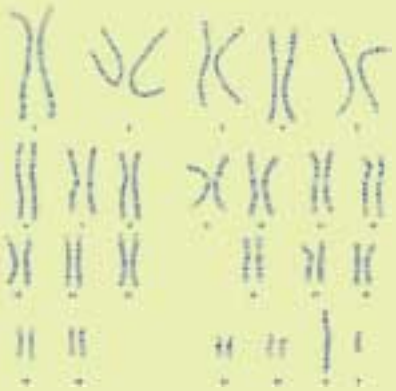
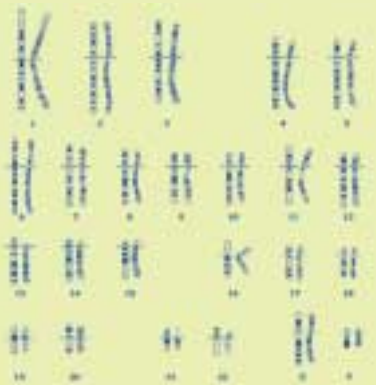


Figura 12.



Esta imagen muestra cada cromosoma humano normal comparado con su **idiograma o mapa de bandas G.** Un esquema acordado internacionalmente para los patrones de bandas.

crecimiento del número de colonias adecuado, y las posteriores técnicas aplicadas para completar el estudio, necesitan el resto de los días.

Diagnóstico molecular

Permite determinar el genotipo fetal de una patología molecular familiar hereditaria.

Ejs.: X-Frágil, Corea de Huntingon, Ataxia de Friedich…

Los estudios prenatales de una patología molecular familiar hereditaria pueden ser realizados a partir de muestra fetal (líquido amniótico, vellosidad corial o sangre fetal). Estos análisis permiten establecer la condición fetal de sano, portador o afecto de la patología molecular familiar reseña por los padres.

La informatividad de estos estudios depende de muchos factores, entre otros, la variabilidad genética inherente a la enfermedad, el genotipo familiar, de las investigaciones que se han desarrollado y que hayan permitido conocer la etiología genética exacta de la enfermedad, etc.

Puesto que en el diagnóstico prenatal una premisa importantísima es el tiempo que se tarda en realizar los análisis, es condición ineludible que la familia (padres o parientes afectos o portadores) hayan sido estudiado previamente desde el punto de vista molecular. Esto hace posible conocer la alteración génica específica de esa enfermedad en la familia y por tanto, su determinación en la muestra fetal, más rápida.

La metodología aplicada difiere en función de la enfermedad pudiendo realizarse:

a

Análisis directos: permiten el análisis en la muestra fetal de la alteración génica especifica de esa enfermedad en la familia.

b

Análisis indirectos: en aquellas patologías donde no se puede, actualmente, analizar la mutación génica específica sino la segregación familiar a través del haplotipo de los familiares afectos y sanos. En este caso es imprescindible la participación familiar para realizar simultáneamente los análisis prenatales.

Igualmente que en el Diagnóstico Prenatal, la amniocentesis es la técnica utilizada para obtener el material fetal a analizar en la mayoría de los casos.

Una vez obtenidas las células del L.A, se procede a obtener el ADN de ellas para su posterior estudio.

Para conseguir aislar el ADN, debe ser liberado de las estructuras membranosas que lo protegen (mb. citoplasmática y mb. nuclear) lo que se consigue mediante una solución hipotónica (solución de lisis).

Posteriormente se deben eliminar las proteínas que lleva asociadas (histonas) y dejarlo así en su estado más puro. Se utiliza para esto Proteinasa K y Triclorometano.

La extracción de ADN del L.A y V.C. puede realizarse de modo directo, sin cultivar o después de que las muestras hayan sido cultivadas.

En función de esto, y del estudio concreto que se debe realizar, el tiempo en obtener los resultados oscilará entre 3-4 días o incluso 20.

FISH (Técnica de Hibridación in situ)

■ **Combinando las técnicas de citogenética clásica con técnicas de biología molecular** es posible la detección de alteraciones numéricas y/o estrucutrales mediante sondas cromosómicas específicas marcadas con fluorocromos.

Una sonda génica es una secuencia corta de ADN marcada con un fluorocromo que hibridará (se emparejará) con una secuencia de bases complementaria correspondiente de un cromosoma específico.

La técnica utilizada se conoce con el nombre de Hibridación in situ por fluorescencia (FISH). Se pueden distinguir dos técnicas dentro de esta prueba:

1

FISH de Metafase: Puede usarse sobre células en metafase para detectar microdeleciones específicas para identificar material extra de origen desconocido y también en casos donde es difícil determinar mediante la citogenética de rutina si un cromosoma tiene una deleción simple o está implicado en una reorganización compleja.

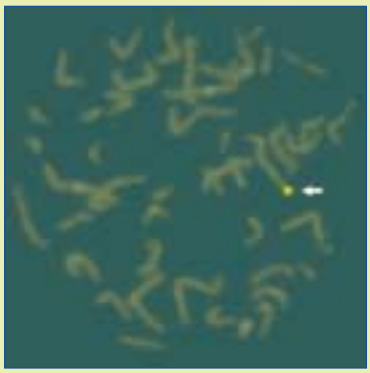
Figura 13.

Esta metafase se ha hibridado con una sonda "de pintado" para el cromosoma 4, que hace que el cromosoma completo emita fluorescencia.

Uno de los cromosomas 4 de este paciente era anormal, pero era difícil determinar con la citogenética de rutina si tenía una pequeña deleción o si era el resultado de una reordenación más compleja.

Puesto que ambos cromosomas 4 son fluorescentes en toda su longitud y no hay material fluorescente en ningún otro cromosoma, esto sugiere que la anomalía es una deleción terminal pequeña. La metafase siguiente es del mismo paciente y confirma este diagnóstico.

Figura 14.



Esta metafase del mismo paciente anterior se ha hibridado con una sonda para la parte terminal del cromosoma 4.

Puesto que sólo hay una señal verde, se confirma que en uno de los cromosomas 4 falta material de un extremo. Este caso es un buen ejemplo de cómo la citogenética de rutina y la FISH pueden usarse conjuntamente para diagnosticar con exactitud anomalías cromosómicas sutiles.

2

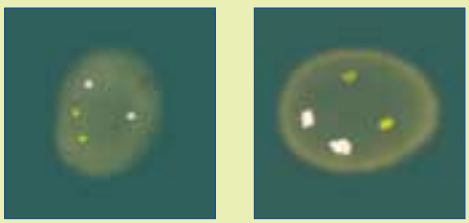
FISH de Interfase:

Se puede usar sobre células en interfase para determinar el número de copias de uno o varios cromosomas. La ventaja principal de esta técnica es que permite establece un diagnóstico prenatal muy rápido, normalmente (en 24 horas), porque no requiere crecimiento celular y el estudio se realiza a partir de núcleos interfásicos procedentes de líquido amniótico o vellosidad corial. Mediante esta metodología rápida, es posible descartar con un 99.99% de fiabilidad los síndromes de Edwards (trisomía 18), Síndrome de Down (trisomía 21), síndrome de Patau (trisomía 13) y Aneuploidía de cromosomas sexuales (S. Turner, S. Klinelfelter, etc) considerados como los síndromes más frecuentes.

- Para la realización del FISH en primer lugar, la muestra de ADN (cromosomas metafásicos o núcleos en interfase) se desnaturaliza. (DESNATURALIZAR: Proceso que separa las hebras complementarias de la estructura en doble hélice del ADN.)
- A la muestra desnaturalizada se le añade la sonda de interés, marcada con fluorescencia, que se hibridará (unirá) al ADN de la muestra en el sitio diana, donde se vuelve a formar una doble hélice.
- La señal de la sonda se observa mediante un microscopio de fluorescencia y la muestra de ADN se clasifica según la presencia o ausencia de la señal.

Esta prueba suele incluir un cariotipo para confirmar los resultados o detectar cualquier anomalía no detectada por la FISH de interfase.

Figura 15. Ejemplo de FISH de interfase.

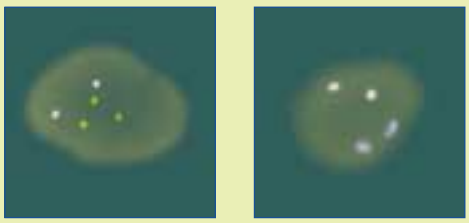


Éste es un ejemplo de la prueba, donde se han combinado núcleos en interfase procedentes de células de líquido amniótico con sondas de ADN para los cromosomas 13, 18, 21, X e Y.

El núcleo de la izquierda se ha hibridado con sondas para los cromosomas 13 (verde) y 21 (rojo). El núcleo de la derecha se ha hibridado con sondas para los cromosomas 18 (azul claro), X (verde) e Y (rojo).

Puesto que hay dos señales correspondientes a las sondas de 13, 18 y 21, y una sola señal de cromosomas X e Y, este feto es un varón, normal con respecto a la prueba

Figura 16. Ejemplo de FISH de interfase.



Esta prueba muestra un feto femenino con trisomía 21.

El núcleo de la izquierda se ha hibridado con sondas para los cromosomas 13 (verde) y 21 (rojo), y tiene claramente tres señales rojas.

El núcleo de la derecha se ha hibridado con sondas para los cromosomas 18 (azul claro), X (verde) e Y (rojo).

Puesto que muestra dos señales verdes y ninguna roja, es femenino.

Ecografía

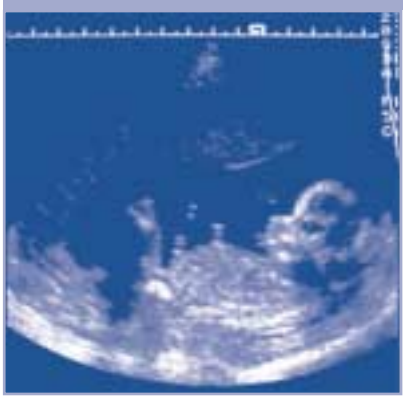
Simultáneamente a las pruebas anteriormente citadas, de forma complementaria a lo largo de todo el embarazo, a toda gestante se debe realizar un control ecográfico. La ecografía realizada por especialistas mediante ultrasonografía, ha evolucionado considerablemente permitiendo evaluar el estado morfológico fetal con detalle haciendo posible detectar anomalías de formar precoz.

La primera ecografía se ha de realizar, idealmente, entre las semanas 8 y 10 de gestación, con ella:

- Se confirma el embarazo.
- El número de embriones, su situación y si presentan látido cardíaco.
- La medida del embrión a estas edades del embarazo tiene un margen de error ecográfico muy pequeño, con lo cual se averigua la semana de gestación exacta.

La ecografía se realiza de rutina durante el segundo trimestre de embarazo y ha sido una herramienta muy útil para identificar malformaciones estructurales. Gracias a los avances tecnológicos, la evaluación ecográfica de la translucencia nucal al final del primer trimestre (semana 12-13) muestra un gran adelanto con respecto al diagnóstico de aneuploidías; hasta un 70% de casos de síndrome de Down se han detectado con la medición únicamente. Nos ayuda a valorar el crecimiento y desarrollo, y orienta sobre posibles malformaciones.

Figura 17.

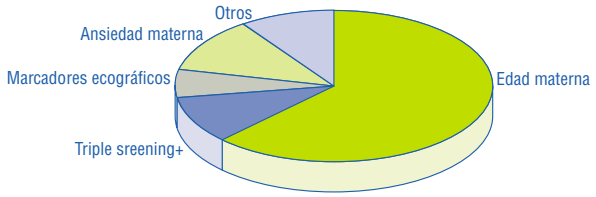


RESULTADOS

Motivos de D.P. en el año 2004

	%	Nª casos
Edad materna	56,70%	206
Triple screening+	11,50%	42
Marcadores ecográficos+	10,20%	37
Ansiedad materna	13,70%	50
Otros	6,00%	22

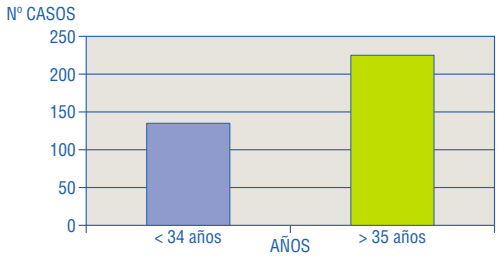
Frecuencia de los motivos de D.P. en el año 2004



Edad materna en el año 2004

	Nª casos	%
< 34 años	135	37%
> 35 años	228	63%

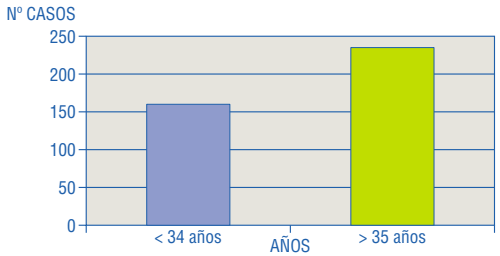
Edad materna en el año 2004



Edad materna en el año 2003

	Nª casos	%
< 34 años	160	40,40%
> 35 años	236	59,60%

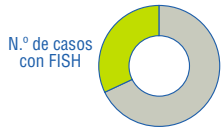
Edad materna en el año 2003



FISH realizados en el año 2004

Nº Casos Totales	363	
Con FISH	173	**47,6%**

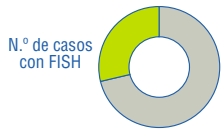
% FISH realizados en el año 2004



FISH realizados en el año 2003

Nº Casos Totales	396	
Con FISH	158	**39,4%**

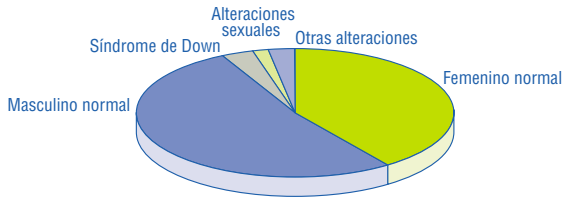
% FISH realizados en el año 2003



Resultados obtenidos en el año 2004

	Nª casos	%
Femenino normal	159	44%
Masculino normal	190	52,20%
Síndrome de Down	5	1,37%
Alteraciones sexuales	2	0,55%
Otras alteraciones	7	1,93%

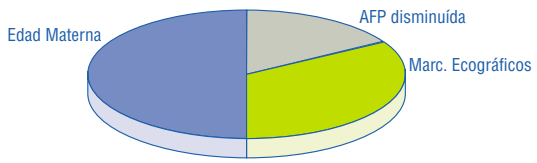
Resultados 2004



Casos de S. Down

	AFP disminuida	Marc. Ecográficos	Edad materna
del 1,37%	20%	60%	80%

Valores analizados en los S. Down



CONCLUSIONES

■ Se confirma que la edad materna ha ido aumentando a lo largo de los últimos años. Cada vez es superior el número de gestantes mayores de 35 años.

■ El FISH es una técnica que se solicita cada vez con más frecuencia debido principalmente a su rapidez diagnóstica.

Los resultados obtenidos mediante FISH, son confirmados posteriormente con cariotipo fetal coincidiendo ambos en el 99.99% de los casos.

■ Los diagnósticos citogenéticos solicitados por marcadores bioquímicos positivos, han confirmado la existencia de un 5% de falsos positivos para esta prueba.

■ Por el contrario al caso de los marcadores bioquímicos, todos los diagnósticos citogenéticos solicitados por marcadores ecográficos positivos, han resultado con alguna alteración en el cariotipo.

ABREVIATURAS

D.P: Diagnostico Prenatal.

L.A: Líquido Amniótico.

V.C: Vellosidad Corial.

FISH: Hibridación in situ por fluorescencia.

b-HCG: Hormona Gonadotropina Corionica.

PAPP-A: Proteína plasmática asociada al embarazo.

AFP: Alfafetoproteína.

uE3: Fracción del Estriol no conjugada.

FUR: Fecha de la última regla.

TN: Transnucencia nucal.

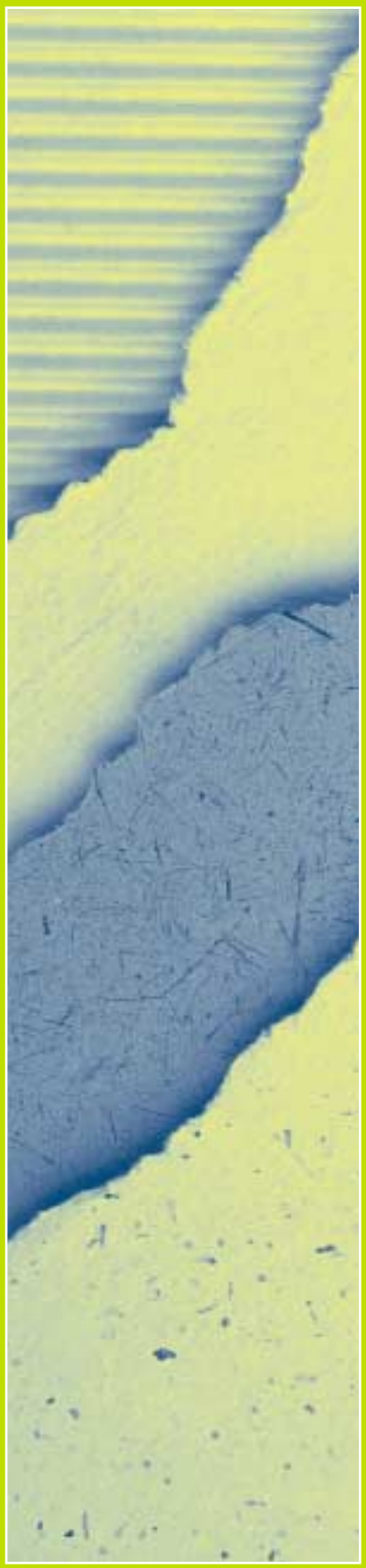
LCC: Longitud céfalo caudal.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Sabria, J. et al.** *Cribajes bioquímico y bioquímico-ecográfico de las cromosomopatías en el primer trimestre. Falsos positivos.* Prog. Diag. Prenat. 1999; 11 (1): 20-26
2. **Wald, N.J.; and A.K. Hackshaw.** *Combining ultrasund and biochemistry in first-trimester screening for Down´s Syndrome.* Prenat. Diagn. 17: 821-829, 1997.
3. **Wald, N.J. et al.** *Serum screening for Down´s Syndrome between 8 and 14 weeks of pregnancy,* Br. J. Obstet. Gynaecol. 1996., 103, 407-412.
4. **Casals, E. et al.** *First-trimester Biochemical Markers for Down Syndrome,* Prenat. Diagn. 19: 8-11, 1999.
5. **Wald N.J.; George, L.; Smith, D. et al.** *Serum screening for Down syndrome between 8 and 14 weeks of pregnancy.* Br J Obstet Gynecol. 1996;103:407-412.
6. **Aitken, D.A.; McCaw, G.; Crossley, J.A. et al.** *First-trimester biochemical screening for fetal chromosome abnormalities and neural tube defects.* Prenat Diagn. 1993; 13:681-689.
7. **Krantz, D.A.; Larsen, J.W.; Buchanan, P.D.; Macri, J.N.** *First-trimester Down syndrome screening: free beta-human chorionic gonadotropin and pregnancy-associated plasma protein* A. Am J Obstet Gynecol. 1996;174:612-616.
8. **Haddow, J.E.; Palomaki, G.E.; Knight, G.J. et al.** *Screening of maternal serum for fetal Down's syndrome in the first-trimester.* N Engl J Med. 1998;338:955-961.
9. **Orlandi, D.; Hallahan, T.W.; Krantz, D.A.; Macri, J.N.** *First-trimester screening for fetal aneuploidy: biochemistry and nuchal translucency.* Ultrasound Obstet Gynecol. 1997;10:301-386.
10. **Nobel, P.L.; Abraha, H.D.; Snijders, R.J.M. et al.** *Screening for fetal trisomy 21 in the first trimester of pregnancy: maternal serum free beta-human chorionic gonadotropin and fetal nuchal translucency thickness.* Ultrasound Obstet Gynecol. 1995;6:390-395.
11. **Snijders, R.J.M.; Nobel, P.; Souka, A.; Nicolaides, K.H.** *UK multicentre project on assessment of risk of trisomy 21 by maternal age and fetal nuchal translucency thickness at 14 weeks of gestation.* Lancet. 1998;352:343-346.
12. **Berry, E.; Aitken, D.A.; Crossley, J.A. et al.** *Screening for Down syndrome: changes in marker levels and detection rates between first and second trimesters.* Br J Obstet Gynaecol. 1997;104:811-817.
13. **Brizot, M.L.; Snijders, R.J.M.; Bersinger, N.A. et al.** *Maternal serum pregnancy-associated plasma protein A and fetal nuchal translucency thickness for the prediction of fetal trisomies in early pregnancy.* Obstet Gynecol. 1994;84:918-922.
14. **Pandya, P.P.; Snijders, R.J.M.; Johnson, S.J. et al.** *Screening for fetal trisomies by maternal age and fetal nuchal translucency thickness at 10 to 14 weeks of gestation.* Br J Obstet Gynaecol. 1995; 102: 957-962.
15. **Pandya, P.P.; Goldberg, H.; Walton, B. et al.** *The implementation of first-trimester scanning at 10-13 weeks' gestation and the measurement of fetal nuchal translucency thickness in two maternity units.* Ultrasound Obstet Gynecol. 1995;5: 20-25.
16. **Pandya, P.P.; Hilbert, F.; Snijders, R.J.M.; Nicolaides, K.H.** *Nuchal translucency thickness and crown-rump length in twin pregnancies with chromosomally abnormal fetuses.* J Ultrasound Med. 1995; 14: 565-568.

Cuidando la salud. Vol. 5. Julio 2005. 40-45

SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO (BURNOUT)



Ángel C. Boned Galán

Correspondencia:
Ángel C. Boned Galán
Jorge Jordana, 25, 1º B. 50017 Zaragoza
Teléfono 649 611 122
E-mail: custy@inicia.es

INTRODUCCIÓN

Según la OMS., los trabajadores son el recurso más importante que posee un sistema de salud para lograr su eficacia porque ésta depende de los conocimientos, de las destrezas, y de la motivación de los profesionales que trabajan en ese sistema.

El concepto de *burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional que ocurre en aquellos profesionales que precisan mantener una relación constante y directa con otras personas, especialmente si esta relación es de ayuda.

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, y fuente de accidentabilidad y absentismo. Esta situación no puede pasar inadvertida para los administradores de recursos humanos del sector sanitario ni para los *nuevos servicios de prevención* creados por la administración sanitaria, que deben conocer el proceso de este fenómeno y las estrategias para la intervención.

PALABRAS CLAVE

Burnout, síndrome del quemado, Maslach, MBI.

HISTORIA

Descrito por primera vez en 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger, y cuya traducción correspondería a "estar quemado".Observó durante su trabajo en una clínica de toxicómanos que la mayoría de los asistentes voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía, desmotivación para el trabajo así como síntomas de ansiedad y depresión, volviéndose menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación a los pacientes con un trato distanciado y cínico y con tendencia a culpar a los pacientes de los propios problemas que padecían. Para la descripción de sus observaciones utilizó el termino burnout que usaban para referirse a los efectos del consumo crónico de sustancias tóxicas de abuso.

En 1976 las psicóloga Cristina Maslach utilizo el mismo término que empleaban los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional o desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo.

DEFINICIÓN

No existe una definición unánimemente aceptada sobre el síndrome de burnout, pero si un consenso en considerar que aparece en el individuo como respuesta al estrés laboral crónico. Se trata de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un cariz negativo para el sujeto dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicológicas como consecuencias nocivas para la persona y para la organización.

Los rasgos definitorios del Síndrome de Desgaste Profesional proceden de los trabajos de Maslach y Jackson (1981), quienes consideran que el burnout puede definirse como cansancio emocional, que se manifiesta a través de tres dimensiones: **agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización en el trabajo** que pueden desarrollarse en aquellos sujetos que trabajan con personas.

- **El agotamiento emocional** constituye el elemento central del síndrome y se refiere a una reducción de nuestros recursos emocionales y el sentimiento de que no tenemos nada que ofrecer a los demás psicológicamente.

- **La despersonalización** consiste en el desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los receptores de nuestros servicios; y hacia nuestros colegas, lo que nos puede conducir a considerar que son fuente de nuestros problemas.

- Por último, **la falta de realización en el trabajo** estriba sobre todo en la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, unido a sentimiento de fracaso y baja autoestima, aunque puede surgir el efecto contrario con una sensación paradójica de omnipotencia.

Estos tres componentes están ligados entre si a traves de una relación asimétrica en la que el primero conduce a los otros dos. La progresión no es lineal, mas bien se trata de un proceso cíclico que puede repetirse varias veces en el tiempo de forma que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en distintas épocas de su vida y en el mismo o diferentes trabajos.

ETIOLOGÍA

El estrés como antecedente esta compuesto por una serie de variables físicas, psicológicas y sociales. El profesional de enfermería esta sometido a estresores como escasez de personal que supone una mayor carga laboral, trabajo en turnos rotatorios, contacto con la enfermedad, dolor y muerte, conflicto y ambigüedad de rol… El profesional de enfermería engloba tres características que son factores de riesgo y que determinan la aparición del síndrome:

- un gran esfuerzo mental y físico,

■ continuas interrupciones y reorganizaciones de las tareas que agravan el nivel de carga y esfuerzo mental,

■ trato con personas en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción.

Algunos factores etiológicos a tener en cuenta pueden ser los siguientes:

La edad, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada.

Según **el sexo** sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo (hogar + puesto de trabajo).

El estado civil tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización.

La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor.

Sobre **la antigüedad profesional** tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.

Es conocida la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral en los profesionales** asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente.

También **el salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura.

SINTOMATOLOGÍA

Síntomas físicos: con frecuencia son los primeros en aparecer e incluyen alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migraña, alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, ulcera duodenal), mialgias, alteraciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas (urticaria), alteraciones menstruales, disfunciones sexuales…

Alteraciones conductuales: destacan las alteraciones de la conducta alimentaria, abuso de drogas, fármacos y alcohol, absentismo laboral, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía, aficiones de riesgo), tabaquismo, etc. En ocasiones surgen conductas paradójicas defensivas como la hipertrofia de hobbies (que llenan la mente del trabajador incluso en horas de trabajo), dedicación creciente al estudio para liberarse de la rutina, pseudoabsentismo laboral con el desarrollo de conductas cuyo objeto es limitar el numero de horas reales en el centro de trabajo (actividades sindicales, formación continuada), etc.

Alteraciones emocionales: ansiedad, depresión, irritabilidad, baja autoestima, falta de motivación, dificultades de concentración, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo, etc.

DESENCADENANTES

Podemos establecer cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

1

Ambiente físico de trabajo y cometidos del puesto como fuente de estrés laboral.

2

Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.

3

Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.

4

Fuentes extraorganizacionales de estrés laboral: relación trabajo familia.

FACILITADORES

1

Variables de carácter demográfico (edad, sexo, estado civil, presencia o no de hijos y antigüedad en el puesto y en la profesión).

2

Variables de personalidad. La mayoría de los investigadores coinciden en que el síndrome de burnout se da con mayor frecuencia en sujetos empáticos, sensibles, idealistas, con dedicación profesional, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás.

3

Estrategias de afrontamiento: Los sujetos que emplean estrategias de evitacion/escape o centradas en la emoción son mas propensos a desarrollar un burnout.

4

Apoyo social en el trabajo. La falta de este puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el burnout.

DIAGNÓSTICO Y MEDIDA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Los instrumentos de medida de este síndrome se basan en la evaluación de la disminución o pérdida de recursos emocionales.

Para medir el grado de burnout el cuestionario mas utilizado es la versión española del Maslach Burnout Inventory (MBI) de 1986. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, constituído por 22 ítems con siete opciones de respuesta (escala de Likert de 0 a 6) sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

Maslach Burnout Inventory
1 Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.
2 Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.
3 Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.
4 Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes.
5 Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales.
6 Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.
7 Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes.
8 Me siento “quemado” por mi trabajo.
9 Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.
10 Me he vuelto mas insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión.
11 Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.
12 Me siento muy activo.
13 Me siento frustrado en mi trabajo.
14 Creo que estoy trabajando demasiado.
15 Realmente no me preocupa lo que les ocurra a mis pacientes.
16 Trabajar directamente con personas me produce estrés.
17 Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes.
18 Me siento estimulado después del trabajo con mis pacientes.
19 He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión.
20 Me siento acabado.
21 En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.
22 Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas.

Escala de Likert		
0 = Nunca.		
1 = Pocas veces al año o menos.		
2 = Una vez al mes o menos.		
3 = Unas pocas veces al mes o menos.		
4 = Una vez a la semana.		
5 = Pocas veces a la semana.		
6 = Todos los días.		
Preguntas correspondientes a cada escala		
Cansancio emocional: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.		
Despersonalización: 5, 10, 11, 15,22.		
Realización personal: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.		
Se define como burnout elevado:		
Cansancio emocional	> 31 puntos	Valores entre 0 y 54.
Despersonalización:	>13 puntos.	Valores entre 0 y 30.
Realización personal:	>30 puntos.	Valores entre 0 y 48.

Existen pocos estudios de campo en nuestro país sobre el desgaste entre los profesionales sanitarios. En casi todos ellos se llega a la conclusión de que el grado global de desgaste es **moderado-elevado**, siendo las facetas de cansancio emocional y falta de realización personal las más afectadas.

SITUACIÓN ACTUAL

Varias sentencias han declarado el síndrome de burnout como accidente laboral.

- El Tribunal Superior de Justicia del País Vasco del 2 de noviembre de 1999.
- El Juzgado de lo Social Nº 3 de Vitoria del 27 de marzo de 2002
- El Juzgado de lo Social nº 16 de Barcelona, de fecha 27 de diciembre de 2002.

En ninguna han estado implicados profesionales sanitarios, pero los hechos crean precedentes en la valoración de esta patología. Hasta estas sentencias el trabajador obtenía una baja por enfemedad diagnosticada y tratada como una depresión, considerando que el problema estaba en el individuo descartando la intervención el entorno laboral con lo cual el problema se cronificaba.

Ahora obliga a un diagnóstico preciso de la enfermedad y por lo tanto al desarrollo de programas de intervención como señala Pedro Gil, profesor de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

INTERVENCIÓN Y PREVENCIÓN

La prevención y manejo del burnout lo vamos a realizar desde una triple perspectiva:

- A nivel individual.
- A nivel de equipo.
- A nivel de organización de empresa.

1

El trabajo personal

Tendremos que tener un proceso adaptativo entre nuestras expectativas iniciales con la realidad que se nos impone, marcándonos objetivos mas realistas, pero sin renunciar a lo mas valioso de nuestra profesión (los valores humanos) compatibilizándolo y reforzándolo con lo técnico.

En cualquier profesión y mas en enfermería, es trascendental equilibrar nuestra áreas vitales: **Familia–Amigos–Aficiones-Descanso–Trabajo,** evitando a toda costa que la profesión absorba estas, ya que son grandes protectores del burnout.

2

El equipo

Los compañeros de trabajo tiene un papel vital en el burnout:

1 **En el diagnostico precoz:** son los primeros en darse cuenta ,antes que el propio interesado.

2 Son una importante **fuente de apoyo:** son quien mejor nos comprenden, ya que pasan por lo mismo. Por todo esto es de vital importancia fomentar una buena atmósfera de trabajo: Facilitando espacios comunes no informales dentro de la jornada laboral.

3 Fomentando la colaboración y no la competitividad.

3

Organización-Empresa

Existen tres conceptos clave tanto para la prevención empresarial del burnout como para la eficacia de la misma.

Formación-Organización-Tiempo

Entremos en algunos aspectos:

- Minimizar la sensación de falta de control y de trabajo en cadena en la asistencia:
- Minimizar imprevistos: organizar las urgencias, de tal forma que no interfiera en el trabajo planificado.
- Minimizar la burocracia.
- Coordinación con los facultativos.
- Con espacios comunes libres de asistencia que permitan sesiones conjuntas, comentarios de pacientes, protocolización conjunta de diversas actuaciones.
- Marcarse objetivos compartidos.
- Formación continuada.

CONCUSIONES

El síndrome de burnout es un problema social y de salud publica. Se trata de un trastorno adaptativo crónico que daña la calidad de vida del profesional y la calidad asistencial. Esto lleva un gran aumento de costes económicos y sociales.

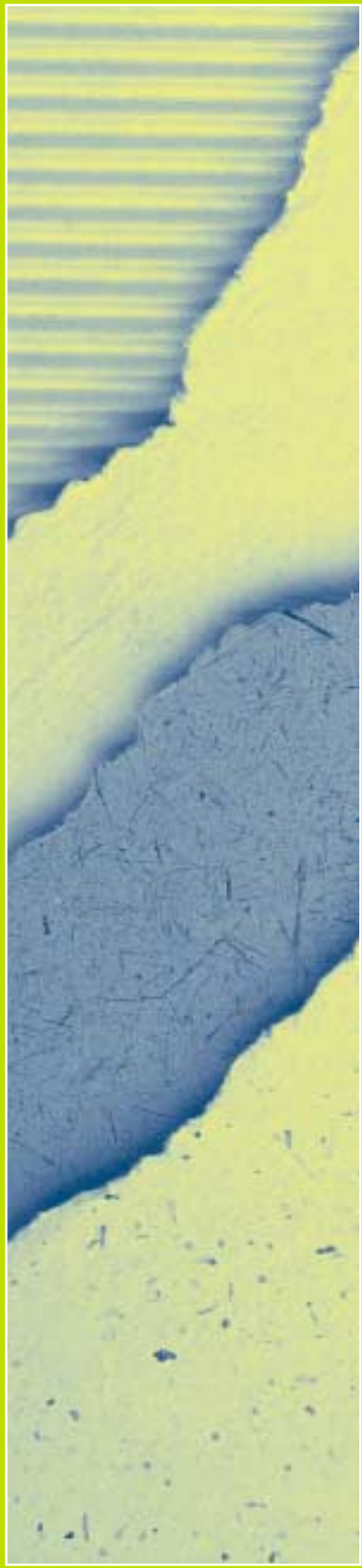
La tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal sanitario debe ser compartida. Es fundamental la motivación de todos en este sentido, para evitar la desilusión y los sentimientos de soledad y frustración que hacen mella en muchos profesionales hoy día.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Gil-Monte, R.; Peiró, J.M.** *Desgaste psiquico en el trabajo. El síndrome de quemarse.* Madrid. Síntesis.
2. **EN PORTADA** *¿Se quema la Sanidad española*. Disponible en URL: http://www.economiadelasalud.com /Ediciones/07/07pdf/07EnPortadaBurnOut.pdf
3. **Porras, A.** *Síndrome de burnout en profesionales de enfermería*. Disponible en URL: http:// www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/antonioporras.PDF
4. **Maslach, C.; Jackson, S.E.** *Maslach Burnout Inventory* (1986 2ª ed.) Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press.
5. **CSI-CSIF.** *El burnout:"Estar quemado"*. Disponible en URL: http://www. Csi-csif.es/andalucia/ acosolaboral
6. **Galindo Menéndez, A.** *Desgaste profesional o burnout*. Disponible en URL:http://www.sociedad%20% española%20de%20cuidados%20paliativos.htm
7. **Capilla Puedo, R.** *El síndrome de burnout o de desgaste profesional.* Jano 3-9 marzo 2000. vol. LVIII Nº1334.
8. **Pera, G.; Serra-Prat, M.** *Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal.* Gaceta Sanitaria 2002; 16(6): 480-6.
9. **Buendía, J.; Ramos, F. (Editores).** *Desempleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide. pp 59-83.
10. **Gil-Monte, R.** *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teoricas para su explicación y recomendaciones para su intervención*. Disponible en URL: http://psicologiacientifica.com
11. **Plataforma 10 minutos**. *Síndrome de burnout*. Disponible en URL: http://www.diezminutos.org/ burnout.

Cuidando la salud. Vol. 5. Julio 2005. 46-49

ESTUDIO COMPARATIVO DE CONOCIMIENTOS DE CUIDADOS NATURALES DE LAS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA NATURISTA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE CIENCIAS DE LA SALUD DE ZARAGOZA



TOMÁS FERNÁNDEZ FORTÚN*

JUANI LAHUERTA CASEDAS**

*D. E., Postgrado en Medicina Natural, Profesor de Enfermería Naturista en la E. U. de Ciencias de la Salud de Zaragoza.

**Diplomada y Licenciada en Empresariales, Profesora de Yoga y Técnicas de Relajación, Profesora de Enfermería Naturista en la E. U. de Ciencias de la Salud de Zaragoza.

RESUMEN

El número de pacientes que simultanean los Tratamientos y Cuidados Naturales, en torno al 20%-40% en nuestro país, nos obliga a formarnos en estas materias para poder responder a esta creciente demanda de forma seria y científica, enriqueciendo además nuestra profesión incorporando estas actuaciones como rol propio y autónomo de enfermería.

Nuestro objetivo es evaluar los conocimientos de las estudiantes de Enfermería Naturista de la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza, previos y posteriores a dicha asignatura.

PALABRAS CLAVE

Cuidados Naturales. Terapias. Enfermería Naturista. Salud.

INTRODUCCIÓN

Al profesionalizarse el arte de cuidar a través de Florence Nightingale* originando la profesión de Enfermería, los cuidados tradicionales pasaron a formar parte de ella.

Con la llegada de nuestra profesión a la Universidad también llegaron estos cuidados que de forma progresiva han ido tomando relevancia a la par que los pacientes incorporaban dentro de sus procesos de prevención y sanación una vuelta a los remedios tradicionales y una mirada a las Terapias Alternativas, simultaneándolas con los tratamientos de la Seguridad Social* en un porcentaje del 20%-40%.

Todo ello nos obliga como profesionales a formarnos en estas materias para poder dar respuesta a esta demanda social, pudiendo de esta forma obtener una base necesaria a la hora de actuar o emitir un criterio profesional.

El objetivo de este trabajo es cuantificar los conocimientos de las estudiantes de la asignatura de Enfermería Naturista de Enfermería de la E. U. de Ciencias de la Salud de Zaragoza de forma previa y posterior a la asignatura.

(*) Florence Nightingale: 1820-1910.

(*) Abilla, A. 1997.

Correspondencia:
Tomás Fernández Fortún
Monseñor Oscar Romero, 3, 6º V. 50004 Zaragoza
Teléfono 976 437 376

Institución a la que atribuir el trabajo:
Asignatura de Libre Configuración Departamental de la E. U. de Ciencias de la Salud de Zaragoza.
Departamento de Fisiatría.
Asignatura "Enfermería Naturista", 4.5 créditos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para la realización de este trabajo se tomó como sujetos de estudio la totalidad de alumnas (37) de Enfermería Naturista, asignatura optativa de libre configuración departamental de 4,5 créditos en la Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud de Zaragoza, Escuela que se enmarca dentro de la red de Universidades Públicas Españolas y acoge las Diplomaturas de Terapia Ocupacional, Fisioterapia y Enfermería.

Se realizó una explicación del objetivo del estudio y se solicitó consentimiento informado para su inclusión en el mismo.

Este estudio se realizó mediante la cumplimentación de una misma encuesta* el primer y último día de la asignatura, buscando de esta manera poder cuantificar de forma estadística posibles diferencias tras la realización de la asignatura.

Este trabajo ha sido llevado a cabo por el profesorado que imparte la asignatura siguiendo una metodología de Estadística Descriptiva conscientes de los límites de la muestra de cara al Error Estándar y a la Estimación.

La coincidencia de la Población Objeto y la Población Origen nos determinó los componentes de la Muestra.

Los resultados han sido expresados a través de Variables Cuantitativas Continuas y representados en Histogramas, Gráficos Circulares y Polígonos de Frecuencias.

Los Indices de Tendencia Central utilizados han sido Media Aritmética y Moda, todo ello procurando favorecer su reproducción por posteriores investigadores.

RESULTADOS

De la totalidad de matriculados en la asignatura 37, contestaron la totalidad de las dos encuestas 29 (78%), siendo de ellas 27 mujeres (93%) y dos hombres (7%).

Las edades comprendían entre 19 y 21 años.

De la totalidad de sujetos de la muestra un 24% (7) pertenecían a segundo curso de Enfermería y un 76% (22) a tercer curso.

Resultados de la primera encuesta:

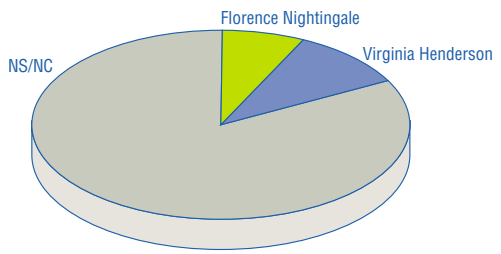
■ **Principales Cuidados y Terapias conocidas:**

Homeopatía (48%), Hidroterapia (41%), Fitoterapia (34%), Técnicas de Relajación (20%), Yoga (20%), Aromoterapia (17%), Masoterapia (10%), Musicoterapia (7%), Masajes (7%), Fisoterapia (7%), Reflexoterapia (3%), Cromaterapia (3%), Danzaterapia (3%), Tai chi (3%),, Consejos Caseros Tradicionales (3%), Recursos Alimentarios (3%).

■ A quién consideran como precursora de los Cuidados Naturales en Enfermería:

83% NS/NC.
10% Virginia Henderson.
7% Florence Nightingale.

A quién consideran como precursora de los Cuidados Naturales en Enfermería



■ Cuántos conocen qué es:

Geobiología 45%
Radiestesia 3%
Asana 0%
Fitoterapia 72%
Hidroterapia 83%
Técnicas de Energía 27%
Tofu 14%
Agar-agar 17%
Reflexología 55%
Ayurveda 0%
Radicales Libres 20%

■ Utilizarían los Cuidados Naturales en Enfermería dentro del P.A.E*en:

Plan de cuidados 58%
Plan y ejecución 17%
Tratamiento 14%
Ejecución 3,6%
Prevención y Rehabilitación 3,6%
En todas 3,6%

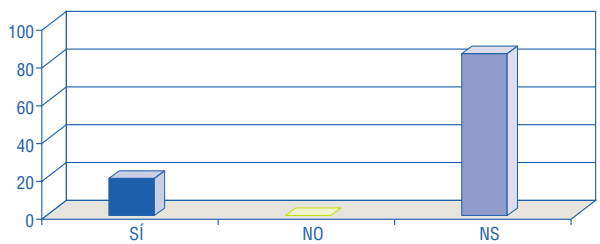
■ Consideran los Cuidados Naturales un rol propio y autónomo de Enfermería:

El 100% de los alumnos.

■ Creen que los Cuidados Naturales de Enfermería tienen representación en el Consejo Nacional de Enfermería:

83% NS/NC.
17% SÍ.
0% NO.

Creen que los Cuidados Naturales de Enfermería tienen representación en el Consejo Nacional de Enfermería



Resultados de la segunda encuesta:

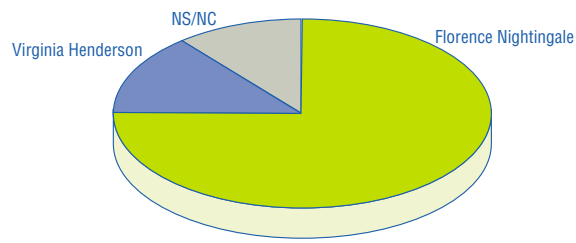
■ Principales cuidados y terapias conocidas:

Hidroterapia (93%), Fitoterapia (86%), Homeopatía (68%), Reflexoterapia (61%), Aromoterapia (57%), Yoga (53%), Cromaterapia (39%), Musicoterapia (36%), Danzaterapia (36%), Risoterapia (36%), Técnicas de Relajación (25%), Iridología (25%), Técnicas de Energía (21%), Masoterapia (14%), Los Chakras (14%), Ayuno Terapéutico (14%), Geobiología (14%), Dietoterapia (11%), Flores de Bach (11%), Feng Shui (11%), Cromoterapia (7%), Drenaje Linfático (7%),Tai chi (3%), Balneoterapia (3%),, Acupultura (3%), Crenoterapia (3%), Cuidados con Plantas (3%), Osteopatía (3%).

■ A quién consideran como precursora de los Cuidados Naturales en Enfermería:

11% NS/NC.
14% Virginia Henderson.
75% Florence Nightingale.

A quién consideran como precursora de los Cuidados Naturales en Enfermería



■ Cuántos conocen qué es:

Geobiología 82%
Radiestesia 28%
Asana 64%
Fitoterapia 96%
Hidroterapia 96%
Técnicas de Energía 86%
Tofu 86%
Agar-agar 82%
Reflexología 93%
Ayurveda 50%
Radicales Libres 61%

■ Cuándo consideran que se pueden utilizar los Cuidados Naturales en P. A. E. Enfermería:

Plan de cuidados 46%
Ejecución 14%
Plan y ejecución 11%
En todas 11%
Plan de Cuidados y Valoración 3,6%
Valoración, Planificación, Ejecución y Evaluación 3,6%
Planificación 3,6%
Valoración, Diagnóstico y tratamiento 3,6%
Valoración y Planificación 3,6%

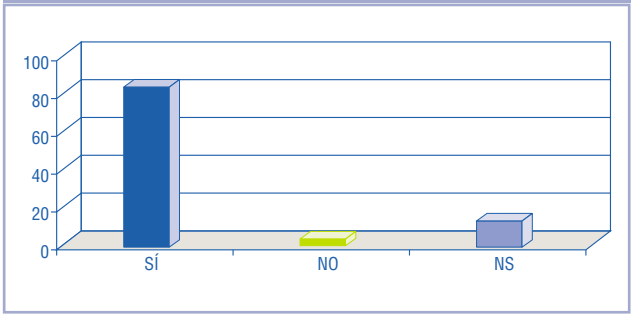
■ **Consideran los Cuidados Naturales un rol propio y autónomo de Enfermería:**

El 100% de los alumnos.

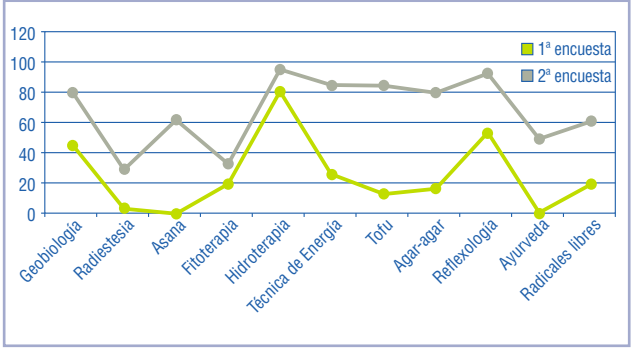
■ **Creen que los Cuidados Naturales de Enfermería tienen representación en el Consejo Nacional de Enfermería:**

14% NS.
82% SÍ.
4% NO.

Creen que los Cuidados Naturales de Enfermería tienen representación en el Consejo Nacional de Enfermería



Cuántos conocen qué es



DISCUSIÓN

Los resultados estadísticos arrojados por el trabajo señalan un escaso conocimiento de los Cuidados Naturales y Terapias Alternativas de las alumnas de Enfermería Naturista, siendo la Homeopatía, Hidroterapia y Fitoterapia las más conocidas.

La realización de la asignatura ha aumentado de forma notable sus conocimientos sobre la materia, incorporando nociones históricas, así como clarificando en qué fases del P. A. E.* deben utilizarse y confirmando como los Cuidados Naturales en Enfermería son un rol propio y autónomo y como tal está representado en el Consejo Nacional de Enfermería.

(*)P.A.E.: Proceso de Atención de Enfermería.

AGRADECIMIENTOS:

■ A D. Francisco León, Catedrático de la E. U. de Ciencias de la Salud.

■ A la totalidad de alumnas de la Asignatura de Enfermería Naturista de la E. U. de Ciencias de la Salud de Zaragoza. Curso 03-04.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Abilla, A.** *Utilización de Medicinas Complementarias por usuarios de la Seguridad Social.* Natura Medicatrix. Otoño-Invierno 1997. Nº 48. pp 20-27.
2. **Fernández, T.** *Enfermería Naturista: unos cuidados y terapias propias de enfermería.* Cuidando la salud. Junio 2000. Nº 2. pp 22.
3. **Pros, M.** *Manual de Medicina Natural.* Ed. Temas de hoy. Madrid 1994.

Encuesta

■ Sexo. ■ Edad. ■ Curso.

■ Escribe los principales cuidados y terapias naturales que conozcas:

.....

.....

■ ¿Qué enfermera es la precursora de los cuidados naturales en enfermería?

.....

■ ¿Conoces qué es...?

Geobiología..... Si no
Radiestesia ..... Si no
Asana ..... Si no
Fitoterapia..... Si no
Hidroterapia ..... S i no
Técnicas de energía..... Si no
Tofu..... Si no
Agar-agar ..... Si no
Reflexología ..... Si no
Ayurveda..... Si no
Radicales libres..... Si no

■ ¿En qué fase del p. A. E. Utilizarías los Cuidados Naturales en Enfermería?

.....

■ ¿Los cuidados naturales son un rol propio y autónomo de enfermería o médico-delegado?

.....

■ ¿Los cuidados naturales en enfermería tienen representación en el Consejo Nacional de Enfermería?.

■ SÍ ■ No ■ Lo desconozco

Leído en...
Revista Humanizar, Nº 80, Mayo-Junio 2005

CUÍDATE TOTALMENTE ESTAMOS EN TUS MANOS

Fidel Delgado
Psicólogo Clínico. Especialista en Psicología Hospitalaria

Estamos en tus Manos

En esta ocasión quiero dirigirme a ti personalmente
porque nuestra relación es mucho más que profesional.
Ya te habrás dado cuenta de que cada día ponemos
nuestra vida en tus manos.
En tus manos está no solo nuestro cuerpo y sus necesidades
urgentes: nuestra comida, aseo, comodidad, reposo....
En tus manos depositamos también nuestras esperanzas
y desencantos, nuestras muchas quejas
y algún agradecimiento a tu buen hacer:
Toda nuestra intimidad está desnuda ante ti.
Como niños indefensos buscamos ponemos en tus manos.

A menudo son las únicas disponibles
y cercanas entre tanto profesional Sanitario.
Es demasiado para ti quizá?
porque a veces tus manos están esquivas,
o muy ocupadas con otros chismes,
o demasiado rápidas y nerviosas...
Quizá es que se hartan
o ya no dan más de Sí...

En tus manos ponemos nuestras vidas
y tu vivir nos llega a través de tus manos
→

Cuídate totalmente!

La Calidad de tu Vida personal influye
decisivamente en los cuidados que nos prestas
a pacientes y familiares, Ya sabes.
Tus manos nos dicen si estás Complaciente o Cansada,
nerviosa o en calma,
humana o robotizada ...
Por supuesto que se puede justificar un sueldo trabajando "en mínimo".
Pero Vivir Saludablemente, con Satisfacción y Plenitud
es más que el cumpli-miento e ir tramperando.
Con esta reflexión quiero agradecerte tus cuidados
cuidando de tí.
Y si me haces caso salimos ganando los dos:
Tú y tu Realización personal. Y Yo porque... estoy en tus manos

Nos ha enseñado la Vida que la clave de que un trabajo resulte
Saludable está en la fuente de donde mana,
el estilo con que se vive, más que la tarea que se realiza.
La fuente hay que revisarla con gran lucidez
porque puede resultar tóxica o contaminante.
Una forma sencilla de hacerlo es contestar a esta pregunta:
Con mi trabajo diario, Doy de Sí o Doy de No?
Para este necesario auto-chequeo del ánimo
conviene buscar un rato de calma
y mirar con lucidez la propia intimidad. →

Cuídate totalmente!

Son muy claras las señales que indican interiormente si cada día
estás dando de sí o estás dando de no

aumenta la Comprensión	o	la intolerancia
se amplia la Creatividad	o	la rutina
crece la autoestima	o	el resentimiento
acelera la madurez	o	la superficialidad
consigues elasticidad	o	progresiva rigidez
Crece la sabiduría	o	el manejo
hay más autonomía	o	dependencia
Buen Humor y ternura	o	Crispación y Calzeo
Satisfacción		Malestar

Ya que te juegas la Calidad de tu Vida cada día en tu trabajo, y ya que mi vida está en tus manos....
Por el bien de todos, cuídate totalmente.
Dá de Si ampliando lo que ya sueles hacer:

Lava bien tus manos antes de tocar mi cuerpo,
pero también cuide tus palabras para que
me contagien fuerza, ganas de sanar, lucidez.
Cambia la ropa de mi cama, que me ensucié a pesar mío,
pero también pon un colchón de tolerancia a mi impaciencia.

→

Cuidando de ti Ya Cuidas a otros

Tráeme la dieta blanda, que estoy postoperado
y termina en el tacto que sufro desamparo inconfesable.
Échame agua fresca en el vaso para tomar el calmante.
Y una mirada a los ojos que me asegure
que me puedo dormir confiadamente.
Levanta la persiana para ventilar la habitación,
y ábreme horizontes, que me empeño en ser lo negativo.
No envidies aparatos, técnicas ni estatus del frío doctor,
que una sola sonrisa tuya resucita mi ánimo.
Dile a mis familiares los horarios de ir y venir
e ilústrales sobre los modales que me ayudan a sanar.

☆ ☆ ☆

Los que estamos en tus manos
te agradecemos que cuides tu cuerpo, tu mente,
tus emociones, tu espíritu.

Disfruta

Sanando la fuente de Cuidados
que reside en ti y de la que bebemos
pacientes, familiares, compañeros de trabajo.

En mi nombre y en representación
de otros y de ti misma
GRACIAS.

Fidel Delgado.

PROCEDIMIENTO DE ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE AGRESIÓN HACIA EL PERSONAL SANITARIO DE ENFERMERÍA

JUAN CARLOS CAMPOS HERNANDO

Abogado O.C.E.Z.

La violencia en forma de agresiones y coacciones tanto en los Centros Hospitalarios como en Atención Primaria contra el personal sanitario de los mismos es un fenómeno creciente en nuestros días, en el que se conjugan diferentes factores, en el que influyen las presiones laborales, la inestabilidad social, comportamientos de intolerancia de la sociedad actual y así como el deterioro de las relaciones personales.

Ciertamente no es novedoso que se produzcan esta serie de situaciones que, lamentablemente, se dan con demasiada frecuencia en el día a día de los profesionales. En más de una ocasión se ha oído decir que no existen muchas denuncias por el trato que los profesionales reciben a veces de las familias o allegados de los enfermos, o incluso –como ocurrió en el primero de los supuestos comentado, con terceros: si este dato es cierto, opino que se debe más a la propia actitud de los profesionales, que muchas veces prefieren "dejarlo estar" porque piensan que de poco va a servir denunciar o no compensa el tiempo y el "trastorno" que todo el proceso judicial puede llegar a causar.

Las agresiones y actitudes violentas o coactivas atentan directamente contra la dignidad y los derechos de los trabajadores consagrados en la Norma Fundamental, y además de ello, constituye un riesgo para la eficiencia y éxito de las organizaciones.

Las causas de esta violencia en el sector sanitario son multifactoriales, influyendo causas de origen general y algunos de carácter más específico, relacionados con la organización y la capacidad del sistema sanitario y de los mutaciones y dinamismo que se están produciendo en las relaciones laborales sanitario/paciente en el marco de los sistemas sanitarios públicos.

Que, dichas consecuencias más inmediatas dependiendo de la agresión y de las características personales de cada victima. Así, los efectos pueden ir desde la desmotivación y la perdida de satisfacción profesional hasta el strés o daños tanto físicos como psíquicos.

Los resultados de una investigación realizados en Cataluña mostraban que más de tres cuartas partes de los médicos que participaron en el estudio consideraban que las agresiones en el lugar del trabajo, podían influir negativamente en la calidad de la práctica

profesional, favoreciendo la la aparición de una medicina a la defensiva, haciéndose complacientes con las demandas inapropiadas de los enfermos/pacientes o sus familiares y reduciendo el tiempo de visita d los enfermos potencialmente conflictivos.

En este mismo estudio, se planteaban las actuaciones contra la violencia que plantean los profesionales sanitarios en el lugar de trabajo, han de considerarse como un a cuestión prioritaria para las autoridades sanitarias públicas.

No obstante, y pese a ello, las medidas que se pueden adoptar e implantar desde el sistema sanitario para prevenir dichas incidencias contra el personal sanitario solamente pueden ir encaminadas a minimizar la incidencia y a atenuar su intensidad y sus consecuencias, pero difícilmente a erradicarlas, ya que el catalizador de dichas agresiones está en los propios factores sociales y culturales de hoy en día, así como la violencia de la sociedad actual y la intolerancia y sus frustraciones.

No obstante, pese a lo referenciado en los párrafos anteriores, de la complejidad de abordar determinadas actuaciones, en fechas recientes, hemos tenido conocimiento de dos sentencias dictadas por el Juzgado de Instrucción nº 4 de dicha capital, en sendos casos en los que se denunciaban por parte de dos enfermeras maltrato, injurias, coacciones y vejaciones a las que habían sido sometidas en el ejercicio de su profesión.

Por eso resultan significativos los casos producidos en Toledo, en los que las enfermeras afectadas, con el apoyo de su Colegio, no sólo formularon las denuncias correspondientes, sino que han instado la prosecución de los correspondientes procesos judiciales contra los denunciados.

El primero de los fallos, de 30 de junio de 2004, se produjo al asistir a realizar un servicio de urgencia y tener que dejar el vehículo médico "con distintivos" estacionado en "doble fila". Tras asistir la urgencia, la enfermera y el médico regresaron a recoger el vehículo donde encontraron a un matrimonio y su hijo muy alterados que les recriminaron su comportamiento por el estacionamiento. El Juzgado condenó al matrimonio autor por una falta de maltrato de obra sin causar lesión, por zarandear y tirar de la camisa a la enfermera, así como por injurias, al haber vertido contra la denunciante expresiones objetivamente descalificantes para su honor y fama.

El segundo caso se produjo al sonar la alarma del pulsioxímetro de un paciente, momento en el cual la enfermera se personó en la habitación, encontrando a los familiares en un estado de gran nerviosismo y alteración, los cuales profirieron contra ella expresiones que atentaban contra su profesionalidad, llegando a golpear uno de los familiares la ventana y la pared de la habitación. La condena del Juzgado recayó en los familiares por considerar que existió un trato injusto e intimidante por su parte hacia la enfermera, considerando los hechos como una falta de vejaciones leves, según lo previsto en el artículo 620.2 del Código Penal.

Aunque las condenas responden a la levedad de las infracciones denunciadas, la importancia de las sentencias estriba en el reconocimiento expreso realizado por el Juzgado en defensa de las enfermeras afectadas. No se trata de judicializar la vida profesional, pero los enfermeros y enfermeras saben deslindar perfectamente en su actuación aquellos casos en los que los pacientes rebasan los límites de la humana tolerancia y comprensión por la situación en la que se encuentran sus allegados y traspasan la frontera que convierte sus actuaciones en perseguibles ante la Justicia. Y actuar en estos casos ante los juzgados y tribunales también es hacer profesión.

Por otra parte, existen otras MEDIDAS PREVENTIVAS que se proponían, dirigidas a dotar a los profesionales de habilidades de comunicación que mejorasen la comunicación e interacción con los pacientes y sus familiares; las propias ACCIONES CONTRA LOS AGRESORES con la finalidad de tener localizados a usuarios agresivos que justificará la decisión de facilitar al médico un Acompañante para hacer la visita médica, la perdida temporal del derecho a la asistencia sanitaria gratuita y el ejercicio de las propias acciones jurisdiccionales mediante la correspondiente denuncia o querella al Juzgado de instrucción correspondiente; así como las ACTUACIONES EN CASO DE INCIDENTES dirigidas a establecer de manera explícita qué hacer en caso de sufrir una situación de agresión o en su caso, actuaciones de insultos, coacciones u otras acciones vejatorias y atentatorias a la dignidad del profesional sanitario en el ejercicio de sus funciones propias.

A este respecto, y atendiendo al contenido de la propia Ley 55/2003, de 16 de Diciembre, del Estatuto Marco de los Profesionales Estatutarios de los Servicio de Salud, en el que se preceptúa que los profesionales tienen derecho *" a recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus s funciones"*, y en este sentido se hace necesario que por parte del **SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD (SALUD)**, a semejanza e imagen de otros Servicios Autonómicos de Salud, se elabore y dicte un PROTOCOLO DE ACTUACIÓN para definir la actuación del profesional sanitario ante una situación de agresión, insultos, coacción o cualquier otra conducta vejatoria en el Centro Sanitario, tanto en el aspecto de prevención como en el de actuación una vez que se han llevado a cabo las mismas, y si dichas medidas pueden ejercer como catalizador con la finalidad de erradicar o minimizar dichas agresiones tanto físicas como verbales.

ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO (ENFERMERÍA) ANTE UNA SITUACIÓN DE AGRESIÓN, INSULTOS, COACCIONES O ACTITUDES VEJATORIAS POR PARTE DE LOS PACIENTES, O EN SU CASO, POR SUS FAMILIARES

Las diferentes actuaciones ante una situación de agresión, insultos, coacciones o actuaciones vejatorias contra la persona del enfermero por parte de los pacientes, o en su caso, de sus familiares en un Centro de Salud de ámbito hospitalario o de Atención Primaria es la siguiente:

1

Situación de agresión.
En el supuesto de que el profesional perciba un riego, ante una posible agresión, solicitar ayuda al vigilante de seguridad, si lo hubiere.

En el caso, de la no existencia del vigilante, solicitar de forma inmediata la presencia de un compañero que coparticipe y ayude a resolver la situación de violencia o situación atentatoria que se produzca por insultos o actuaciones vejatorias.

2

Alertar a Fuerzas y Cuerpos de Seguridad.
Si pese al intento de disuadir al agresor, la situación violenta persistiera, se pasará a telefonear a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, que nos sean más accesibles, a los efectos de que se personen en el Centro de Salud/Hospitalario.

3

Comunicar el incidente al responsable del centro.
Que, una vez acontecida la situación de agresión, y tras alertar a las Fuerzas de Seguridad, se deberá comunicar y notificar el hecho al Director o Responsable del Centro, Director Gerente del Área, Director Gerente del Hospital.

4

Traslado al Servicio de Urgencias, si requiriere asistencia sanitaria/valoración de lesiones.

a

Valoración de lesiones:
Si los profesionales del servicio perciben la existencia de lesiones, una vez tratadas, se emitirá el correspondiente Parte de Lesiones.

b

Hoja de registro de agresiones:
Independientemente de que se hayan producido o no lesiones, los profesionales del Servicio de Urgencias/ Preventiva, se pondrán en contacto con el profesional sanitario agredido, y se cumplimentará el Registro Informatizado de Agresiones (A crear por el SALUD, y con funcionamiento en otros Servicios de Salud).

5

Denuncia, querella ante el órgano jurisdiccional competente (penal).
Que, una vez efectuados los pasos anteriores, se procederá a formular Denuncia o Querella Criminal contra el agresor ante el Juzgado de Instrucción que corresponda, o en su caso, previamente ante los Cuerpos de Seguridad del Estado (Policía Nacional o Guardia Civil), quien lo remitirán de oficio al Juzgado, formándose Diligencias Previas.

En este ultima fase, se ponen al Servicio del colegiado los Servicios Jurídicos de la O.C.E.Z. para formalizar la correspondiente denuncia o querella, y llevar el seguimiento de todo el proceso judicial , tanto en al fase de Instrucción como con posterioridad la asistencia a juicio oral, si concluyese de ese modo.

En todo este Protocolo de Actuación se desarrollará respetando en todo momento los principios constitucionales del derecho a la intimidad y confidencialidad del profesional sanitario agredido.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE LOS RESPONSABLES DEL CENTRO DE SALUD/ DIRECTOR GERENTE DE ÁREA O DE HOSPITAL ANTE LA COMUNICACIÓN DE UNA SITUACIÓN DE AGRESIÓN

Que, en otros Servicios de Salud de Comunidades Autónomas, y en este sentido, se pone el ejemplo de Servicio Andaluz de Salud, se ha creado un actuación protocolaria, que complementando la actuación del profesional sanitario, viene a garantizar la situación de Apoyo y defensa sobre el personal sanitario a su servicio. Y en el sentido anteriormente referenciado, los responsables de Centros Sanitarios, Directores de Área de Salud, o en su caso, Directores Gerentes de Hospitales, cuando tengan conocimiento de la situación de agresión en su Centro, en primer término tendrán que valorar la gravedad del hecho acaecido a partir del cual decidirá si personarse en el Centro o atender telefónicamente al profesional agredido. Para con posterioridad, atender las fases siguientes:

1

Ofrecimiento de atención y apoyo psicológico.

2

Cobertura de asesoramiento jurídico y representación judicial (Supuesto de denuncia o querella del hecho ocurrido).

3

Manifiesto de repulsa.

4

Denuncia por parte del responsable del centro ante la jurisdicción competente
(O en su caso, personarse en las Diligencias Previas, si existiese denuncia o Querella Criminal previa del agredido ante el Juzgado de instrucción).

Cuidando la salud. Vol. 5. Julio 2005. 58-61

PROTOCOLOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOLOR POSTOPERATORIO

María Teresa Sanz López
DUE Unidad del Dolor
Hospital Clínico Universitario "Lozano Blesa"

Hoy en día en las Unidades del Dolor, cada vez, es más frecuente instaurar tratamientos para pacientes que presentan un trastorno doloroso de carácter agudo. Entre ellos se incluye el dolor postoperatorio.

Para comenzar el tema puede ser de utilidad recordar la definición propuesta por la Asociación Internacional para el estudio del dolor (IASP) ***"El dolor es una experiencia subjetiva desagradable ,que asociamos con lesión histica ,presente o potencial, que describimos en los terminos de ese daño y cuya presencia es revelada por manifestaciones visibles y/o audibles de la conducta".***

El dolor agudo es un episodio que va a causar un cambio de personalidad y comportamiento del paciente, con una duración que según algunos autores va desde un segundo a seis meses, causado por una lesión orgánica y que suele cesar cuando ésta desaparece. El dolor agudo presenta pues una connotación diferente al dolor crónico: es de aparición brusca, pudiendo a veces comprometer la vida, como es el caso del infarto de miocardio.

El dolor postoperatorio es un dolor agudo, reune la mayoría de sus características con la diferencia de no tener ningún sentido biológico y ser previsible y conocido de antemano.

FACTORES QUE DETERMINAN EL MÉTODO DE TRATAMIENTO

Los factores determinantes del método elegido para tratar el dolor postoperatorio son:

1

Características físicas, psicológicas y emocionales de cada paciente.

Son individualizadas en cada paciente, se recogerán antecedentes patológicos, patología concomitante, peso, talla, ASA, etc. Así mismo van a influir una serie de factores psicológicos que pueden llegar a repercutir incluso en la valoración y efectividad del tratamiento: como

vivencias anteriores, entorno cultural y educacional, nivel de información en el preoperatorio, calidad en la relación entre enfermera y paciente, etc.

2

Tipo de anestesia.
Influye el tipo de anestesia realizado, general, locorregional y por supuesto los fármacos y dosis de analgésicos utilizados.

3

Tipo de intervención quirúrgica. La técnica quirúrgica realizada, la incisión, la cuantía del trauma quirúrgico, la duración de la intervención, etc.

4

Complicaciones quirúrgica y/o anestésicas.

5

Experiencia y grado de vigilancia del equipo que atiende al paciente.

MÉTODOS PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR

1

Métodos farmacológicos

Los analgésicos son piezas fundamentales en la estrategia antiálgica. Actualmente el tratamiento correcto para el dolor postoperatorio ha dejado de ser la simple y rutinaria prescripción de un analgésico, y está basado en el empleo de un amplio y complejo arsenal farmacológico contra el dolor.

Fármacos con utilidad analgésica:

1.1

Aines. Antiinflamatorios no esteroideos.

1.2

Opiáceos débiles. (Codeína, Dihidrocodeína, Tranadol, etc.)

1.3

Opiáceos potentes. (Bupremorfina, Metadona, Morfina, Fentanilo).

1.4

Coanalgésicos. para completar el tratamiento analgésico o tratar componentes asociados, (ansiolíticos, anticonvulsionantes, antidepresivos corticoides, etc.)

1.5

Coadyuvantes. su papel es importante como profilaxis (antieméticos, gastroprotectores, etc.)

1.6

Anestésicos locales, son fármacos que actúan bloqueando la conducción nerviosa de forma reversible, con utilidad analgésica en técnicas locorregionales.

2

Métodos no farmacológicos

2.1

Métodos psicológicos.
Considerados como profilaxis del dolor postoperatorio, incluyen varias medidas que consisten en:

- Visita preoperatoria, con el objetivo de interpretar, valorar e informar de todo aquello que al paciente le pueda preocupar, con especial interés y explicación detallada del método analgésico que vayamos a utilizar, que indiscutiblemente va a colaborar en la preparación del acto quirúrgico.

En una palabra usar la comunicación como soporte terapéutico.

- Enseñanzas de distracción.
- Métodos de relajación.

2.2

Estimulación eléctrica transcutánea.

VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE LOS FÁRMACOS

Son muy variadas la vías de que disponemos en la actualidad para administrar los analgésicos.

- Oral.
- Intramuscular.
- Subcutánea.
- Sublingual.
- Rectal.
- Tranasdérmica.
- Nasal.
- Endovenosa.
- Espinal.

REGÍMENES DE ADMINISTRACIÓN DE LOS ANALGÉSICOS

Hay diversas posibilidades de regímenes de administración de fármacos pudiendo elegir la que más nos interese:

- A demanda del paciente.
- Pautado a intérvalos regulares.
- Contínuo.
- PCA.
- Combinada: continuo + PCA.

De todas estas posibilidades, la experiencia nos ha confirmado como mejor opción el régimen continuo + PCA, por poseer una eficacia analgésica continuada y mantenida al proporcionar niveles plasmáticos constantes y duraderos. Reducir los efectos secundarios asociados a la administración de bolos grandes y repetidos.

Ser cómodo para el personal de enfermería que atiende al paciente en el periodo postoperatorio.

En nuestro hospital la demanda de estos tratamientos a la Unidad es requerida, habitualmente, por otros especialistas como anestesiólogo o cirujano.

El seguimiento posterior se realiza por la Unidad del Dolor de forma protocolizada, durante las 24, 48 o 72 horas siguientes a la intervención.

Ficha de recogida de datos para tratamiento postoperatorio.I

UNIDAD DEL DOLOR FECHA

CLÍNICO UNIVERSITARIO LOZANO BLESA Nº HISTORIA UNIDAD

Nombre .....

Edad ..... Sexo .....

Peso ..... Talla .....

Asa ..... Solicitante .....

Habitación ..... Nº Historia .....

Alergias .....

Patología asociada .....

Servicio quirúrgico .....

Intervención .....

Incisión .....

Tipo anestesia ..... Duración .....

Opiaceo Intraoperativo IV ..... Dosis .....

Epidural .....

Epidural.....

Antiemético.....

Complicaciones intraoperatorias.....

Metodo analgésico

1. Vía

Epidural..... Intravenosa .....

Nivelpercutaneo

Dirección.....

Long.Intraepi .....

2. Fármacos y dosis

Carga .....

Perfusión/24h.....

Rescate.....

Antiemético.....

3.Régimen ..... bomba.....

Valoración del dolor

Escala analógica visual (eav): 0 a 10

Andersen:

0- Ausencia dolor
1- Dolor ligero con movilización
2- dolor ligero reposo o con movilización-tos
3- Dolor moderado reposo o severo movilización-tos
4- Dolor severo reposo o extremado movilización-tos
5- Dolor en reposo torturante

ordinal:
0- ningun dolor
1- dolor ligero
2- dolor moderado
3- dolor severo
4- dolor muy severo

24 horas:

Eav .....

Andersen .....

Ordinal.....

Nº rescates.....

48 horas:

Eav .....

Andersen.....

Ordinal.....

Nº rescates.....

Modificaciones método o dosis y causa.....

Valoración sedación

24 Horas..... 48 horas

Ramsey:

1- Ansioso, agitado, inquieto
2- Tranquilo, orientado, colaborador
3- Responde a órdenes
4- Dormido, pero con respuesta a órdenes
5- Dormido con respuestas tardías
6- Dormido sin ninguna respuesta

Ficha de recogida de datos para tratamiento postoperatorio.II

Valoración bloqueo motor

24 Horas..... 48 horas

Bromage I (incapaz de mover pies y rodillas)
Bromage II (capaz de mover sólo pies)
Bromage III (capaz de mover las rodillas)
Bromage IV (flexión completa de rodillas y pies)

Valoración bloqueo sensitivo

24 Horas..... 48 horas

Grado I (deficit sensitivo completo, no sensibilidad)
Grado II (acorchamiento, hormigueo)
Grado III (no déficit sensitivo)

extensión:
G (global) – **M** (medial) - **D** (distal)
B (bilateral) – **U** (unilateral)

Efectos secundarios

Nauseas	Disforia	Cefalea
Vomitos	Euforia	Vértigos
Depre. Respiratoria	Sudoración	Distensión abdominal
Prurito	Alucinaciones	R. Asmática
Retencion orina	Mareos	
Irritación snc	Ileo paralítico	
Dispepsia	No peristaltismo	
Hemorragia digestiva	Hipersensibilidad	
Diarrea	Sequedad boca	
Rash-eritema	Hepatopatía	
Edema		
Dolor gastrointestinal		
Agranulocitosis		
Leucopenia		
Hipotensión		
Bradicardia		
Shock		
Hipertensión		
Taquicardia		
Disnea		

Complicaciones técnicas

Programación incorrecta
Administración inadecuada
Fallo técnico

Describir:.....

Valoración método por el paciente

Muy bueno	*¿Lo usaría de nuevo?*
Bueno	Sí
Insuficiente	Quizás
Malo	No, preferiría otro

Valoracion método por el médico

Muy bueno Bueno Insuficiente Malo

Seguimiento paciente

Alta Perdido Fallecido

CONCLUSIONES

La aplicación y seguimiento de un protocolo de cuidados de enfermería en el dolor postoperatorio:

1

Contribuye a una mejora en la calidad asistencial del paciente quirúrgico.

2

Evita el sufrimiento innecesario haciendo que la recuperación sea mas rápida y evita las complicaciones que se asocian al dolor postoperatorio.

3

Disminuye la estancia hospitalaria.

4

Ayuda a proyectar una imagen más positiva del medio sanitario por el grado de satisfación del paciente.

Páginas web

ESPAÑOLAS

- Consejo Internacional de Enfermeras. **www.icn.ch/spanish.htm**
- Sociedad Española de Enfermería Oncológica. **www.seeo.org**
- Educación sanitaria en salud mental. María del Pilar Yagüe, R.N. **www.fortunecity.com/victorian/poetry/237/**
- Web sobre lesiones vasculares de la piel. Andrés Roldán Valenzuela. **www.arrakis.es/~aroldanv/**
- Enfermería. Página personal de Enrique Torné Pérez. Aborda la Investigación, la Cirugía Cardiaca y las Técnicas de UCI. **www.enferpro.com**
- Sociedad Española de Enfermería e Internet. **www.seei.enfenet.ua.es/**
- Página dedicada a la promoción de páginas Webs temática de Enfermería. Por Antonio José Ibarra. **www.aibarra.org/**
- Sociedad Española de Enfermería Geriatrica y Gerontológico. **www.arrakis.es/~seegg/**
- Semana salud. En estas páginas la Escuela de Enfermería de Alicante acerca al público la enfermería. **www.semanasalud.ua.es/**
- Recursos de Enfermería en Internet, por Jose Decal. **www.enfersalud.com**
- Red Latinoamericana de Salud Pública. **www.expo-peru.com/expo-peru/redlatsp/redlatsp.html**
- Hospitales del mundo. **neuro-www.mgh.harvard.edu/hospitalweb.shtml**
- Naciones Unidas. **www.un.org/spanish/**
- Organización Mundial de la Salud. **www.who.int/en/**
- Salud Pública de la U.E. **europa.eu.int/pol/health/index_es.htm**
- Enfermeras para el mundo (ONG). **www.ong.enfermundi.com/**
- Escuelas de Enfermería. **www.ocez.net/enlaces/enlaces_escuelas.htm**
- Ministerio de Sanidad. **www.msc.es/home.jsp**
- Hospitales. **www.ocez.net/enlaces/enlaces_hospitales.htm**

FRANCESAS

- Site francophone des Infirmiers-Anesthésites. **www.ia-france.com/**

INGLESAS

- Sitio dedicado a la Enfermería en Irlanda. **www.ihca.net/nursing=20**
- Nurse Links. Servidor para buscar páginas sobre enfermería. **www.members.evansville.net/aew/nurse.html**
- NursingNet. Sitio especialmente dedicado a los practicantes de enfermería de todas las disciplinas. **www.communique.net/~nursgnt/**
- Virtual NURSING CENTER. Un centro de enfermería virtual en Internet. **www-sci.lib.uci.edu/HSG/Nursing.html**
- Nursing and Child Related Resources. Recursos sobre enfermería e infancia. **www.pegasus.cc.ucf.edu/~wink/home.html**
- World Map of Nursing Services. Mapa mundial de servicios de enfermería. **www.medweb.bham.ac.uk/nursing/**
- Physicians' Choice medical website. **www.mdchoice.com/**
- The Six Senses Helthcare And Medical Web Site Review Program. **www.sixsenses.com/**
- HelthGate. Online source for health, wellness, and biomedical information. **www.healthgate.com/**
- CNN Health. **www.cnn.com/HEALTH/**
- Reuters Health Information. **www.reutershealth.com/en/index.html**
- Your Health Daily (New York Times Syndicate). **www.yourhealthdaily.com/**
- American Association of Colleges of Nursing. **www.aacn.nche.edu/**
- American Association of Nurse Anesthetists. **www.aana.com/**
- American Society of PeriAnesthesia Nurses. **www.aspan.org/**
- Ask the Dietitian. **www.hoptechno.com/rdindex.htm**
- Hospice Hands. Various Internet resources on hospices, terminal illness, death preparation and grief counseling. **www.gator.net/~jnash/hospice.html**
- Huffington Center on Aging. **www.hcoa.org/**
- Journal of Emergency Medical **Services. www.jems.com/**
- MacNursing. Nursing-related shareware, freeware and commercial demo software available for download. **www.sonic.net/~sylvan4/MacNursing.html**
- NURSEweek. **www.nurseweek.com/**
- Nursing and the NCLEX. This site offers information on NCLEX, an online version of the licensure exam for registered nurses, by Kaplan Educational Centers. **www.kaptest.com/repository/templates/Lev3InitDroplet.jhtml?_lev3Parent=/www/KapTest/docs/repository/content/Nursing/NCLEX** **www.kaplan.com/info/index.html**
- Nursing Home Care. **www.cancer.org/rignurse.html**
- Nursing Informatics. **www.ajn.org/other/ncnr/report/toc.html**
- The Nursing Research Center (Duke University Medical Center). **www.son3.mc.duke.edu/nrc/**
- NursingNet. **www.communique.net/~nursgnt/**
- Priority EMS. First aid and emergency care databases, plus other resources. **www.priority.net/**
- Occupational therapy and physical therapy sites. **www.slackinc.com/otpt/404.htm**
- Pediatric sites. **www.slackinc.com/child/pednet.htm**
- Atlas de Anatomía. **www.redestb.es/personal/ulm/atlas.htm**

XXVI Certamen de Enfermería "San Juan de Dios"

- Premio a Trabajo de Investigación: 12.021 euros.
- Proyectos de Investigación: Primer Premio: 9.015 euros.
- Segundo Premio: 3.006 euros.
- Plazo de entrega: 26-01-2006.

BASES

1
El Certamen queda abierto el día 11 de marzo de 2005.

2
Podrán participar en él aquellos profesionales de Enfermería que, individualmente o en equipo (multidisciplinar, profesorado y alumnado, etc….) se consideren en disposición de investigar cualquier área de Enfermería en los países de ámbito de esta convocatoria. (Países de habla española y portuguesa donde está presente la Orden Hospitalaria San Juan de Dios: Argentina, Venezuela, Bolivia, Colombia, Cuba, Chile, Ecuador, España, México, Perú Portugal y Venezuela).

3
Se podrá concursar en dos modalidades: Trabajo de Investigación o Proyecto de Investigación.

4
Los proyectos o trabajos presentados a este XXVI Certamen deberán versar sobre el ejercicio profesional de la Enfermería pasado y/o presente en los diversos aspectos: Cuidados en todos sus ámbitos; Administración y Gestión; Docencia.

Se tendrá en especial consideración: el interés científico del contenido, la originalidad, el valor de la investigación, así como las posibilidades de aplicación.

5
Los proyectos o trabajos a presentar no tendrán más limitación o extensión, mínima o máxima que las que señalen sus autores.

6
Todos los proyectos o trabajos deberán ser inéditos y escritos en lengua castellana o portuguesa. No se admitirán los proyectos o trabajos que no estén realizados con la única finalidad de ser presentados a este Certamen.

7
De los proyectos o trabajos enviados será obligatorio presentar seis ejemplares mecanografiados a doble espacio, por una sola cara en papel tamaño DIN A4, así como en soporte informático. Incluirán además en separata un resumen del proyecto o trabajo que no sobrepase los tres folios a doble espacio. En ninguno de los ejemplares se identificará el autor o autores.

8
El plazo de entrega finalizará el 26 de enero de 2006.

9
La dirección de envío de originales queda fijada para los trabajos realizados en España: Escuela de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios". Avda. de San Juan de Dios, 1. 28350 Ciempozuelos (Madrid) sjuandedios@euef.upco.es

Deberán indicar, debajo de la dirección de envío, y de manera clara "Para el XXVI Certamen de Enfermería San Juan de Dios". En un sobre debidamente cerrado, en el que figure exclusivamente el título del proyecto o trabajo, se incluirá el nombre, dirección, teléfono de contacto, lugar de trabajo, si lo hubiere, además de un breve curriculum vitae del autor o autores.

10
Lo organización del Certamen acusará recibo en un plazo no superior a 72 horas, mediante carta certificada, de todos los proyectos y trabajos admitidos al Certamen, una vez se compruebe que se ajustan a las bases establecidas. Aquellos proyectos o trabajos que no se ajusten a las mismas serán remitidos, a vuelta de correo a la dirección indicada en el paquete.

11
El hecho de participar en este Certamen implica la aceptación de las bases del mismo.

12
El fallo del Jurado será irrevocable, tendrá lugar en Madrid 15 días antes de la entrega de los premios.

13
El fallo del Jurado se hará público el día de la entrega de Premios, que se celebrará en el Centro San Juan de Dios, en Ciempozuelos (Madrid) con fecha 10 marzo de 2006, en un acto presidido por el rector de la Universidad Pontificia Comillas de Madrid.

14
Los premios serán los siguientes:
- **Trabajo de Investigación**
Premio a Trabajo de Investigación: 12.021 euros. Se percibirá el importe íntegro el día del fallo de los premio.
- **Proyectos de Investigación:**
Primer Premio: 9.015 euros
Segundo Premio: 3.006 euros

Se percibirá el 10% del importe el día del fallo de los premios y el resto a la presentación del trabajo concluido una vez valorado satisfactoriamente por el Jurado. Fecha límite de entrega de los trabajos concluidos: enero 2007.

Los premios se entregarán personalmente al autor o autores o persona autorizada.

15
Los premios podrán ser declarados desiertos por el Jurado.

16
La organización se reserva la propiedad de todos los proyectos o trabajos premiados, así como el derecho a publicarlos, con medios propios o ajenos.

17
La devolución de los proyectos o trabajos no premiados se hará en los 30 días siguientes al fallo del Jurado.

- **Jurado:** Los componentes del mismo se harán públicos quince días antes del fallo.
- **Organiza:** Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia San Juan de Dios.
- **Secretaría Técnica:**
Avda. San Juan de Dios, 1
Ciempozuelos (Madrid)
Tel.: 918 933 769
Fax: 918 930 275
E-mail: sjuandedios@euef.upco.es
Web: http://www.upco.es

Jornadas

Supervisor de Enfermería: Impulsor de competencia y de la calidad en gestión de salud
Barcelona, del 19 al 21 octubre
Presentación comunicaciones: Hasta 15 julio
Organiza: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería
Secretaría Técnica:
Sanicongress. Barcelona.
Tel.: 902 190 848
Fax: 902 190 850
E-mail: sanicongress@16supervisionenfermeria.com
Web:www.16supervisionenfermeria.co

2º Entro. Nac. de Comisiones de Úlceras por Presión
Balneario de Arnedillo (La Rioja). 16-17 noviembre 2005.
Organiza: Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).
Secretaría: Col. Of. de Dipldos. en Enfermería de La Rioja.
Tel.: 941 239 240
Fax: 941 239 347
E-mail: gneaupp@arrakis.es

II J. N. de Enfermería en Medic. Interna "Un valor en alza"
Madrid. 17-18 noviembre 2005.
Organiza: H. G. U. Gregorio Marañón. Asociación Nacional de Enfermería en Medicina Interna
Web: www.hggh.es
Secretaría Técnica: Vjes. Corte Inglés. División Congresos.
Tel.: 912 042 600.
E-mail: dccimad6@viajeseci.es

IX Entro. de Invest. en Enfermería, Jornadas Técnicas Esterilización versus Calidad,
Madrid.23-26 noviembre 2005.
Organiza: Instituto de Salud Carlos III.
Secretaría del Encuentro:
Teresa Moreno Casbas.
Unidad de Coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería. Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de Salud Carlos III.
Tel.: 918 222 546 / 2536.
E-mail: mmoreno@isciii.es
Web: www.isciii.es/investen

Congresos

19 Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería en Anestesia, Reanimación y Terapia del Dolor "Cuidamos Aliviando el Dolor"
Fecha: 9 al 11 noviembre 2005.
Lugar: Sevilla.
Plazo presentación de resúmenes: 15 julio 2005.
Web: www.19anestesiaenfermeria.com
Secretaría Técnica:scientifica@19anestesiaenfermeria.com

I Congreso Internacional de Enfermería Comunitaria "Cuidando a la Comunidad"
Fecha: 22 al 24 septiembre 2005.
Lugar: Madrid.
Organiza: Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria.
Fecha límite de recepción de resúmenes: 1 mayo 2005.
Secretaría Técnica: Vjes. Corte Inglés.
Tel.: 912 042 600
E-mail: internat.cong.faecap2005@viajeseci.es

I Congreso Internacional y V Nacional de Terapias Naturales y Complementarias
Fecha: 6 al 8 octubre 2005.
Lugar: Teruel.
Secretaría: Colegio de Enfermería de Teruel.
Tel.: 978 620 466
E-mail: enferteruel@enferteruel.org

XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica
Fecha: 12 al 15 octubre 2005.
Lugar: Málaga.
Fecha límite envío trabajos: 29 abril 2005.
Secretaría Técnica: Viajes Villarreal, SA - Benalmádena.
E-mail: congresos@viajesvillarreal.com
Web: www.viajesvillareal.com
Secretaría científica: montserrat.serarols.sspa@juntadeandalucia.es

III Congreso Internacional y VIII Congreso Nacional de Historia de la Enfermería "Cuidadoras de la Historia: Protagonistas de ayer y hoy"
Fecha: 27 al 28 octubre 2005.
Lugar: Zaragoza.
Organiza: Escuela de Ciencias de la Salud. Zaragoza.
Fecha límite de recepción de comunicaciones: 20 septiembre 2005.
Secretaría Científica: Escuela Universitaria de Enfermería.
Dña. Mercedes Fuertes Romero, Secretaría Postgrado.
Domingo Miral, S/n.
Zaragoza.
Tel.: 976 761 743

XXVII Congreso de Enfermería Urológica "Mejoras y progresos en Cuidados de Enfermería Urológica"
Fecha: 26 al 28 octubre 2005
Lugar: Valladolid
Organiza: Servicios de Enfermería.
Hospital Clínico Universitario, Hospital Clínico Universitario Pío del Río Ortega.
Fecha límite de presentación de resúmenes: 30 julio 2005
Secretaría Técnica: Evento, Valladolid.
Tel.: 902 500 493
E-mail: enfuro@eventoplenos.com
Web: www.eventoplenos.com/enfuro2005

IX Congreso de Recursos Humanos en la Sanidad
Fecha: 29 y 30 noviembre 2005.
Lugar: Madrid.
Organiza: Instituto de Fomento Sanitario.
Reserva de plaza e información: www.actualderechosanitario.com

Cursos

48º Curso Internacional de Leprología
Fechas: 3 al 7 octubre 2005
Lugar de celebración: Sanatorio San Francisco de Borja. Fontilles, Vall de Laguar, Alicante.
Matrícula: gratuita.
Tasas de inscripción: 20 euros
Información y secretaría: San Francisco de Borja. Fontilles, Vall de Laguar, Alicante.
Tel.: 965 583 350
E-mail: fontilles@fontilles.org

Universidad de Verano de Teruel – XXI Edición
Información e inscripciones: Secretaría de la Universidad de Verano.
Centro de Estudios Universitario.
E-mail: unverter@unizar.es
Web: uvt.unizar.es

II Curso de Actualidad en Aguas Minero-Medicinales, Minerales Naturales y Balnearios
Fecha: 4 al 8 julio.
Horas lectivas: 30 (3 créditos).
Matrícula: 150 euros.

IX Curso de Sexología y Educación Sexual: la Educación Sexual como Educación de los Sexos.
Fechas: 4 al 8 julio.
Horas lectivas: 30 (3 créditos).
Matrícula: 150 euros

XX Curso de Nutrición: Nutrición y Seguridad Alimentaria
Fechas: 25 al 29 julio.
Horas lectivas: 30 (3 créditos).
Matrícula: 150 euros

IV Curso sobre Psicopatología de la Adolescencia: amor, locura, comida y conducta.
Fechas: 25 al 29 julio.
Horas lectivas: 30 (3 créditos).
Matrícula: 150 euros.
Los plazos de inscripción finalizarán la semana anterior al inicio del curso.

Máster en Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería (17ª edición)
Organiza: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona.
Fechas: 14 noviembre 2005 al 7 febrero 2006.
Curso modular de 60 créditos.
450 horas lectivas.
Precio: 3910 euros (prevista convocatoria de becas).
Preinscripción: 5 al 30 septiembre.
Información: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona.
E-mail: santamadrona.fundacio@lacaixa.es
Web: www.fundacio.lacaixa.es/santamadrona

Postgrado: Enfermería y VIH/SIDA, una visión global (10ª edición)
Organiza: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona.
Fechas: 16 noviembre 2005 al 18 mayo 2006.
Curso modular de 23 créditos.
173 horas lectivas.
Precio: 800 euros (prevista convocatoria de becas).
Preinscripción: 5 al 30 septiembre.
Información: Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona.
E-mail: santamadrona.fundacio@lacaixa.es
Web: www.fundacio.lacaixa.es/santamadrona

XIV Curso Experto en Enfermería de la Educación Física y el Deporte
Título propio de de la Universidad Complutense.
Duración: 27 octubre 2005 a 28 abril 2006 (6 meses).
Precio: 1340 euros (beca a colegiados).
Créditos: 25 (250 horas).
Preinscripción: 16 mayo al 16 septiembre 2005.
Información: www.ucm.es/info/meddepor/cursoexperto.htm
E-mail: medidepo@med.ucm.es

servicios colegiales

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.

BIBLIOTECA

- Biblioteca informatizada con 3.200 volúmenes y 3.500 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 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 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.

PREMIOS

- Convocatoria anual del Premio Científico, 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:

  ats@ocez.net (Zaragoza)
  ats2@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.

COLEGIO OFICIAL
ZARAGOZA

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

976 356 492

976 559 774

ats@ocez.net (Zaragoza)
ats2@ocez.net (Calatayud)

COLEGIO OFICIAL ZARAGOZA

trabaja SIN RIESGO