

**XII JORNADAS DE ENFERMERÍA  
SOBRE TRABAJOS CIENTÍFICOS**

**“DE LA TRADICIÓN A LA EVIDENCIA”**

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
Imprime: Gráficas Estilo - Alicante  
Distribuye: IMTEXMA - Alicante.  
Depósito Legal: A-1042-2006

**Alicante, 17 y 18 de Noviembre de 2006**

**ORGANIZA:**

**DIVISIÓN DE ENFERMERÍA  
DEL DEPARTAMENTO 19**

**SALÓN DE ACTOS DEL HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO DE ALICANTE**

*Declaradas de Interés Científico-Sanitario por la Conselleria de  
Sanidad de la Comunidad Valenciana*

*Declaradas de Interés Profesional por el Consejo de Enfermería de  
la Comunidad Valenciana (CECOVA)*



**GENERALITAT VALENCIANA**  
CONSELLERIA DE SANITAT



**COLEGIO OFICIAL  
DE ENFERMERÍA  
DE ALICANTE**

**aniv50rsari**  
Hospital General Universitari d'Alicant



**AGÈNCIA  
VALENCIANA  
DE SALUT**

**Bancaja**



# ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
1. PRESENTACIÓN .....	7
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	8
3. COMITÉ DE HONOR .....	9
4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA .....	10
5. NORMAS GENERALES Y DE PARTICIPACIÓN .....	11
6. PLANO .....	15
7. PROGRAMA .....	16
8. TALLERES DE ENFERMERÍA .....	20
9. PREMIOS .....	24
10. EXPOSICIÓN COMERCIAL .....	25
11. MESA DE TRABAJO N° 1 .....	28
12. MESA DE TRABAJO N° 2 .....	76
13. MESA DE TRABAJO N° 3 .....	129
14. MESA DE TRABAJO N° 4 .....	197
15. MESA REDONDA .....	239
16. CARTELES CIENTÍFICOS .....	245
17. MEMORIA XI JORNADAS DE ENFERMERÍA .....	266



# 1. PRESENTACIÓN

La enfermería es una disciplina tan antigua como el propio hombre, dado que tiene que ver con todos aquellos elementos y factores materiales y humanos que convergen en una actividad innata y esencial en el ser humano: El cuidado del individuo, el grupo y la comunidad.

Se han cumplido ya 25 años de la incorporación de la enfermería a la universidad, un espacio de tiempo breve si se compara con los siglos en el que el empirismo en el arte de cuidar o la subordinación a otras profesiones hacía de la práctica de la enfermería un arte que no siempre ha estado sujeto a las estrictas directrices que la evidencia científica exige.

Hoy día, la enfermería es una profesión moderna que orienta su rol de agente de salud para lograr el éxito en su interacción con los pacientes, la familia y su comunidad. Utiliza una herramienta estratégica para identificar y potenciar el talento de sus profesionales: La gestión por competencias, entendiendo éstas como el conjunto de capacidades técnicas, cualidades, habilidades profesionales y conocimientos aplicables a las situaciones concretas de trabajo. Este nuevo enfoque en entender los cuidados se puede potenciar mediante una práctica basada en la evidencia, cuestionando continuamente lo que se hace, como se hace y porque se hace, en búsqueda de la excelencia en el ejercicio profesional.

El lema de estas XII Jornadas “De la tradición a la evidencia” evoca ese pasado cargado de historia y de lucha por un cuerpo propio de conocimientos, y nos introduce en un nuevo paradigma o visión del mundo, el que nos ofrece la evidencia científica.

Al igual que viene sucediendo desde hace más de una década, queremos albergar unas jornadas en las que todos –investigadores y participantes– nos sintamos calidamente acogidos y podamos ofrecer a la comunidad científica en general, y muy especialmente a nuestros pacientes, los avances de una enfermería cada vez más comprometida con la salud y que ejerce sus competencias con responsabilidad, sujeta a las más estrictas evidencias científicas.

En nombre de todos cuantos formamos los comités reciban mi más cordial bienvenida a las XII Jornadas.

**MIGUEL ANGEL FERNÁNDEZ MOLINA**  
*Presidente XII Jornadas de Enfermería.*

## **2.**

### **OBJETIVOS GENERALES**

1. Ofrecer a los profesionales sanitarios recursos para una práctica basada en la evidencia.
2. Divulgar la producción científica de los profesionales de enfermería de la provincia de Alicante.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Aplicar la gestión por competencias en enfermería a la hora de liderar equipos humanos.
2. Debatir las evidencias en la práctica asistencial que pueden conducir a mejorar los cuidados.
3. Conocer, a través de la historia, las fuentes que inspiraron el cuerpo de conocimientos actual de la enfermería.



### **3. COMITÉ DE HONOR**

**Honorable Sr. D. Rafael Blasco Castany**  
CONSELLER DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

**Ilmo. Sr. D. Manuel Cervera Taulat**  
SECRETARIO AUTONÓMICO PARA LA AGENCIA VALENCIANA  
DE LA SALUD

**Ilmo. Sr. D. Rafael Peset Pérez**  
SUBSECRETARIO PARA LOS RECURSOS DE SANIDAD

**Ilmo. Sr. D. José Cano Pascual**  
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

**Ilmo. Sr. D. Eloy Jiménez Cantos**  
DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS ECONÓMICOS

**Ilmo. Sr. D. Juan Alfonso Bataller Vicent**  
DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA

**Ilma. Sra. Dña. Sofía Tomas Dols**  
DIRECTOR GENERAL DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

**Ilmo. Sr. D. José Luis Gomis Gavilán**  
DIRECTOR GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS

**Ilmo. Sr. D. Antonio Galán Serrano**  
DIRECTOR GENERAL DE CALIDAD Y ATENCION AL PACIENTE

**Ilmo. Sr. D. Manuel Escolano Puig**  
DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA

**Ilma. Sra. Dña. Pilar Viedma Gil de Vergara**  
DIRECTOR GENERAL DE ORDENACIÓN, EVALUACIÓN  
E INVESTIGACION SANITARIA

**Ilma Sra. Dña. José Antonio Avila Olivares**  
PRESIDENTE DEL CONSEJO DE ENFERMERÍA DE LA COMUNIDAD  
VALENCIANA

**Ilmo. Sr. D. José Vicente García García**  
DIRECTOR TERRITORIAL DE LA CONSELLERÍA DE SANIDAD EN  
ALICANTE

**Ilma. Sra. Dña. Belén Payá Pérez**  
PRESIDENTA ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE ALICANTE

**Ilmo. Sr. D. Luis Rosado Bretón**  
GERENTE DEL DEPARTAMENTO 19

## 4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

### PRESIDENCIA

**D. Miguel Ángel Fernández Molina**

*Director de Enfermería del H.G.U.A.*

### VICEPRESIDENCIA

**D. José Ramón González González**

*Director de Enfermería de Atención Primaria*

**Dña. Asunción Sempere Quesada**

*Subdirectora de Enfermería del H.G.U.A.*

## COMITÉ CIENTÍFICO

### PRESIDENTA

Dña. Mercedes Albaladejo Tello

### VOCALES:

Dña. Nieves Izquierdo García  
Dña. Ines González Sánchez  
Dña. Pilar Toboso González  
Dña. M<sup>a</sup>. José Muñoz Reig  
Dña. Isabel Garrigós Gordo  
Dña. Julia López Arenas  
Dña. Francisca Rubio Moreno  
Dña. Pilar García Paramio  
Dña. Mercedes Segura Cuenca  
Dña. Rosario Perales Pastor  
D. Pablo Gómez Calcerrada-Pérez  
Dña. Victoria Ramos Ortega  
Dña. M<sup>a</sup>. Ángeles Lillo Hernández  
Dña. Belén Payá Pérez  
Dña. M<sup>a</sup>. José Torregrosa Ramos  
Dña. Dolores Saavedra Llobregat  
Dña. Alicia Muñoz Moll

## COMITÉ ORGANIZADOR

### PRESIDENTE

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar

### VOCALES:

Dña. Catalina Pardo López  
D. Jose Miguel Cases Iborra  
Dña. Francisca Milán Navarro  
Dña. Isabel Chaves Muñoz-Alcon  
D. Francisco Pérez Useros  
D. Pedro Hernández Bermúdez  
D. Francisco Blanes Compañ  
Dña. M<sup>a</sup>. Victoria Burguera Anguiano  
Dña. Encarna Mateo López  
Dña. Manuela Domingo Pozo  
D. Fidel Climent Aragó  
Dña. María Torres Figueiras  
Dña. M<sup>a</sup>. Dolores Martín García  
D. Hector Terol Royo  
Dña. Cecilia Meliá Beigbeder  
D. José Borrell Climent  
Dña. Asunción Pérez Andreu

### SECRETARIAS

Dña. M<sup>a</sup>. José Jaén Garrido  
Dña. Fernanda Fernández Gil  
Dña. M<sup>a</sup>. Dolores Más Planelles

## 5.1. NORMAS GENERALES

### NORMAS GENERALES

- Las jornadas van dirigidas a todos los profesionales de Enfermería de la Provincia de Alicante, con un límite máximo de inscripciones de acuerdo al aforo de la sede.
- El lugar de celebración será el Salón de Actos del H.G.U.A. y dependencias adyacentes
- La Inscripción es gratuita y deberá formalizarse a través de la web: [www.hospitalalicante.org/enfermeria](http://www.hospitalalicante.org/enfermeria), a fin de poder recibir la documentación pertinente.
- Es requisito indispensable, estar inscrito en las Jornadas para la presentación de Trabajos.
- Se hará entrega del certificado de asistencia a toda persona que, previa inscripción, justifique personalmente su asistencia a las XII Jornadas de Enfermería en la sección de Documentación.
- Para poder acceder a los premios otorgados por el I.C.O. de Enfermería de Alicante, será requisito necesario que el autor esté al corriente de sus cuotas colegiales si se trata de una enfermera/o (normas colegiales).
- Durante las dos jornadas habrá exposición de Carteles Científicos.
- Habrán actividades paralelas relacionadas con la actividad asistencial.
- Se realizarán talleres interactivos de enfermería, en los que se desarrollarán temas relacionados con el quehacer diario del personal de Enfermería.
- Habrá una zona destinada a exposición comercial (stands).

## 5.2. NORMAS PARA LA PARTICIPACIÓN XII JORNADAS

Podrá participar el personal de la División de Enfermería de Centros Sanitarios de la Provincia de Alicante, con plaza en propiedad o contratado, que esté trabajando actualmente o que haya realizado el trabajo durante su permanencia en estos Centros; así como los Alumnos de pregrado

Se podrán presentar aquellos trabajos que hayan sido realizados hasta el 17 de Octubre de 2006 y que no hayan sido presentados en anteriores ediciones de estas Jornadas.

La estructura de las Jornadas permite la contribución libre de los participantes en los apartados que a continuación se detallan:

- Comunicaciones.
- Carteles
- Audiovisuales (videos, diaporamas)

Será condición indispensable para participar en cualquiera de las modalidades el que alguno de los autores esté inscrito en las Jornadas y que de acuerdo con las normas colegiales esté al corriente de sus obligaciones colegiales para poder recibir el premio en metálico si le correspondiera.

**Son normas específicas de cada apartado las siguientes:**

### **1) NORMAS PARA ENVIAR LAS COMUNICACIONES.**

- Se enviará copia de la comunicación completa y del resumen presentándolos, obligatoriamente, en soporte informático (diskette), realizado con el procesador de texto Word para Windows, versión 7.0 o inferior, y una copia en papel.
- Nombre y 2 Apellidos de todos los autores.
- Lugar de trabajo
- Teléfono de contacto.
- La presentación en papel se deberá ajustar a un folio Dina A-4, por una cara, con las siguientes características:

Tipo de letra: Times New Roman

Tamaño: 12

Márgenes: Izquierdo y Derecho: 3 cm

Arriba y Abajo: 2,5 cm

Interlineado: 1,5

- El resumen debe contener, en líneas generales, los siguientes apartados: Objetivos y/o Hipótesis, Material y Métodos, Resultados y Conclusiones o Discusión. La extensión del resumen se adaptará al formato oficial.
- No se aceptarán resúmenes que presenten información vaga y/o general que imposibilite a los miembros del Comité Científico determinar cuál ha sido la metodología concreta seguida en el estudio. Es conveniente que en el texto figu-

ren expresamente los términos: objetivos y/o hipótesis, material y métodos, resultados y discusión, como encabezamiento de los respectivos contenidos.

## **2) NORMAS PARA REMITIR CARTELES.**

Los autores que deseen participar en esta modalidad deberán atenerse a las normas que rigen para la presentación de resúmenes de comunicaciones, señalando la modalidad "CARTEL" en el espacio destinado para ello en la hoja de resúmenes.

Cuando el cartel sea principalmente gráfico (no texto), los autores deberán describir (en la hoja resumen) las ideas a expresar, así como las imágenes y símbolos usados. Si está elaborado, remitirán una copia reducida del cartel, con un comentario descriptivo del mismo (en la hoja mencionada).

El día de la exposición se deberá facilitar la documentación sobre el contenido del cartel a los asistentes que la soliciten.

## **3) NORMAS PARA PARTICIPAR EN MUESTRA DE AUDIOVISUALES (VIDEO/DIAPORAMAS/ETC.).**

- Vídeo. Los interesados en participar en esta muestra, remitirán la cinta en formato VHS.
- Diaporama. Los autores remitirán las diapositivas y el montaje del audio.
- En todos los casos, se adjuntará un escrito (DIN A4) que contenga:
  - Datos de identificación de los autores (nombre, centro de trabajo y dirección completa del primer firmante).
  - Fecha de realización.
  - Breve sinopsis del guión (vídeo) o guión completo (diaporama).
  - Finalidad o uso principal.
  - Duración (en minutos).

## **PREMIOS.**

Los Comités premiarán a seis de los trabajos presentados en las XI Jornadas de Divulgación de Trabajos Científicos de Enfermería:

- 4 Premios a los mejores trabajos, otorgados por el Comité Científico.
- 2 Premios a los mejores carteles, otorgado por el Comité Científico
- 1 Premio al mejor trabajo, otorgado por votación popular.

El premio fallado por el Comité Científico valorará la calidad científica y la relevancia práctica o teórica del trabajo. En el caso del cartel se valorará, a su vez, la calidad gráfica.

El fallo del Comité Científico será inapelable.

Los premios se entregarán en la jornada de clausura.

Para poder acceder a los premios otorgados por el I.C.O. de Enfermería de Alicante, será requisito necesario que el autor esté al corriente de sus cuotas colegiales si se trata de una enfermera/o (normas colegiales).

**PLAZOS.**

El plazo máximo para la recepción de resúmenes de comunicaciones, carteles, videos y diaporamas, finaliza el 17 de Octubre de 2006.

El Comité Científico decidirá qué resúmenes de comunicaciones y carteles son los aceptados y lo comunicará al primer autor antes del día 27 de Octubre de 2006; así como el día y hora de exposición o presentación de sus trabajos.

El autor deberá comunicar, antes del día 9 de Noviembre 2006, los recursos materiales necesarios para su exposición (proyectores, videos, etc.).

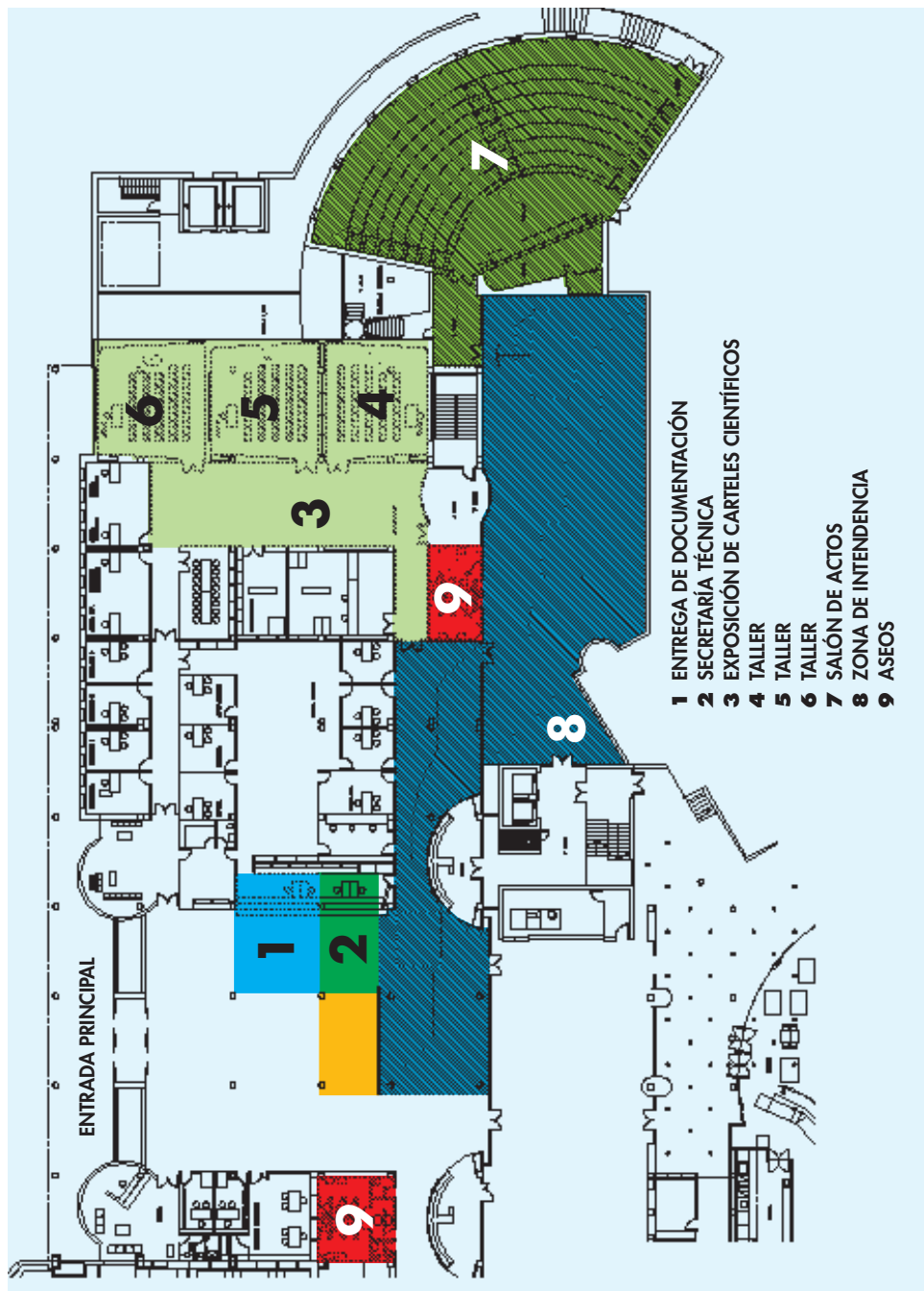
A fin de facilitar la participación a todo el personal de Enfermería de la provincia de Alicante, no será excluyente ser miembro del Comité Científico y figurar como autor de un trabajo. En este caso, el autor no podrá participar en la valoración de su propio trabajo.

Indicar el tipo de material que necesitará para la exposición de la Comunicación

Diapositivas       Transparencias       Videoprojector       Otros:

**SERÁN RECHAZADAS TODAS AQUELLAS PROPUESTAS  
QUE NO SE ADECUEN A LAS PRESENTES NORMAS.**

## 6. PLANO DEL ÁREA DE LAS XII JORNADAS



# 7. PROGRAMA

## VIERNES, 17 DE NOVIEMBRE

### MAÑANA

**8,30 h.** Entrega de Documentación.

**9,30 h.** Bienvenida. Acto Inaugural Jornadas.

**9,45 h. CONFERENCIA INAUGURAL: “Competencias en Enfermería”**

A cargo de: D. Epifanio Fernández Collado. *Catedrático Universidad Europea de Madrid. Diplomado en Enfermería. Doctor por la Universidad de Alicante.*

**10,45 h.** Pausa Café y Visita a Talleres de Enfermería y Stands Comerciales

**11,15 h. Mesa de Trabajo Nº 1.** Moderada por: D. Pablo Gómez Calcerrada-Pérez. *Licenciado en Enfermería, Diplomado en Estudios Avanzados en Enfermería: Práctica y Educación. Enfermero de la Unidad de Cuidados Intensivos del H.G.U.A.*

### **“¿Influyen las evidencias en la organización?”**

Comunicaciones a la mesa:

**Humanización. Bioética y el voluntariado en el Comité de tumores de mama**

EXPONE: Bárbara Pilar García Giner. *CC.EE. Oncología. H. San Juan*

**Donantes de órganos no nacidos en España en el H.G.U.A. de Alicante 2000-2005**

EXPONE: Purificación Gómez Marinero. *Coordinación de Trasplantes. HGUA*

**La asistencia al parto en el Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante: La inmigración como reto**

EXPONE: M<sup>a</sup> Paz de Miguel Ibáñez. *Partos. H.Vega Baja*

**Visita básica de Enfermería en Hospitalización a Domicilio**

EXPONE: Salvador de Haro Marín. *Unidad de Hospitalización a Domicilio. HGUA*

**12,15 h.** Debate Mesa de Trabajo 1.

**12,30 h. Mesa de Trabajo Nº 2.** Moderada por: D. Eutropio Moreno Núñez. *Diplomado en Enfermería. Especialista Universitario en Nefro-urología por la Universidad de Alicante. Enfermero de Hemodiálisis del H.G.U.A.*



## **“Evidencias aplicadas a los cuidados”**

Comunicaciones a la mesa:

### **Tolerancia al tratamiento betabloqueante+IECA en la insuficiencia cardiaca dependiendo del momento de administración**

EXPONE: Francisco Valero Gallardo. *Neumología. H. San Juan*

### **Aplicación de la técnica de relajación de Schultz por los alumnos de 1º de enfermería en el entorno hospitalario. Experiencia piloto**

EXPONE: Mª Angeles Gómez Valiente. *Neumología.HGUA*

### **Acto transfusional y Hemovigilancia**

EXPONE: Ana Belén San Roque Navarro. *B. de Sangre. HGUA*

### **Estudio de la técnica de inhalación en pacientes con enfermedades respiratorias**

EXPONE: Vanesa Sevilla Bellido. *Neumología. HGUA*

### **Administración de citostáticos en reumatología**

EXPONE: Isabel Garrigos Gordo. *CC.EE. Reumatología. HGUA*

**13,15 h.** Debate Mesa de Trabajo 2

**13,30 h.** Fin Sesión Mañana.

## **TARDE**

**16,15 h. Mesa de Trabajo Nº 3.** Moderada por Dña. Jenny De la Torre Aboki. *Diplomada en Enfermería. Profesora Universidad Cardenal Herrera. Elche.*

## **“Formación en base a las evidencias”**

Comunicaciones a la mesa:

### **Evaluación de la formación en metodología enfermera en el Hospital General Universitario de Alicante: actitudes y conocimientos de las enfermeras**

EXPONE: Manuela Domingo Pozo. *U.P. Cuidados / Direc. Enferm. HGUA*

### **“Me falta el aire...”**

EXPONE: Adela Alonso Gallegos. *C.S. Florida*

### **La formación en base a las evidencias**

EXPONE: Modesta Salazar Agulló. *CEU Cardenal Herrera. Elx*

**Necesito contárselo a alguien. Relación de ayuda en los cuidados de enfermería a pacientes con cáncer y familiares**

EXPONE: Beatriz Llorens Mira y Vanesa Morales Camacho. *Hospital de Elda*

**Proyecto de Atención a Cuidadores Familiares**

EXPONE: M<sup>a</sup> Jesús Luzan González. *C.S. El Toscar*

**17,15 h.** Debate Mesa de Trabajo 3.

**17,30 h.** Pausa Café y visita a Stands.

**18,00 h. Mesa de Trabajo N° 4.** Moderada por D. José Bernardo Planelles Fernández. *Diplomado en Enfermería. Enfermero Centro de Salud de Babel. Alicante.*

**“Evidencia Versus investigación: Estado de la cuestión”**

Comunicaciones a la mesa:

**Esterilización permanente por histeroscopia: Método Essure**

EXPONE: Manuela Canales García. *CC.EE. Ginecología. HGUA*

**Estudio de la frecuencia en la realización de la episiotomía y variables asociadas a la misma**

EXPONE: Paloma Luengo Arjona. *Partos. HGUA*

**Estudio comparativo de dos tipos de apósito en la compresión manual post-angioplastia cerebral**

EXPONE: José Vicente Bertomeu Ruiz. *Neurorradiología. HGUA*

**Uso de emulsiones de ácidos grasos hiperoxigenados, para la curación y prevención en recidivas de úlceras venosas en miembros inferiores**

EXPONE: M<sup>a</sup> Peña Castaño Gómez. *HGUA / H. Villajoyosa / Cons. Aaiún*

**Estudio de casos clínicos con el uso de los nuevos apósitos de matriz moduladora de proteasas**

EXPONE: M<sup>a</sup> Peña Castaño Gómez. *HGUA / H. Villajoyosa / Cons. Aaiún*

**19,00 h.** Debate Mesa de Trabajo 4.

**19,15 h.** Actividades complementarias

**19,30 h.** Fin sesión de Tarde

# **SÁBADO, 18 DE NOVIEMBRE.**

## **MAÑANA**

**9,00 h. Mesa Redonda.** Moderada por D. Javier Gómez Robles, *Licenciado en Enfermería. E.I.R.*

### **“De la tradición a la evidencia”**

COLABORAN:

- D. Pablo Gómez Calcerrada-Pérez
- D. Eutropio Moreno Nuñez
- Dña. Jenny De la Torre Aboki
- D. José Bernardo Planelles Fernández

**10,00 h.** Debate Mesa Redonda

**10,15 h.** Pausa Café, Votación Popular y Entrega de encuestas. Visitas a Talleres de Enfermería y Stands Comerciales.

**11,15 h. CONFERENCIA DE CLAUSURA**

### **“Historia de la Enfermería: Como ciencia y profesión”**

A cargo de: Dña. M<sup>a</sup> Amparo Nogales Espert  
*Profesora Universidad Rey Juan Carlos I de Madrid. Diplomada en Enfermería.  
Doctora en Historia*

**12,30 h.** Lectura de Conclusiones.

**12,45 h.** Comunicación Fallo Comité Científico y Resultado de la votación. Entrega de Premios.

**13,00 h.** Acto de Clausura de las XII Jornadas de Enfermería

**13'30 h.** Fin de las Jornadas.

## 8. TALLERES DE ENFERMERÍA

*Coordina: Dña. Nieves Izquierdo García*

Estos talleres mediante forma interactiva y dinámica darán a conocer los diferentes temas de interés general y su aplicación profesional.

### • **TALLER: “Enfermería del Trabajo y Protocolos específicos de Salud”**

• Responsables: Dña. Marta González Tapia, Dña. Regina Olcina Sempere, Dña. Manuela Domingo Pozo y Dña. M<sup>a</sup>. José Muñoz Reig.

### **JUSTIFICACIÓN**

La legislación actual y la realidad laboral introducen a los Enfermeros del Trabajo como personal sanitario con competencia técnica y formación adecuada, siendo profesionales que garantizan la vigilancia y el control de la salud de los trabajadores.

La vigilancia de la salud, tanto colectiva como individual, es una responsabilidad del empresario y un derecho de los trabajadores.

Se han elaborado diferentes protocolos específicos, según los riesgos detectados en los puestos de trabajo, que orientan a los Enfermeros del Trabajo al desarrollo de una vigilancia de la salud Individual, específica y concreta, intentando desterrar los reconocimientos médicos generales inespecíficos.

### **OBJETIVOS GENERALES**

- Informar a los profesionales de enfermería sobre la organización de los Servicios de Prevención en la Consellería de Sanidad.
- Informar sobre las funciones que desempeña Enfermería del Trabajo como integrante del equipo y concretamente en relación con los exámenes de salud.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Dar a conocer la estructura y funcionamiento de los Servicios de Prevención dentro de la Consellería de Sanidad.
- Definir las funciones de Enfermería del Trabajo
- Considerar el examen de salud como parte imprescindible de la Vigilancia de la Salud.
- Conocer el proceso de identificación de los riesgos para la salud de los trabajadores en las Evaluaciones de riesgos.
- Conocer la aplicación de los diferentes protocolos específicos (para evaluar si las condiciones de trabajo producen efectos o posibles daños a la salud) en relación a los riesgos detectados en las evaluaciones.

### **ACTIVIDADES**

- Presentación sobre la organización de los Servicios de Prevención dentro de la Consellería de Sanidad y las funciones de todos los integrantes del equipo.

- Manejo de los protocolos específicos de Vigilancia de la Salud editados hasta el momento por el Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Manejo de las evaluaciones de riesgos.
- Ejercicio de la metodología de cómo se determina qué tipo de protocolo es el más adecuado a cada puesto de trabajo en función de sus riesgos específicos.

• **TALLER: “Habilidades de comunicacion”**

- Responsables: D. Francisco M. Pérez Useros, Dña. Inés González Sánchez y Dña. Rosario Perales Pastor.

**JUSTIFICACIÓN:**

Las personas, como seres sociales que somos, estamos interaccionando con los demás, prácticamente en todo momento, por lo que poseer buenas habilidades sociales está determinando la calidad de nuestra vida.

Con la comunicación expresamos, escuchamos y comprendemos las ideas, emociones, sentimientos, experiencias, fantasías, temores, etc., de los que nos rodean.

Permite compartir, dar, recibir, pedir y rechazar, además de ser el componente más importante en nuestra estima, pues cuando una persona se relaciona de forma adecuada con otras, recibe el reforzamiento positivo que eleva la autoestima del individuo, mientras que cuando la relación no es adecuada se recibe el reforzamiento negativo el cual provoca un concepto pobre de sí mismo.

Es por todo ello que los psicólogos sociales concluyen que la capacidad para relacionarse es el exponente más representativo de nuestra salud mental

**OBJETIVOS GENERALES:**

- Mejorar la capacidad para relacionarse y comunicarse con los demás.
- Informar de las técnicas sociales más efectivas para una buena comunicación.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Informar de los elementos que intervienen en la comunicación.
- Dar a conocer los estilos del lenguaje y la comunicación que obtenemos con cada uno de ellos.
- desarrollar nuestras habilidades para comunicarnos de manera más eficaz.
- Utilizar buenas técnicas de comunicación en la resolución de conflictos.

**ACTIVIDADES:**

- Exposición de carteles de los elementos, estilos, canales, códigos etc de la comunicación.
- Visionado de la exposición teórica de las partes más importantes a recordar sobre el proceso de la comunicación.
- Dinámica de grupo sobre la importancia de una buena forma de comunicar así como de la importancia de la escucha activa.
- Role-play de los diferentes estilos de comunicación.
- Exposición de conclusiones.

## • TALLER: “Climaterio”

• Responsables: Dña. M<sup>a</sup> Dolores Saavedra Llobregat, Dña. Cecilia Meliá Beigbeder y D. José Ramón Martínez Riera.

### **JUSTIFICACIÓN**

La propuesta de este taller surge con la finalidad de servir de estímulo e instrumento de ayuda para profesionales de la salud y los servicios sociales que pretendan realizar actividades de prevención y promoción de la salud dirigidas al colectivo de mujeres en edad de climaterio.

El climaterio, al igual que otras etapas del ciclo vital como la infancia o adolescencia, se muestra como un periodo marcado por los cambios que se presentan, en el que los acontecimientos biológicos se unen a transformaciones sociofamiliares y personales que pueden llegar a producir dificultades adaptativas en esta etapa.

Dentro de la promoción de la salud, nos planteamos preparar a la comunidad, la familia, la propia mujer y su pareja, para esta etapa de la vida.

El aumento de la expectativa de vida de la población general debida a la mejora de las condiciones sociales y al avance de la tecnología médica ha hecho surgir un interés especial por estudiar la calidad de vida que presentan tanto la población general como determinados colectivos específicos.

Uno de estos colectivos ha sido la mujer, y en especial la mujer en edad menopáusica, puesto que un largo periodo de su vida se desarrolla en esta etapa.

En la actualidad, la esperanza de vida de la mujer se sitúa en 80 años, es decir, más de un tercio de su vida transcurrirá en la menopausia o post-menopausia.

### **OBJETIVOS**

- Analizar los procesos de comunicación en su dimensión individual y grupal.
- Valorar la importancia del grupo como medio de prevención y de promoción de la salud, como espacio de expresión individual, autovaloración, reflexión colectiva y apoyo mutuo.
- Proporcionar a los profesionales recursos teóricos y metodológicos que les permitan realizar intervenciones dirigidas a fomentar la autoestima, el autocuidado y en general, a promover el desarrollo personal de las mujeres.

### **ACTIVIDADES**

Exposiciones teóricas sobre:

- Metodología de trabajo grupal con mujeres.
- Coordinar un grupo
- Técnicas de dinamización grupal

Realización de un grupo nominal con 12-15 participantes.

Discusión en grupo de temas como:

- Menopausia: contexto sociocultural y mitos.

- Cambios hormonales, aspectos físicos y psicológicos.
- Sexualidad y menopausia.
- Mujer y alimentación
- Tratamientos hormonales, farmacológicos y alternativos.
- Imagen corporal y autoestima.

## 9. PREMIOS

### PREMIOS A LA MEJOR COMUNICACIÓN OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

- 1<sup>er</sup> Premio* de: **600,00 euros**  
Y Accésit de 240 euros en Formación Colegial de Postgrado
- 2.º Premio* de: **300,00 euros**  
Y Accésit de 120 euros en Formación Colegial de Postgrado
- 3<sup>er</sup> Premio* de: **200,00 euros**  
Y Accésit de 120 euros en Formación Colegial de Postgrado
- 4.º Premio* de: **150,00 euros**  
Y Accésit de 120 euros en Formación Colegial de Postgrado

### PREMIOS AL MEJOR CARTEL/POSTER OTORGADOS POR EL COMITÉ CIENTÍFICO

- 1<sup>er</sup> Premio* de: **200,00 euros**  
Y Accésit de 150 euros en Formación Colegial de Postgrado
- 2.º Premio* de: **100,00 euros**  
Y Accésit de 150 euros en Formación Colegial de Postgrado

### PREMIO AL MEJOR TRABAJO OTORGADO POR VOTACIÓN POPULAR

**300,00 euros**

Y Accésit de 180 euros en Formación Colegial de Postgrado

Los premios en metálico están financiados por la Fundación de la Comunidad Valenciana para la Investigación en el Hospital General Universitario de Alicante.

#### **FCVI-HGUA**

Fundación de la Comunidad  
Valenciana para la investigación en  
el Hospital General Universitario de  
Alicante



## 10. EXPOSICIÓN COMERCIAL

La División de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante y Centro de Especialidades de Babel, expresan su más profundo agradecimiento a las siguientes empresas colaboradoras por su especial sensibilidad hacia nuestros profesionales y el apoyo que han prestado a la organización de estas XII Jornadas.



BAMA - GEVE



3M



NUTRICIA



smiths





### FCVI-HGUA

Fundación de la Comunidad  
Valenciana para la investigación en  
el Hospital General Universitario de  
Alicante

# 3M Salud

## 11. MESA DE TRABAJO N.º 1

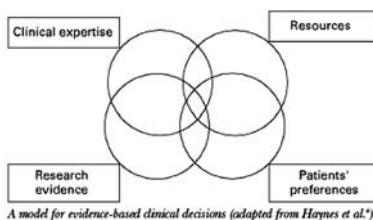
Moderada por: **D. Pablo Gómez Calcerrada-Pérez.**, *Licenciado en Enfermería, Diplomado en Estudios Avanzados del Programa de Doctorado en Enfermería: Práctica y Educación (UA). Enfermero UCI HGUA y Helicóptero medicalizado al servicio de la Exma. Diputación de Alicante.*

### “¿INFLUYEN LAS EVIDENCIAS EN LA ORGANIZACIÓN?”

La cultura actual en relación a los cuidados de salud y la atención sanitaria está sustentada por fenómenos de responsabilidad, razón coste-beneficio, objetivos de eficiencia y otros que conducen a la exigencia de una prestación sanitaria en base a fundamentos empíricos rigurosos y avalados científicamente. A la luz de esta perspectiva contextual se sitúa la corriente de la Medicina basada en la evidencia (MBE). En la década de los 80 en la Facultad de Medicina de la Universidad McMaster de Canadá, fue acuñado el término Medicina Basada en la Evidencia (MBE) para denominar el proceso sistemático de búsqueda, evaluación y uso de los hallazgos de la investigación biomédica como base esencial para la toma de decisiones en la práctica clínica. Los impulsores de esta iniciativa la defienden como el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones sobre el cuidado de los pacientes. Practicar la MBE implica la integración de la maestría clínica con la mejor evidencia externa derivada de la investigación sistemática.

Al amparo de este movimiento nodriza se halla la Enfermería basada en la evidencia (EBE). Se trata de un movimiento que se apoya en las bases conceptuales de la MBE, y que surge pues, como un medio para que el profesional de enfermería afronte mejor los retos de su profesión, tales como la existencia de un enorme volumen de información científica en evolución continua, la exigencia de ofrecer la máxima calidad asistencial a sus pacientes y la limitación de recursos destinados a la atención sanitaria. La EBE es la incorporación de la evidencia procedente de la investigación, la maestría clínica y las preferencias del paciente en la toma de decisiones sobre el cuidado de salud de los pacientes individuales. La EBE es además un proceso en el que los problemas reales y potenciales que afectan la salud de los usuarios se presentan como preguntas, cuya respuesta se busca y evalúa sistemáticamente a partir de los resultados de la investigación más reciente, y que sirve de base para la toma de decisiones. Ahora bien, las decisiones no deben basarse únicamente en los resultados obtenidos a través de la investigación: es necesaria la integración de la experiencia clínica personal. Los buenos profesionales utilizan tanto la competencia clínica individual como la mejor evidencia externa disponible, ya que ninguna de las dos por separado es suficiente: sin competencia clínica existe el riesgo de que la

práctica llegue a estar tiranizada por la evidencia, ya que incluso una excelente evidencia externa puede ser inaplicable o inapropiada en determinados casos, del mismo modo que sin la mejor evidencia actual, el riesgo es que la práctica quede rápidamente desfasada, en perjuicio del paciente.



Desde la perspectiva de la evidencia, la concepción de la práctica de enfermería se ve modificada, en la medida que brinda la posibilidad de revisar, reconstruir y rehacer los servicios que presta a la luz de pruebas válidas (aproximación a la verdad) y útiles (aplicabilidad clínica) procedentes de la investigación. Proporciona instrumentos críticos de análisis, interpretación y valoración de documentos científicos; métodos de revisión de la literatura científica y localización de artículos pertinentes y finalmente, formas para resumir y sintetizar la información relevante para utilizarla en la práctica diaria o para comunicarla a la comunidad científica. La evidencia científica en enfermería nos da la autoridad para cambiar la realidad asistencial en base a argumentos sólidos y bien informados. Es un medio excelente para difundir la voz de la enfermería en nuestros sistemas de salud, para mejorar la práctica asistencial y el cuidado de las personas a las que atendemos diariamente, es quizás ese instrumento que estábamos esperando para cambiar algunos problemas de nuestra práctica, sobre todo los relacionados con la investigación y el uso de la misma.

No obstante lo anterior, tradicionalmente la enfermería ha desarrollado su quehacer sobre la base de cuatro principios:

1. Tradición: una actuación, que siempre se ha realizado con éxito, ha dado bien resultado y, por lo tanto, se sigue realizando igual.
2. Autoridad: si alguien tiene mayores conocimientos o es experto en algo, se toma su experiencia, se aplica en un campo y se sigue aplicando y desarrollando, sin mayor cuestionamiento.
3. Lógica: uso del sentido común, es decir, una medida da resultado porque, de otra forma, no parece lógica.
4. Ensayo y error: se intenta un enfoque; si resulta erróneo, se cambia en sucesivos intentos, hasta dar con el que da mejor resultado.

La práctica basada en evidencia propone un nuevo modelo para realizar las cosas. Sin embargo, en la actualidad, los datos reflejan a grandes rasgos que la rutina y la práctica orientada a la tarea son la moneda de uso. La enfermería no es una profesión

basada en la investigación en toda su extensión, o si se prefiere, no basa toda su actividad en evidencias; existe una separación entre lo que se conoce y lo que se practica. La investigación, solo en un alcance todavía limitado es utilizada en la práctica.

- EL PROCESO DE DISEMINACIÓN Y UTILIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. EL PAPEL DE LA ORGANIZACIÓN.- (Tomado de: Cabrero García J. Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. *Index Enferm.* 1999; 8(27): 12-18).

Algunas de las críticas más acuciantes que recibe la investigación en enfermería es que no está respondiendo a su razón de ser. Es decir, no está contribuyendo a la mejora de la práctica. Para abordar esta problemática convendría atender de forma separada a dos aspectos nucleares: si se está realizando investigación potencialmente relevante para la práctica, y si fuera así, si se están incorporando los hallazgos a la práctica habitual.

Los principales hallazgos coinciden en señalar que la práctica de la enfermería basada en la investigación puede ofrecer mejores resultados que la práctica habitual (Heater, B.S., Becker, A.M. & Olson, R.K., 1988). Sin embargo, sólo una pequeña porción de la literatura empírica plantea investigaciones en las que se valoren la eficacia de intervenciones de enfermería sobre los resultados de salud de los pacientes. A pesar de esto último, otro signo positivo es el aumento en el número de meta-análisis y otras revisiones sistemáticas sobre intervenciones de enfermería o útiles para enfermería. Por otro lado, no es suficiente con que se realice investigación relevante para la práctica y que la misma pruebe su eficacia en términos de variables de resultados del paciente. Se precisa, además un método sistemático y sólido para implementar en la práctica clínica innovaciones basadas en la investigación, proceso complejo que se denomina utilización de la investigación.

Existen evidencias que señalan que los hallazgos de la investigación son inadecuadamente diseminados, así como que datos relevantes, producto de investigaciones, no son utilizados en la práctica. La diseminación es un concepto distinto al de implementación o utilización de la investigación y hace referencia al proceso planificado y sistemático de comunicar las innovaciones o hallazgos. El término utilización de la investigación sería el uso de los hallazgos de la investigación en cualquiera y en todos los aspectos de la práctica profesional. Desde los años setenta se han desarrollado diferentes proyectos para mejorar la utilización de la investigación (WICHEN, CURN, NCAST, etc). Las conclusiones o lecciones derivadas de estas experiencias sobre la transferencia de la investigación muestran la gran complejidad del proceso:

- La utilización de la investigación no es tanto una cuestión individual como organizacional. Se trata de un proceso complejo de componentes políticos, organizacionales, socioeconómicos y actitudinales.
- Las evidencias de la investigación deben ser fuertes, rigurosas, especialmente basadas en revisiones sistemáticas de estudios metodológicamente sólidos.
- Las estrategias de utilización precisan de una cuidadosa planificación y comprenden un rango de intervenciones.

- Deben identificarse y consensuarse los criterios de valoración de las intervenciones antes de implementar cualquier cambio.
- Existen muy pocas descripciones de los roles o de los modelos organizacionales que hayan combinado exitosamente investigación y práctica.

De acuerdo con Berggre, Closs, Cheate y Mulha, se pueden distinguir una serie de factores favorecedores de la utilización de la investigación:

- Disponibilidad de los hallazgos. Supone la diseminación de la información en forma más accesible y eficiente; y que el personal de enfermería tenga una mejor comprensión del proceso de investigación científica, y especialmente sean competentes en la lectura crítica de la investigación.
- Apoyo de los administradores en el nivel de la política sanitaria y el de los administradores de enfermería y de otros responsables de gestión. Esto podría concretarse en actividades de audit clínico, en la influencia modélica y favorecedora de los cuadros de supervisión y gestión superior de los responsables de enfermería, en el desarrollo de programas de formación continua sobre la comprensión, valoración y uso de la investigación...etc.
- Las actitudes favorables de los profesionales, su experiencia y su motivación.
- La cultura favorable hacia la investigación.
- Apoyo financiero (ordenadores, bases de datos, acceso a internet, dotaciones económicas) y disponibilidad de tiempo.

A la luz de lo anterior, se antoja innegable el papel e influencia de las organizaciones en la práctica de la enfermería basada en la evidencia. Dada la influencia que tienen los cuidados en los resultados del proceso clínico (morbi-mortalidad) y entendiéndolo éste como el objetivo de las organizaciones sanitarias, parece lógico intentar que las estructuras organizativas abandonen algunos procesos asistenciales totalmente desfasados, para ofrecer los mejores servicios de salud. Para ello es necesario aplicar los resultados de investigación, tanto en la definición y gestión de servicios y cuidados enfermeros como en la propia dotación de personal enfermero.

Son las organizaciones las que deben favorecer las condiciones para que las enfermeras actúen en un plano de colaboración con otros profesionales, posición desde la cual puedan desarrollar su potencial profesional adaptando éste a las demandas existentes. Sin la adecuada gestión, encaminada a la utilización del conocimiento enfermero como valor organizacional, será imposible adaptar las necesidades de cuidados a las demandas de servicios. Las organizaciones deben optar por un servicio en el que el modelo de práctica enfermera permita la inclusión de aquellos resultados de investigación con notables efectos en la calidad de sus procesos, las organizaciones deben asumir la responsabilidad de actuar bajo un modelo, que a todas luces no puede ser otro que el de aplicar en la práctica clínica las evidencias producidas por la investigación.

- LIMITACIONES DE LA ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA.-  
(Tomado de: Cabrero García J. Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. *Index Enferm.* 1999; 8(27): 12-18).

El abordaje de las limitaciones de la EBE en cuanto a la incorporación de las evidencias externas, producto de la investigación supondrá la consideración de dos hechos importantes:

### **1. La insuficiencia de evidencias de la investigación para la práctica.**

La cantidad de evidencias disponibles para la práctica de la enfermería es insuficiente, por lo que los esfuerzos por facilitar el acceso a la información van a tropezar con una seria limitación en el origen. Parcialmente este estado de cosas se explica por una menor tradición de la investigación en enfermería (con respecto a la medicina), que se traduce, por un lado, en el un predominio de diseños exploratorios y descriptivos, y por otro, también por una orientación y vocación diferentes que por razones epistemológicas o profesionales se ha traducido en un fuerte auge de la investigación cualitativa.

Este último particular es una de las mayores críticas más recientes hacia el movimiento de la EBE en cuanto a su ceñimiento casi con exclusividad a la metodología experimental, existiendo el riesgo de una infravaloración de lo cualitativo, lo cual es parte esencial de enfermería. La mejor evidencia clínica, se asoció, siempre a un esquema jerárquico de pruebas derivadas de diferentes diseños de investigación en cuya cúspide se encontraba el ensayo clínico aleatorio controlado. La mejor prueba, según el movimiento, la proporciona el diseño experimental del ensayo clínico. El resto de diseños y de evidencias científicas tienen menor validez y utilidad o prácticamente ninguna si hablamos de la investigación cualitativa. Así, los criterios de evaluación del movimiento de la práctica basada en la evidencia se han de ampliar y se han de cuestionar los intentos de jerarquizar las evidencias con parámetros exclusivamente positivistas; el trabajo cualitativo es interpretativo y subjetivo y por ello ofrece una mayor resistencia a una jerarquización en niveles. Aunque hay varias formas de clasificar las evidencias y no sólo la de Cochrane, todas coinciden en que la gradación se hace bajo el criterio del diseño experimental. Los hallazgos cualitativos tienden por tanto a excluirse como evidencia. Que la investigación cualitativa quede fuera de juego tiene repercusiones: se limita el arsenal de conocimiento para actuar sobre un mundo complejo y además se cierran puertas a la financiación. Se limita así el desarrollo de un tipo de conocimiento necesario tanto para la práctica como para el desarrollo disciplinar.

### **2. La complejidad del proceso de utilización.**

Por un lado, la formación y las destrezas de la audiencia o profesionales de enfermería en lectura y valoración de informes de investigación está lejos de estar generalizada en toda la profesión. Por otro, y en cuanto a lo que concierne a otro de los componentes de la diseminación, los investigadores, es preciso señalar la escasez de estudios de replicación y de líneas programáticas de investigación (hay demasiadas investigaciones aisladas, sin continuidad).



## COMUNICACIONES DE LA MESA

### **1ª. Humanización. Bioética y el voluntariado en el Comité de tumores de mama**

Bárbara Pilar García Giner. *CC.EE.Oncología. H. San Juan*

### **2ª. Donantes de órganos no nacidos en España en el H.G.U.A. de Alicante 2000-2005**

Purificación Gómez Marinero, Carlos de Santiago Guervós, Manuel A. Fuentes Pérez y M<sup>a</sup> Dolores Pérez Cases. *Coordinación de Trasplantes. HGUA*

### **3ª. La asistencia al parto en el Hospital Vega Baja de Orihuela, Alicante: La inmigración como reto**

M<sup>a</sup> Paz de Miguel Ibáñez, Piedad Tormentín Torralba y Salud Carrillo Ruiz Partos. H.Vega Baja

### **4ª. Visita básica de enfermería en Hospitalización a Domicilio**

Salvador de Haro Marin. *Unidad de Hospitalización a Domicilio. HGUA*



***HUMANIZACIÓN, BIOÉTICA Y EL  
VOLUNTARIADO EN EL COMITÉ DE  
TUMORES DE MAMA***

*PROYECTO REALIZADO DESDE LA COMISIÓN DE HUMANIZACIÓN  
DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANT JOAN D'ALACANT*



**Comisión de Humanización**

Hospital Universitario San Juan de Alicante y C. E. Strma. Faz

Bárbara Pilar García Giner  
*Secretaria de la Comisión de Humanización  
Enlace entre las pacientes y el voluntariado  
Auxiliar de Enfermería Consultas Externas Oncología  
Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant. Departamento 17*



## **RESUMEN**

### **INTRODUCCIÓN**

José Carlos Bermejo dice que Humanizar, constituye una exigencia ética. Así, y partiendo de esta premisa, Humanizar el circuito de acercamiento entre el Voluntariado y las mujeres con cáncer de mama, constituyo desde el año 1999 para la Comisión de Humanización, una exigencia ética.

En el año 1999 un grupo de mujeres afectadas por cáncer de mama, y constituidas en asociación desde el año 1998 con sus fines justificados en sus estatutos, denominándose “Asociación Provincial de Alicante de Mujeres con Cáncer de Mama” (APAMM) y posteriormente acogidas a lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación, y al amparo de lo dispuesto en el artículo 22 de la Constitución, careciendo de ánimo de lucro. Solicitaron a la Comisión de Humanización desarrollar en nuestro centro su Voluntariado.

En la sesión correspondiente se acordó trasladar la propuesta a la Dirección, obteniendo por respuesta, que el circuito de acercamiento entre éste Voluntariado y las pacientes con cáncer de mama de nuestro Centro, fuere elaborado por los Miembros de la Comisión, porque ningún voluntario se puede acercar por sí mismo, a ningún paciente, velando así por la confidencialidad de su caso y respetando el segundo principio de la Bioética, el de Autonomía.

### **OBJETIVO**

El objetivo de esta comunicación coincide plenamente con el de las jornadas y no es mas que debatir las evidencias en la practica asistencial, ofreciendo la información de persona a persona y buscando la forma más humana de acercamiento entre el Voluntariado y estas pacientes. Respetando el Principio de Autonomía de la Bioética, es decir, las propias convicciones, opciones y elecciones de la mujer intervenida de cáncer de mama.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Desde el año 1999 los Miembros de la Comisión desarrollaron tres circuitos de acercamiento entre las mujeres con cáncer de mama y el Voluntariado, con el fin de hacerlo aún más humano y respetando el segundo principio de la Bioética “el de Autonomía” de las mujeres intervenidas de cáncer de mama y cuyo caso precise ser discutido por los Miembros del Comité de estos Tumores en nuestro Centro.

## RESULTADOS

De las 16 pacientes procedentes del servicio de ginecología que en el 2004 recibieron la información sobre ésta ayuda tan solo libremente 8 decidieron recibir la información y la ayuda. Del periodo reflejado para el 2005 fueron 124 pacientes las que recibieron la información aceptando la ayuda de éste Voluntariado tan solo 35 de ellas.

## CONCLUSIONES

Que desde 1999 a la actualidad, el procedimiento de acercamiento entre el Voluntariado y las pacientes con cáncer de mama de nuestro Centro, ha sido consecuentemente tres veces rediseñado; consiguiendo la mejor forma de acercamiento entre el Voluntariado y las mujeres intervenidas de cáncer de mama.

Fundamentándonos para ello, en lo que define Spinsanti como Humanización, poniendo todos los conocimientos de los Miembros de la Comisión de Humanización en la búsqueda de hacerlo aún mas humano.

## INTRODUCCIÓN

José Carlos Bermejo dice que Humanizar, constituye una exigencia ética. Así, y partiendo de esta premisa, Humanizar el circuito de acercamiento entre el Voluntariado y las mujeres con cáncer de mama, constituyo desde el año 1999 para la Comisión de Humanización, una exigencia ética.

En el año 1999 un grupo de mujeres afectadas por cáncer de mama, y constituidas en asociación desde el año 1998 con sus fines justificados en sus estatutos, denominándose “Asociación Provincial de Alicante de Mujeres con Cáncer de Mama” (APAMM) y posteriormente acogidas a lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación, y al amparo de lo dispuesto en el artículo 22 de la Constitución, careciendo de ánimo de lucro. Solicitaron a la Comisión de Humanización desarrollar en nuestro centro su Voluntariado.

En la sesión correspondiente se acordó trasladar la propuesta a la Dirección, obteniendo por respuesta, que el circuito de acercamiento entre éste Voluntariado y las pacientes con cáncer de mama de nuestro Centro, fuere elaborado por los Miembros de la Comisión, porque ningún voluntario se puede acercar por sí mismo, a ningún paciente, velando así por la confidencialidad de su caso y respetando el segundo principio de la Bioética, el de Autonomía.

El informe Belmont denomina este principio como << el respeto por las personas>>y afirma que incorpora, al menos, dos convicciones éticas:<<primera, que los individuos deberían ser tratados como entes autónomos; y segunda, que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección>>. Por tanto, entiende la autonomía en su sentido concreto: como la << capacidad de actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa>>.

Javier Gafo en su libro 10 palabras clave en Bioética dice, que éste Principio, no es más que velar por el respeto a la persona a sus propias convicciones, opciones y

elecciones, que deben ser protegidas, incluso de forma especial, por el hecho de estar enfermo. Y que las acciones que se hacen en contra de tal autoridad son culpables ya que violan la decisión del otro y, por tanto, son punibles

El objetivo de esta comunicación coincide plenamente con el de las jornadas y no es más que debatir las evidencias en la práctica asistencial, ofreciendo la información de persona a persona y buscando la forma más humana de acercamiento entre el Voluntariado y estas pacientes. Respetando el Principio de Autonomía de la Bioética, es decir, las propias convicciones, opciones y elecciones de la mujer intervenida de cáncer de mama.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

En el año 1999 los Miembros de la Comisión desarrollaron el siguiente circuito de acercamiento entre las mujeres con cáncer de mama y el Voluntariado:

### **DESCRIPCIÓN DEL CIRCUITO -1-**

- Colocar carteles informativos para la divulgación de este Voluntariado en las unidades de hospitalización de ginecología y cirugía general, así como en sus respectivas consultas externas.
- Las supervisoras de dichas unidades informarían a estas pacientes tras su intervención, de la presencia en nuestro hospital de este grupo de Voluntariado.
- Las Voluntarias contactarían con las supervisoras de las unidades para saber si alguna de éstas pacientes solicitan su ayuda.
- Colocar carteles informativos para la divulgación de este Voluntariado en las unidades de hospitalización de ginecología y cirugía general, así como en sus respectivas consultas externas.

En la última sesión del año 2002 los Miembros de la Comisión realizaron el seguimiento de éste circuito, al no obtener resultados de las actividades descritas acordaron para humanizar aún más su asistencia, que éste circuito sería rediseñado, basándonos, para ello, en lo que define Spinsanti como Humanización:

En la << actitud mental, afectiva y moral que obliga al agente de salud a repensar continuamente los propios esquemas mentales y a diseñar modos de intervención—y sistemas terapéuticos y asistenciales- orientados al bien del enfermo>>.

En los albores del 2003, se realizó una Investigación Aplicada, en la búsqueda de la mejora de éste procedimiento, describiendo el siguiente rediseño.

### **REDISEÑO DE LAS ACTIVIDADES DEL CIRCUITO -2-:**

- Establecer un convenio entre la APAAM (Asociación ...), asociación de mujer con cáncer de mama y la autoridad sanitaria correspondiente.
- Ofrecer información a las mujeres intervenidas de Cáncer de Mama sobre la presencia de este grupo de Autoayuda.
- Conseguir la correcta identificación de este voluntariado.
- Nombrar a la persona para realizar la función de enlace; informar a las pacientes de la presencia y ayuda de éste Voluntariado preservando la confidencialidad.

- Personalizar un parte de quirófano a nombre del enlace para saber la ubicación de éstas pacientes y hacer llegar a ésta diariamente.
- Ofrecer información a las mujeres afectadas de Cáncer de Mama, que tras su diagnostico medico precise ser intervenida, de tumorectomía o mastectomía.
- Acudir el enlace al finalizar el horario laboral a la habitación de las unidades de hospitalización: cirugía general o ginecología, entre el segundo y tercer día de la intervención para ofrecer la ayuda de este Voluntariado a estas pacientes.
- Dejar el proceso abierto, para volver a rediseñarlo si interfiriera negativamente en el Principio de Autonomía, y por tanto, en la Humanización de este circuito.

A propuesta de los Miembros de esta Comisión el Director de Hospital nombro para realizar la función de Enlace entre las pacientes y el Voluntariado a Bárbara Pilar García, Miembro de ésta Comisión y auxiliar de Enfermería entonces de la Consulta de Ginecología.

Tras realizar la enlace, las primeras visitas después de la intervención, se observó, que el facultativo aún no había informado a la paciente del diagnostico del tumor, por no estar disponible el informe de su anatomía patológica.

Que la vulnerabilidad de estas mujeres en los días establecidos para ofrecer la información era mayor por la cercanía a la intervención y por la hospitalización.

Que la acogida era de mayor confianza en aquellas pacientes que ya habían tenido una primera toma de contacto con la enlace, posiblemente por realizar su trabajo en la consulta de ginecología, ya que por motivos de organización del Centro las auxiliares de enfermería en este servicio, están junto al facultativo durante la consulta.

En la sesión de la Comisión de Junio de 2004 se presentaron a los Miembros estos acontecimientos adversos, y en ella se consensuó nuevamente su rediseño, estableciendo para ello, los siguiente criterios de inclusión:

Ofrecer la enlace, la información a las pacientes intervenidas por los facultativos del servicio de ginecología, tras recibir la información sobre el diagnóstico del Tumor, por el Comité de Tumores de Mama, que en nuestro Centro es la Autoridad competente para prescribir los tratamientos complementarios de Quimioterapia o Radioterapia, antes o después de la cirugía.

En Octubre del 2004 presenté ante los Miembros de la Comisión las siguientes actividades del 3º circuito rediseñado.

### **DESCRIPCIÓN DEL CIRCUITO DE ACERCAMIENTO REDISEÑADO -3- :**

1. Formular la acogida: establecer la primera toma de contacto (presentación del profesional- Aux de enfermería) a la llegada de la paciente por primera vez a la consulta de ginecología.
2. Incluir en el desarrollo del circuito al presidente del Comité de Tumores de Mama.
3. Establecer un espacio físico en la consulta de ginecología para ofrecer la información por la enlace a estas pacientes, respetando así, la confidencialidad de su caso y el segundo principio en Bioética, el de Autonomía.



4. Ofrecer la información de persona a persona, tras la consulta del Comité de Tumores y de recibir por el facultativo el diagnóstico del Tumor, sin que este presente la voluntaria, es decir, sin que exista coacción externa.
5. Formar en Relación de Ayuda a estas voluntarias, con el fin de que la Ayuda Mutua prestada por ellas, sea de mayor Calidad Humana.
6. Identificar por la dirección a las voluntarias proporcionando tarjetas de identificación y vestuario .
7. Determinar la información a la paciente por la enlace.
8. Protocolizar la siguiente información y transmitirla la enlace a la paciente antes del acercamiento del Voluntariado:

“La Dirección del Centro, pone en su conocimiento la existencia de un grupo formado por mujeres voluntarias, que han pasado por una o todas las fases del proceso como consecuencia de un cáncer de mama: es decir, por la cirugía, la pérdida de la mama y/o el tratamiento complementario (quimioterapia.....) estas voluntarias le ofrecen su ayuda para compartir, experiencias, momentos de ocio, sentimientos, emociones y ayuda por profesionales especializados (psicología, servicios sociales.....). ¿Quiere usted que le presente a la Voluntaria?”.

Quedando las actividades de este circuito Institucionalizado y protocolizado.

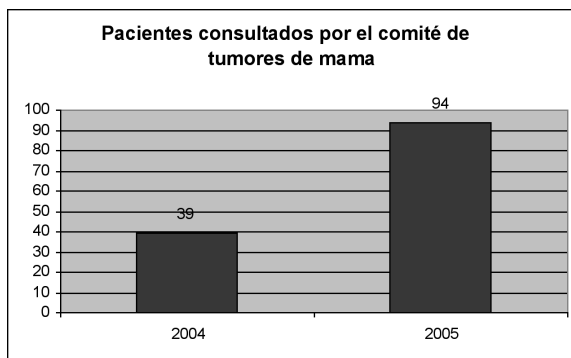
### ANÁLISIS DE LOS DATOS:

El análisis de los datos se realizó con un ordenador Airis, los datos fueron obtenidos de los listados informatizados sobre los que realizamos el trabajo diario en la consulta de ginecología.

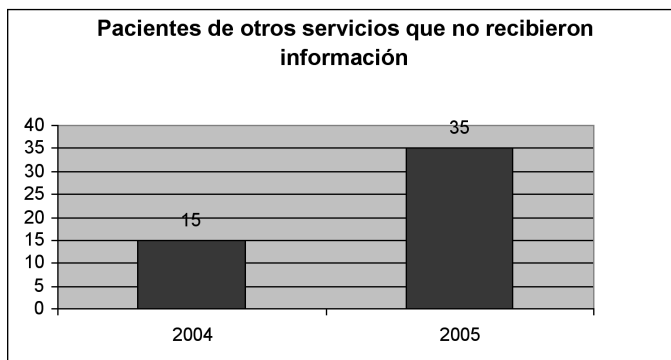
### RESULTADOS

Ejercicio 2004:

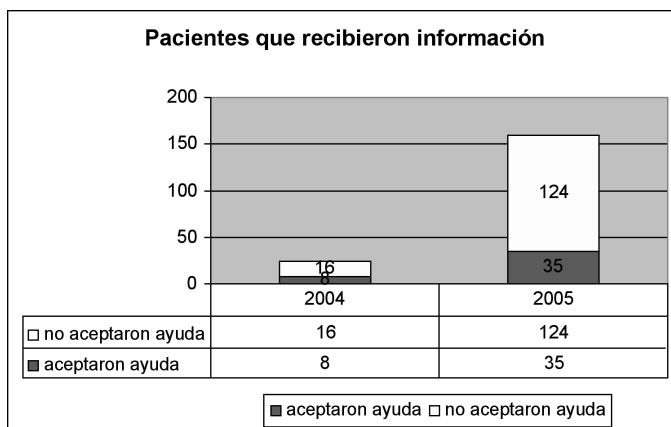
El gráfico muestra que desde el 20 de Octubre hasta el 28 de Diciembre de este año fueron 39 las pacientes que sus casos fueron consultados por el Comité de Tumores de mama, como así mismo que desde el 9 de febrero hasta el 29 de septiembre del 2005 fueron 94 las pacientes que consultaron sus casos.



Los datos muestran en el gráfico, las pacientes procedentes de otros servicios que no recibieron la información sobre la ayuda llevada a cabo por éste Voluntariado.



De las 16 pacientes procedentes del servicio de ginecología que en el 2004 recibieron la información sobre ésta ayuda tan solo libremente 8 decidieron recibir la información y la ayuda. Del periodo reflejado para el 2005 fueron 124 pacientes las que recibieron la información aceptando la ayuda de éste Voluntariado tan solo 35 de ellas.



Hay que resaltar que además de éstos resultados, se ha conseguido;

Que tres de las pacientes con cáncer de mama solicitaran la ayuda de las Voluntarias antes de la intervención.

Desde junio del 2005 se entrega a las pacientes intervenidas de mastectomía en nuestro Centro la primera prótesis de algodón.

Que el presidente del Comité de Tumores de Mama asuma voluntariamente la función de Enlace en ausencia del Miembro de la Comisión, y también su colabora-

ción en la modificación referente a la información de los dos trípticos: uno para divulgar como realizar la autoexploración y el otro sobre las actividades de ayuda que realiza esta asociación.

## **CONCLUSIONES**

En definitiva, Los resultados obtenidos están basados en la información de persona a persona, desde el respeto y la protección a sus propias convicciones, opciones y elecciones, según dice de la Bioética el Principio de Autonomía.

Que desde 1999 a la actualidad, el procedimiento de acercamiento entre el Voluntariado y las pacientes con cáncer de mama de nuestro Centro, ha sido consecuentemente tres veces rediseñado; consiguiendo la mejor forma de acercamiento entre el Voluntariado y las mujeres intervenidas de cáncer de mama. Fundamentándonos para ello, en lo que define Spinsanti como Humanización:

En la << actitud mental, afectiva y moral que obliga al agente de salud a repensar continuamente los propios esquemas mentales y a diseñar modos de intervención—y sistemas terapéuticos y asistenciales- orientados al bien del enfermo>>.

Poniendo todos los conocimientos y la capacidad de relación humana al servicio de la persona que vive el trance siempre doloroso y angustioso de la enfermedad, en este caso, los de todos los Miembros de la Comisión de Humanización, en la búsqueda de hacerlo aún mas humano.

**Muchas gracias**

## **BIBLIOGRAFÍA.**

- Gafo Javier. 10 Palabras Clave en Bioética. E. Verbo Divino. Séptima Edición-. 2004. P, 26,27 y28.
- Bermejo José Carlos. Que es humanizar la salud. San Pablo 2003 (Protasio Gomez,11-15.28027)Madrid. P.49.

## **AGRADECIMIENTOS.**

A mi hijo José Enrique porque él es el motor para que buscara los recursos sobre la humanización.

A todos los Miembros de la Comisión de Humanización.

Al Dr Luis Rosado Bretón, Miembro Honorífico y Director de Hospital hasta junio del 2005, por haber confiado en mi para hacer la función de enlace entre el Voluntariado y las pacientes.

Dr. Dn. José Martínez Soriano. Gerente del Departamento de Salud 17

A Dña Francisca Moreno Chapín. Supervisora de Consultas Externas por facilitar mi asistencia a las sesiones de dicha Comisión.



***DONANTES DE ÓRGANOS NO NACIDOS EN  
ESPAÑA EN EL H. GRAL. U. DE ALICANTE  
EN EL PERIODO 2000-05***

Enf. Purificación Gómez Marinero(\*); Dr. Carlos de Santiago Guervós (\*);  
Enf. Manuel A. Fuentes Pérez(\*\*); Enf. Dolores Pérez Cases(\*\*\*)  
(\* *Coordinador de Trasplantes. Hospital General Universitario de Alicante*  
(\*\* *Enfermero. Hospital General Universitario de Alicante*  
(\*\*\*) *Enfermera Nefrología y Coordinadora de Trasplantes. Hospital General  
Universitario de Alicante*



## 1. INTRODUCCIÓN

En España en el periodo 2001-2006 la población empadronada ha aumentado un 8% (3.278.458) mientras que la población extranjera lo ha hecho en un 147,1% (2.312.583) (Tabla I).

De los casi cuatro millones de extranjeros empadronados en España en 2005, la distribución por nacionalidades está encabezada por los marroquíes (13,71%), ecuatorianos (13,34%) y rumanos (8,51%) seguidos por un conjunto de ciudadanos de diversos países europeos (7,89%) y los colombianos (7,27%). Los británicos son un 6,09% del total de la población extranjera siendo el primer país europeo entre los que cuentan con residentes en España. (Tabla II).

Por comunidades autónomas, Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana acumulan más del 50% de la población extranjera residente en España. (Tabla III).

En lo que respecta a la Comunidad Valenciana, en el periodo 2001-2005, el incremento poblacional ha sido de 529.673 personas y el de extranjeros empadronados ha sido de 364.312 lo que supone un 68,78% (Tabla IV)

Por provincias, Madrid, Barcelona, Alicante y Valencia suman el 50% de los extranjeros empadronados en 2005 en España (Tabla V).

En el periodo 2000-2005, en la provincia de Alicante la población ha sufrido un incremento de 270.464 personas y los extranjeros residentes 195.483 lo que supone el 72,28% (Tabla VI). Siendo Alicante la tercera provincia española en número de residentes extranjeros censados en España tras Madrid y Barcelona.

Es un hecho que cada vez es más frecuente encontrarnos con potenciales donantes no nacidos en España. El porcentaje de donantes extranjeros en España fue en el 2004 del 4,6% y en el 2005 de un 8,1%, la mayor parte procedían de Europa occidental (41%), Latinoamérica (29,5%) y Europa del Este (16,4%) (Tabla VII).

## 2. OBJETIVOS

Los objetivos de este estudio son:

- Analizar cuantitativamente los potenciales donantes y los donantes efectivos en el Hospital General Universitario de Alicante en el periodo 2000 al 2005,
- Explorar la posible incidencia de la introducción de traductores/profesionales sanitarios formados en las entrevista de donación
- Mostrar las dificultades encontradas en las diferentes entrevistas y las posibles líneas de mejora.

### 3. MATERIAL Y MÉTODO

Hemos revisado la documentación referente a todos los potenciales donantes valorados por la Coordinación de Trasplantes del Hospital General Universitario de Alicante en el periodo 2000 al 2005 obteniendo los datos siguientes:

- Edad
- Sexo
- Nacionalidad
- Situación de residencia en España.
- Causa de pérdida como potencial donante
- Resultado de la entrevista familiar
- Comentarios cualitativos del registro de la entrevista familiar

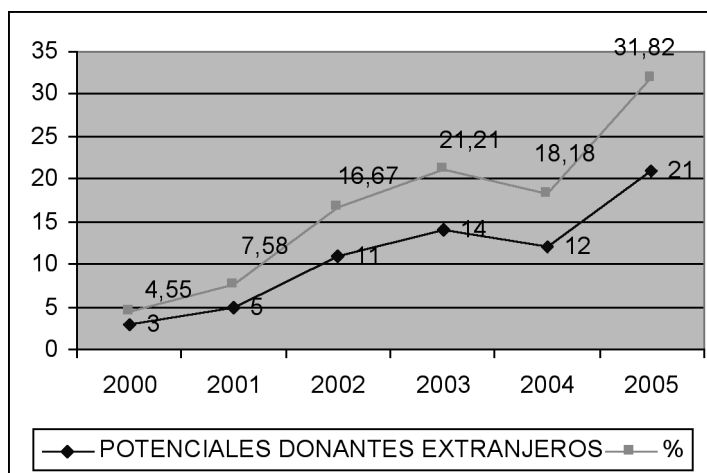
Sobre estos datos hemos practicado un análisis estadístico descriptivo.

### 4. RESULTADOS

El total de potenciales donantes extranjeros durante el periodo a estudio ha sido de 66, 38 hombres (58%) y 28 mujeres (44,2%), con un rango de edades entre 6 meses y 69 años y una edad media de  $54,16 \pm 20,10$  años.

En los seis años estudiados (2000-2005) los potenciales donantes no españoles han pasado de 3 a 21. (Fig. 1)

Figura 1. Evolución de los potenciales donantes



Se puede apreciar que el mayor porcentaje de potenciales donantes es de nacionalidad británica 27,3% (18), seguido de ecuatorianos 12,1% (8), rusos 10,06% (7) y alemanes 9,1% (6). En total han sido 22 las nacionalidades de los potenciales donantes. (Tabla VIII)



Respecto a la situación de residencia en España, el 80,3% (53) eran residentes o inmigrantes, mientras el 19,7% (13) eran turistas. (Tabla IX)

El 33,33% (22) de los potenciales donantes extranjeros en el periodo a estudio se perdieron. Las causas de pérdida fueron 6, de las que cabe destacar las negativas familiares 8 (12,12%), 6 (9,09%) contraindicaciones médicas y 4 (6,06%) negativas judiciales. (Tabla X)

Los donantes perdidos tienen la siguiente distribución, 12 hombres (54,5%) y 10 mujeres (45,5%), con un rango de edades entre 1 y 69 años y una edad media de 32,45±19,45 años.

Los potenciales donantes perdidos fueron: 5 ciudadanos ingleses, lo que supuso el 27,78% sobre el total de los ciudadanos de esa nacionalidad valorados, 3 ciudadanos de Alemania, Marruecos y Rusia pero que sobre el total de ciudadanos de la misma nacionalidad es respectivamente del 16,6%, 100% y 42,85%. (Tabla XI).

El total de potenciales donantes extranjeros con respuesta negativa a la entrevista familiar durante el periodo a estudio ha sido de 9, 6 hombres (66,67%) y 3 mujeres (33,33%), con un rango de edades entre 19 y 69 años y una edad media de 44±15,84 años.

La tasa de negativa (negativas\*100/total de potenciales donantes valorados) ha descendido en los últimos años del 40% en el 2001 al 4,76% en el 2005 (Tabla XII)

El mayor número de negativas en los donantes extranjeros corresponde a los de nacionalidad alemana 2. De estas negativas en concreto, cabe reseñar que sucedieron antes del año 2004 fecha en que introdujimos un intérprete de alemán formado adecuadamente. (Tabla XIV)

Respecto a la situación de residencia en España Tabla XVI, el 66,7% (6) eran residentes o emigrantes, mientras el 33,3% (3) eran turistas.

### **Análisis Cualitativo**

Estudiadas los registros de entrevista familiar cumplimentados por los coordinadores de trasplantes que las realizaron hemos obtenido los siguientes resultados.

#### ***Con donantes europeos encontramos:***

- Barrera idiomática, que varía en función del país de procedencia y de los conocimientos lingüísticos de los profesionales sanitarios presentes en la entrevista.
- Asiste habitualmente un pequeño número de familiares en la entrevista
- La actitud de los familiares se describe como:
  - tranquilos
  - contenidos
  - expectantes
  - desconfiados
- Existe poca expresión de sentimientos
- Las causas de negativas familiares fueron:
  - La barrera idiomática al no encontrar traductores expertos
  - Desconfianza del sistema sanitario
  - Ausencia de familiares decisorios en la entrevista
  - Entrevistas telefónicas

### ***En los donantes de países del este***

- Gran barrera idiomática.
- Actitud:
  - Quebrados
  - Hundidos
  - Desesperados
  - Inexpresivos, impenetrables
  - Miedo
  - Comportamientos violentos y autolesivos
- Problemas socioeconómicos
- Ausencia de familiares de apoyo en la entrevista
- Acuden a la entrevista amigos o conocidos o pareja actual
- Causas de negativa:
  - Gran barrera idiomática insalvable en ocasiones
  - Miedo a la discriminación
  - Ausencia de familiares
  - Entrevistas telefónicas
  - Problemas con la imagen y la integridad
  - Esperan algún tipo de recompensa social

### ***En los donantes latinoamericanos:***

- Actitud:
  - Compungidos, afligidos, llorosos
  - Quebrados, hundidos, desesperados
  - Miedo
- Problemas socioeconómicos
- Acuden a la entrevista gran número de familiares y/o amigos
- Causas de negativa:
  - Miedo a la discriminación
  - Ausencia de familiares importantes
  - Consultas telefónicas
  - Gran problema con la imagen y la integridad
  - Esperan algún tipo de recompensa social

### ***En los donantes de países musulmanes:***

- Gran barrera idiomática
- Actitud:
  - Expectantes
  - Silenciosos, no se manifiestan
  - Miedo (Desaparecen los familiares o amigos)
  - Desconfianza del sistema y de los profesionales
- Problemas socioeconómicos
- Acuden a la entrevista amigos y/o familiares

- Consultas telefónicas
- Donantes sin entorno familiar cercano
- Causas de negativa:
  - Problema con la imagen y la integridad
  - Rituales funerarios limitantes
  - Problemas religiosos
  - Desconfianza en el sistema
  - Ausencia de familiares decisorios
  - Consultas telefónicas
  - Esperan algún tipo de recompensa social

## CONCLUSIONES

El 22% (66) de los potenciales donantes en el periodo 2000-2005 han sido ciudadanos extranjeros. Este porcentaje ha evolucionado desde un 10% en el año 2000 hasta el 42% en el 2005. El número de potenciales donantes extranjeros ha aumentado un 566,7% (17) frente al 42,4% (14) en lo que a los potenciales donantes totales se refiere. (Tabla XV)

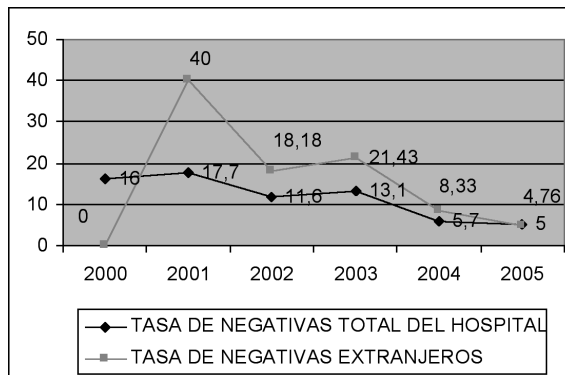
Respecto a las negativas familiares, de un total de 30 en el periodo estudiado, 9 (30%) fueron de los familiares de los donantes extranjeros. (Tabla XVI)

Mientras en el Reino Unido los datos publicados sobre negativas familiares a la donación son de un 40% en nuestro entorno ha sido de un 5,55% (1) y como reseñábamos en los resultados, las negativas de familiares europeos han cesado desde la introducción en el año 2004 de traductores/profesionales sanitarios formados especialmente para la entrevista de donación. (Tabla XIII)

Respecto a la tasa de negativas familiares la media del periodo estudiado respecto a los donantes extranjeros es de un 15,45% frente al 11,52% en el total de los donantes. (Fig. 2)

En el año 2000 los donantes extranjeros supusieron el 14,29% (3) de los donantes siendo el 40% (14) en el año 2005 lo que supone un incremento porcentual del 179,91%. El 23,66% (44) de los donantes efectivos en el periodo estudiado fueron extranjeros.

*Figura 2. Evolución de las negativas familiares.*



En cuanto a la entrevista familiar como desencadenante de las bajas cifras de negativas familiares creemos imprescindible adecuar recursos humanos, materiales y de formación específica para las familias no españolas.

#### **Recursos humanos:**

- Traductor/a de los diferentes países preferentemente con formación sanitaria para que entiendan con mayor facilidad las diferentes situaciones clínicas que tendrán que expresar con un lenguaje adecuado al nivel socio/cultural de las familias.
- Estos/as traductores/as deben de ser inexcusablemente formados en la técnica de la entrevista de donación.
- Cuando los familiares son rumanos, rusos, ucranianos, marroquíes, argelinos y de otras nacionalidades cuyos idiomas y peculiaridades muy diferenciadas es muy beneficioso que los traductores sean de su mismo país pues crea un clima de confianza que facilita la decisión de donar.

#### **Recursos materiales:**

- Recursos para facilitar el contacto telefónico con países que en ocasiones son de difícil comunicación. Fundamentalmente poderlos instalar en una estancia que disponga de teléfono para que les puedan pasar las llamadas de su país y no se pierdan en la vorágine del hospital.
- Espacios adecuados para que puedan realizar sus rituales tanto religiosos como funerarios.
- Recursos de ayuda social que se les puedan facilitar, sobre todo en emigrantes y sin papeles.

#### **Recursos de formación específica:**

- Conocer los rituales religiosos y las practicas de las familias entrevistadas, en caso contrario, interesarnos por sus necesidades para poder ayudarles a que realicen sus practicas, siempre previo a la opción de donación. LA DONACIÓN NO DEBE IMPEDIR NINGUNA PRÁCTICA RELIGIOSA.
- Saber los trámites y los costes que suponen las diferentes posibilidades de expatriación y/o incineración, para facilitarles e informarles de las gestiones que deberán realizar.

Nosotros somos favorables a la incineración pues disminuye trámites y costes.

La donación de órganos de ciudadanos no nacidos en España supone una complicación añadida al dolor de la pérdida de un ser querido. Los familiares sienten mayor desamparo y en ocasiones desconfían de una sociedad que para ellos es desconocida. Sin embargo se evidencia que a mayor grado de integración social se acepta la donación más fácilmente.

## AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la enfermera Silvia Mira Audinis su labor de intérprete y ayuda profesional con los familiares alemanes, ingleses, franceses e italianos, destacando su pericia en el manejo de estos idiomas y el conocimiento de las peculiaridades sociales y humanas de estos países.

Agradecemos a la auxiliar de enfermería Zoya Pellts, natural de Ucrania, su labor de intérprete y ayuda profesional con los familiares rusos, ucranianos y de todos los países de la antigua Unión Soviética, destacando su pericia en el manejo de estos idiomas y el conocimiento de las peculiaridades sociales y humanas de estos países.

Agradecemos a la intérprete profesional Emilia Nila, natural de Rumania, su labor profesional con los familiares rumanos, destacando su pericia en el manejo de este idioma y el conocimiento de las peculiaridades sociales y humanas de este país.

## ANEXO. TABLAS.

**Tabla I. Población total y extranjera España (2001-1 de enero de 2006)**

AÑO	PADRÓN	EXTRANJEROS	%
2001	41.116.842	1.572.017	3,82
2002	41.837.894	1.977.946	4,73
2003	42.717.064	2.664.168	6,24
2004	43.197.684	3.034.326	7,02
2005	44.108.530	3.730.610	8,46
2006	44.395.300	3.884.600	8,75

**Tabla II. Población extranjera en España por nacionalidad. Padrón 2005.**

	País	Población	%
1	Marruecos	511.294	13,71
2	Ecuador	497.799	13,34
3	Rumania	317.366	8,51
4	Resto nacionalidades Europa	294.389	7,89
5	Colombia	271.239	7,27
6	Reino Unido	227.187	6,09
7	Resto nacionalidades Africa	156.402	4,19
8	Argentina	152.975	4,10
9	Resto de nacionalidades América del Sur	148.741	3,99
10	Alemania	133.588	3,58
11	Bolivia	97.947	2,63
12	Italia	95.377	2,56
13	Bulgaria	93.037	2,49
14	China	87.731	2,35

15	Perú	85.029	2,28
16	Resto nacionalidades Asia	79.190	2,12
17	Francia	77.791	2,09
18	Portugal	66.236	1,78
19	República Dominicana	57.134	1,53
20	Venezuela	49.206	1,32
21	Argelia	46.278	1,24
22	Cuba	45.009	1,21
23	Holanda	33.845	0,91
24	Estados Unidos	25.831	0,69
25	México	22.922	0,61
26	Filipinas	19.927	0,53
27	Resto de nacionalidades de América Central	17.795	0,48
28	Irlanda	9.618	0,26
29	Canadá	2.866	0,08
30	Grecia	2.336	0,06
31	Oceanía	2.321	0,06
32	Apátridas	721	0,02
	<b>TOTAL</b>	<b>3.730.610</b>	<b>100</b>

**Tabla III. Población extranjera por comunidades autónomas 2005.**

	<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Extranjeros residentes</b>	<b>%</b>
1	Cataluña	798.904	21,41
2	Madrid (Comunidad de)	780.752	20,93
3	Comunidad Valenciana	581.985	15,60
4	Andalucía	420.207	11,26
5	Canarias	222.260	5,96
6	Murcia (Región de)	165.016	4,42
7	Balears (Illes)	156.270	4,19
8	Castilla-La Mancha	115.223	3,09
9	Aragón	96.848	2,60
10	Castilla y León	91.318	2,45
11	País Vasco	72.894	1,95
12	Galicia	69.363	1,86
13	Navarra (Comunidad Foral de)	49.882	1,34
14	Rioja (La)	31.075	0,83
15	Asturias (Principado de)	26.797	0,72
16	Extremadura	25.341	0,68
17	Cantabria	20.547	0,55
18	Ceuta	3.037	0,08
19	Melilla	2.891	0,08
	<b>TOTAL</b>	<b>3.730.610</b>	<b>100,00</b>

**Tabla IV. Población total y extranjera en la Comunidad Valenciana (2001-2005)**

<b>Año</b>	<b>Total</b>	<b>Extranjeros</b>	<b>%</b>
2001	4.162.776	217.673	5,23
2002	4.326.708	301.143	6,96
2003	4.470.885	413.760	9,25
2004	4.543.304	464.317	10,22
2005	4.692.449	581.985	12,40

**Tabla V. Población extranjera por provincias 2005.**

	<b>Provincias</b>	<b>Total Extranjeros</b>	<b>%</b>
1	Madrid (Comunidad de)	780.752	20,93
2	Barcelona	569.305	15,26
3	Alicante/Alacant	321.640	8,62
4	Valencia/València	194.707	5,22
5	Málaga	181.589	4,87
6	Murcia (Región de)	165.016	4,42
7	Balears (Illes)	156.270	4,19
8	Santa Cruz de Tenerife	113.467	3,04
9	Palmas (Las)	108.793	2,92
10	Girona	100.367	2,69
11	Almería	93.058	2,49
12	Tarragona	84.088	2,25
13	Zaragoza	71.960	1,93
14	Castellón/Castelló	65.638	1,76
15	Navarra (Comunidad Foral de)	49.882	1,34
16	Lleida	45.144	1,21
17	Toledo	40.564	1,09
18	Sevilla	37.469	1,00
19	Granada	36.318	0,97
20	Vizcaya	36.217	0,97
21	Rioja (La)	31.075	0,83
22	Cádiz	27.720	0,74
23	Pontevedra	27.235	0,73
24	Asturias (Principado de)	26.797	0,72
25	Coruña (A)	23.855	0,64
26	Ciudad Real	22.532	0,60
27	Guipúzcoa	21.536	0,58
28	Albacete	20.552	0,55
29	Cantabria	20.547	0,55
30	Huelva	18.809	0,50
31	Valladolid	18.080	0,48

32	Burgos	17.357	0,47
33	Guadalajara	17.316	0,46
34	Alava	15.141	0,41
35	Huesca	15.132	0,41
36	Cuenca	14.259	0,38
37	León	14.184	0,38
38	Córdoba	13.856	0,37
39	Cáceres	12.875	0,35
40	Badajoz	12.466	0,33
41	Segovia	11.933	0,32
42	Jaén	11.388	0,31
43	Ourense	11.343	0,30
44	Salamanca	11.080	0,30
45	Teruel	9.756	0,26
46	Lugo	6.930	0,19
47	Avila	6.073	0,16
48	Soria	5.370	0,14
49	Zamora	3.717	0,10
50	Palencia	3.524	0,09
51	Ceuta	3.037	0,08
52	Melilla	2.891	0,08
	<b>TOTAL</b>	<b>3.730.610</b>	<b>100,00</b>

**Tabla VI. Población total y extranjera en la Provincia de Alicante (2001-2005)**

<b>Año</b>	<b>Total</b>	<b>Extranjeros</b>	<b>%</b>
2001	1.461.925	126.157	8,63
2002	1.557.968	185.598	11,91
2003	1.632.349	245.883	15,06
2004	1.657.040	260.316	15,71
2005	1.732.389	321.640	18,57

**Tabla VII. Donantes extranjeros en España 2005. (Fuente ONT)**

<b>Donantes Extranjeros en España año 2005</b>		<b>%</b>
Europa Occidental		41
Latinoamérica		29,5
Europa del Este		16,4
Asia	4,1	
Africa	4,1	



**Tabla VIII. Potenciales donantes extranjeros por nacionalidad 2000-2005**

<b>PAIS</b>	<b>POTENCIALES DONANTES EXTRANJEROS</b>
1 INGLATERRA	18
2 ECUADOR	8
3 RUSIA	7
4 ALEMANIA	6
5 COLOMBIA	5
6 MARRUECOS	3
7 BRASIL	2
8 SUECIA	2
9 PORTUGAL	2
10 IRLANDA	1
11 HOLANDA	1
12 FINLANDIA	1
13 ITALIA	1
14 PERU	1
15 ARGELIA	1
16 REP. CHECA	1
17 FRANCIA	1
18 CHINA	1
19 BELGICA	1
20 URUGUAY	1
21 LITUANIA	1
22 BOLIVIA	1
<b>TOTAL</b>	<b>66</b>

**Tabla IX. Situación de residencia en España de los potenciales donantes 2000-2005**

<b>SITUACIÓN EN ESPAÑA</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>TOTAL</b>	<b>%</b>
TURISTAS	1	1	3	2	3	3	13	19,70
RESIDENTES/ INMIGRANTES	2	4	8	12	9	18	53	80,30
<b>TOTAL</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>11</b>	<b>14</b>	<b>12</b>	<b>21</b>	<b>66</b>	<b>100</b>

**Tabla X. Donantes efectivos, perdidos y causas de pérdidas.**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL	%
NEGATIVAS FAMILIARES		2	2	3	1	0	8	12,12
CONTRA-INDICACIÓN MÉDICA		2		1	1	2	6	9,09
NEGATIVA JUDICIAL			1		1	2	4	6,06
NO LOCALIZACION FAMILIAR				1			1	1,52
PARADA CARDIO RESPIRATORIA						1	1	1,52
NO RECEPTOR						2	2	3,03
DONANTES PERDIDOS	0	4	3	5	3	7	22	
DONANTES EFECTIVOS	3	1	8	9	6	14	44	

**Tabla XI. Distribución de los donantes perdidos por nacionalidad**

PAIS	DONANTES
INGLATERRA	5
ALEMANIA	3
MARRUECOS	3
RUSIA	3
ARGELIA	1
BELGICA	1
BRASIL	1
CHINA	1
FINLANDIA	1
PORTUGAL	1
SUECIA	1
COLOMBIA	1
DONANTES PERDIDOS	22
DONANTES EFECTIVOS	44

**Tabla XII. Potenciales donantes extranjeros y donantes con negativa familiar y tasa de negativas por año.**

<b>AÑO</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>TOTAL</b>
<b>POTENCIALES DONANTES EXTRANJEROS</b>	3	5	11	14	12	21	66
<b>NEGATIVAS FAMILIARES</b>	0	2	2	3	1	1	9
<b>TASA DE NEGATIVA</b>	0	40	18,18	21,43	8,33	4,76	13,64

**Tabla XIII. Donantes extranjeros con negativa familiar por nacionalidad y año**

<b>País</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>TOTAL</b>
<b>ALEMANIA</b>				1	1		2
<b>RUSIA</b>		1					1
<b>PORTUGUES</b>		1					1
<b>MARRUECOS</b>			1				1
<b>INGLATERRA</b>			1				1
<b>BELGICA</b>				1			1
<b>FILANDIA</b>				1			1
<b>COLOMBIA</b>						1	1
<b>NEGATIVAS FAMILIARES</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>9</b>

**Tabla XIV. Situación de residencia en España de los donantes extranjeros con negativa familiar 2000-2005**

<b>SITUACIÓN EN ESPAÑA</b>	<b>NEGATIVAS FAMILIARES</b>
<b>RESIDENTE/INMIGRANTE</b>	6
<b>TURISTAS</b>	3
<b>TOTAL</b>	9

**Tabla XV. Potenciales donantes totales y extranjeros (2000-2005)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	TOTAL
POTENCIALES DONANTES	33	50	52	60	54	47	296
POTENCIALES DONANTES EXTRANJEROS (%)	3 (10)	5 (10)	11 (21)	14 (23)	13 (26)	20 (42)	66 (22)

**Tabla XVI. Negativas familiares a la donación totales y de extranjeros (2000-2005)**

AÑO	HOSPITAL ALICANTE	NEGATIVAS EXTRANJEROS
2000	4	0
2001	8	2
2002	6	2
2003	8	3
2004	2	1
2005	2	1
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>9</b>

**Tabla XVII. Tasas de negativas de donantes totales y extranjeros (2000-2005)**

AÑO	TASA DE NEGATIVAS TOTAL DEL HOSPITAL	EXTRANJEROS
2000	16	0,00
2001	17,7	40,00
2002	11,6	18,18
2003	13,1	21,43
2004	5,7	8,33
2005	5	4,76
<b>MEDIA DEL PERIODO</b>	<b>11,52</b>	<b>15,45</b>

**Tabla XIII. Donantes totales y extranjeros (2000-2005)**

AÑO	DONANTES TOTALES	DONANTES EXTRANJEROS	%
2000	21	3	14,29
2001	27	1	3,70
2002	34	8	23,53
2003	36	9	25,00
2004	33	9	27,27
2005	35	14	40,00
<b>TOTAL</b>	<b>186</b>	<b>44</b>	<b>23,66</b>

***LA ASISTENCIA AL PARTO EN EL HOSPITAL  
VEGA BAJA (ORIHUELA, ALICANTE):  
LA INMIGRACIÓN COMO RETO***

M. Paz de Miguel Ibáñez, *Matrona-HGUA*  
Piedad Formentín Torralba, *Matrona-HGUA*  
Salud Carrillo Ruiz, *Matrona- HVB*



## INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años se viene constatando un incremento en la asistencia a mujeres que, originarias de países diferente a España, acuden a la unidad de partos del Hospital Vega Baja (HVB) Esta circunstancia, está igualmente atestiguada en otros hospitales de nuestro entorno (Martínez y López 2004; Fernández 2006). Este hecho nos impulsó a recoger en el libro de partos el dato sobre el país de origen de cada mujer asistida durante el parto. Para ello se modificó el libro de registro, fuente base para la elaboración de este trabajo.

La inmigración, en cierto modo masiva, que está ocurriendo en países del hemisferio norte, de población desfavorecida de los países del sur, supone un cambio demográfico muy interesante y novedoso. Son múltiples los factores socioeconómicos y culturales que se ven afectados por esta realidad, y nuestra labor como matronas no queda exenta de su influencia. La asistencia profesional a la mujer en un momento tan sensible de la vida como es el embarazo, parto y lactancia, se muestran ante nosotras como un reto que hemos de asumir.

No podemos esconder las dificultades idiomáticas, culturales, etc., con las que hemos de convivir, pero está en nuestras manos y en las de los equipos de gestión, dar respuesta a un reto tan difícil como apasionante.

Debemos, a nuestro entender, conocer cuál es la realidad, cuantificar el impacto, reconocer las dificultades, y asumir tanto nuestra formación, como la de formar a la mujeres, para conseguir que la aventura de la maternidad sea vivida en plenitud.

En la Comarca de la Vega Baja (Alicante) se ha producido una significativa llegada de población alóctona, no sólo de otros países, sino también de personas procedentes del resto de España. Por una parte, el clima tan benigno favorece la llegada de población de edades avanzadas, tanto del centro y norte peninsulares, como de países situados al norte de Europa. Esta circunstancia requiere una oferta de servicios que ha de ser cubierta por personas laboralmente activas. Del mismo modo que la construcción y la hostelería reclama una elevada mano de obra. El hecho de que parte de la Comarca viva de la producción agrícola y la industria derivada de ella supone, igualmente, un reclamo de personas en búsqueda de empleo, en el que no se requiere cualificación específica.

Todo ello ha favorecido la llegada de mujeres en edad fértil, que deciden tener sus hijas/os en nuestra zona, y que son atendidas en el HVB.

El trabajo que presentamos es la continuación de otros ya publicados por una de nosotras (De Miguel, 2003 a y b), ampliados en esta ocasión con nuevos y significativos datos.

Esperamos que conocer la realidad nos permita proporcionar una atención de calidad a las mujeres que acuden a nuestra unidad.

## OBJETIVOS

Para este trabajo nos hemos planteado como objetivo conocer la frecuencia de partos de mujeres inmigrantes en el Hospital Vega Baja (Orihuela, Alicante), entre los años 2002-2005. Igualmente hemos identificado los países de origen de las mujeres inmigrantes que paren en el HVB.

Por último hemos intentado aproximarnos a parte de las dificultades asociadas al impacto migratorio, y proponer algunas sugerencias que permitan paliar las dificultades asociadas.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización del trabajo hemos diseñado un estudio observacional, analítico y transversal. Se han analizado los datos recogidos a través del libro de partos entre los años 2002 y 2005.

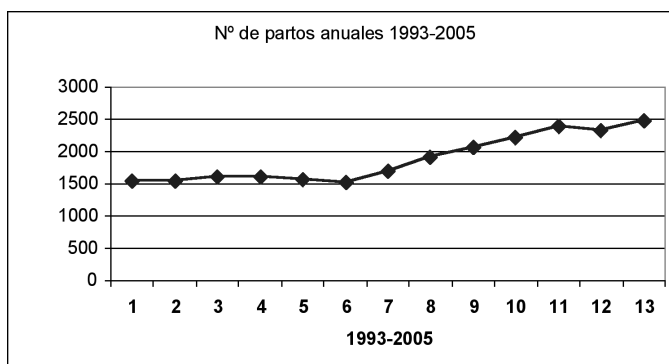
Para la obtención de esta información y ante la evidencia del aumento significativo de mujeres alóctonas atendidas, procedimos a modificar el libro de partos, introduciendo un campo en el que constara el país de origen de cada mujer atendida.

Del mismo modo, disponemos de datos relacionados con la edad, paridad, tipo de parto, etc. No obstante, el hecho de que no estén informatizados limita considerablemente su utilización, aunque algunos de ellos ya estén en soporte informático gracias a la realización de nuestro estudio, esperando ser utilizados en trabajos posteriores.

Desde nuestra visión como matronas nos hemos planteado la realización de apreciaciones cualitativas que nos permitan inferir, a partir de la observación directa durante nuestro trabajo, nuevas pautas de actuación que favorezcan nuestra asistencia profesional.

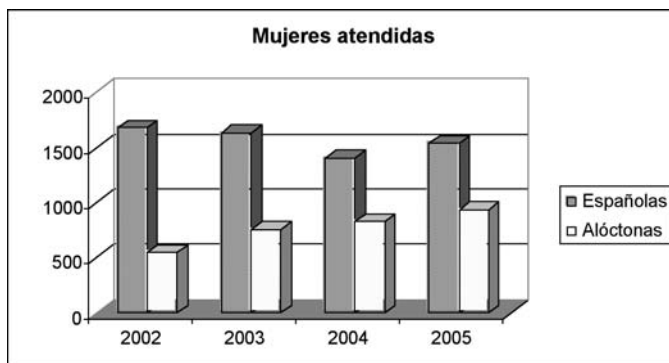
## RESULTADOS

En los últimos años de la década de los 90 hasta el 2005, se evidencia un aumento significativo del nº de partos asistidos en el HVB.





Entre los años 2002-2005 se han atendido 9427 partos, correspondiendo a mujeres alóctonas 3069. La evolución porcentual respecto a las españolas ha evolucionado del 25% en 2002, hasta el 37'81% en 2005.



El número de países de origen se aproxima a los 70. El 37% de las mujeres extranjeras procede de Suramérica, el 24% de Europa de Este y el 23% de África del Norte. El resto de países europeos representa el 11% de las mujeres, destacando el Reino Unido sobre los demás. Tan sólo el 4% proceden de Asia, siendo en su mayoría chinas. El 1% son mujeres subsaharianas, siendo irrelevante el número de las de Oceanía.

	2002	2003	2004	2005	TOTAL
MAGREB	105	143	191	241	575
ÁFRICA SUBSAHARIANA	5	14	9	8	31
ASIA	17	32	38	38	108
PAÍSES DEL ESTE	126	175	179	249	603
RESTO EUROPA	70	85	89	107	281
SUDAMÉRICA	221	329	283	301	913

La mujer inmigrante que da a luz en el Hospital de la Vega Baja, tiene una edad media de 27.54 años, la edad gestacional media del embarazo es de 38 semanas más 4 días. El sexo del bebé es de un 53% de varones, frente a un 47% de mujeres. En cuanto a la dispersión geográfica de las inmigrantes, el 47% pertenecen al Departamento 21 y el 53% al Departamento 22 (que pasará próximamente a depender del Hospital de Torrevieja).

La edad media de las mujeres alóctonas es de 27'54 años, estando dentro de los límites recomendados por la OMS (Martínez y cols. 2001).

Respecto a la paridad, el 60% tienen más de un hijo. Nos ha resultado llamativo el porcentaje de interrupciones voluntarias del embarazo (IVEs) en mujeres procedentes de las países del Este de Europa, llegando al 40% de ellas, documentándose

un caso en el que se le realizaron 9 IVEs. Esta circunstancia ha de ser relacionada con la falta de métodos anticonceptivos, habiéndose utilizado el IVE a tal efecto.

El 81% de los partos asistidos son eutócicos, el 6% instrumentados y el 13% cesáreas. El porcentaje de cesáreas del hospital en 2005 ha sido del 15'9% del total de partos asistidos.

El peso fetal es de 3287.76 gramos, similar al referenciado para la población inmigrante en el Hospital de Poniente (El Egido, Almería), destacando sus autores que los pesos son adecuados e incluso superiores a la población autóctona, proponiendo que se ha de relacionar con población inmigrante que presenta buen estado de salud (Martínez García y cols, 2001).

El 90% de los nacimientos ocurrió entre las semanas 38-39, registrándose tan sólo el 6% de partos pretérmino. Hay que resaltar que los grandes prematuros, si lo permiten las condiciones obstétricas, son diferidos a los Hospitales de referencia.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El número de mujeres alóctonas atendidas en el HVB ha sufrido un incremento significativo del 25% a casi el 38% entre los años 2002-2005. Este aumento se aproxima al incremento del número total de partos ocurrido en este periodo de tiempo. Son por tanto las mujeres procedentes de países diferentes a España quienes han aumentado el número total de partos asistidos.

Los países de origen son muy diversos, si bien hemos de destacar la cifra elevada de mujeres procedentes de Latinoamérica, del Magreb y de Europa del Este.

La edad media de las madres corresponde con la esperada para población en plena edad fértil.

Destacamos que el porcentaje de cesáreas entre la población inmigrante (13%), es inferior a la del porcentaje del total de mujeres atendidas (15'9%). En principio y en espera de realizarse un estudio más profundo, no se observa que la morbi-mortalidad sea peor en población inmigrante que en mujeres autóctonas. La justificación de por qué el índice de cesáreas es menor deberá ser abordada con nuevos parámetros (duración del parto, edad gestacional, paridad, etc.) en trabajos sucesivos.

El número de mujeres españolas atendidas permanece estable o con cierta tendencia a disminuir, este hecho creemos que ha de relacionarse con la ausencia de la prestación de la anestesia epidural. Este hecho favorece la "huida" de mujeres españolas hacia otros centros sanitarios, tanto privados como públicos. Aunque carecemos de datos cuantitativos objetivos, tanto la información obtenida por profesionales que trabajan en la sanidad privada, como nuestra experiencia en centros públicos (Hospital G.U. Alicante) nos han permitido constatar esta realidad.

Creemos que la gran diversidad observada en relación con los países de origen, condiciona nuestro modo de atender a la mujer. Es, a nuestro modo de ver, imposible la administración de cuidados según su propia cultura. Consideramos que se han de crear ámbitos de aproximación que permitan conocer algunos de los diferentes modos que tienen las mujeres de vivir sus propios partos, y poder enseñar nuestros métodos de asistencia. El idioma y las costumbres tan heterogéneas crean una difi-

cultad sobre añadida para ofrecer una asistencia adecuada durante el parto. El proceso de adaptación del personal a esta nueva realidad está siendo difícil al carecer tanto de formación en asistencia transcultural, como debido al aumento de la presión asistencial en tan corto espacio de tiempo.

La asistencia a tan elevado número de mujeres autóctonas requiere una atención más cuidadosa y una inversión de tiempo que ha de ser asumido por los gestores hospitalarios. La atención integral de las mujeres en un momento tan importante como es el parto, requiere de una preparación específica por parte de las profesionales. Son a nuestro entender las propuestas de la Enfermería transcultural quienes a través de los Cuidados Culturales (Lenninger, 1999: 5-8) podrían favorecer la atención adecuada a la población inmigrante.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- De Miguel Ibáñez, M.P. 2003a. "Impacto de la inmigración en el paritorio durante el año 2002. Datos cuantitativos y cualitativos. Hospital de la Vega Baja (Orihuela)". I Encuentro Nacional de Interrelación entre investigadores noveles y grupos consolidados de Investigación en Enfermería. CECOVA, 36: 101-103.
- De Miguel Ibáñez, M.P. 2003b. "Experiencia en el paritorio durante el año 2002 (Hospital de la Vega Baja, Orihuela). Impacto migratorio y comunicación". Investigación y cuidados, vol. 1 nº 2: 12-17.
- Fernández Molina, M.A. 2006. Antropología de los cuidados. Estudio de los cuidados a pacientes extranjeros hospitalizados desde la perspectiva de la enfermería transcultural. Consejo de Enfermería de la comunidad Valenciana. Alicante.
- Lenninger, M. 1999. "Cuidar a los que son de culturas diferentes requiere el conocimiento y las aptitudes de la Enfermería Transcultural". Cultura de los Cuidados, 6: 5-8.
- Martínez García, E. y López López, A.F. 2004. "Diferencias de morbilidad asociada al embarazo y de resultados obstétricos y perinatales entre mujeres inmigrantes y autóctonas". Matronas profesión, vol. 5, nº 17: 12-18.
- Martínez García, E.; Machado Ramírez, F.; López López, A.F. y Lucena Jiménez, H. 2001. "Mujeres inmigrantes en la Comarca del Poniente almeriense. Resultados obstétricos y perinatales". V Congreso Mundial de Medicina Perinatal. Meeting de Matronas. (inédito).



***VISITA BÁSICA DE ENFERMERÍA EN  
HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO***

Salvador de Haro Marin.  
*Unidad de Hospitalización a Domicilio. HGUA*



## INTRODUCCIÓN

Numerosos autores abogan por la utilización de informes –ingreso, valoración, protocolos, altas - en enfermería como instrumentos que posibiliten la conexión entre enfermería y el resto de los profesionales de la salud para garantizar la continuidad de los cuidados. A su vez, la continuidad en los cuidados también nos permite la comunicación entre los equipos.

La primera enfermera que habló e introdujo los registros de enfermería fue Florence Nigtingale, considerándolos como un instrumento esencial para el cuidado de los pacientes.

Virginia Henderson: nos dice que el cuidado está centrado sobre el mantenimiento o la recuperación de la persona en la satisfacción de sus 14 necesidades fundamentales. Consiste en sustituir a la persona por un tiempo, cuando no puede realizar por ella misma ciertas actividades ligadas a la salud. También incluyen actividades de enseñanza y apoyo para ayudar a la persona a recuperar lo más pronto posible su independencia en la satisfacción de sus necesidades.

Callista Roy: nos dice que la meta de enfermería es promover la adaptación de la persona.

Dorotea Orem: nos dice que la meta de enfermería es mantener la capacidad de la persona para ejecutar sus autocuidados.

M Leininger: nos dice que la enfermería es un arte y ciencia aprendida y humanística que se centra en conductas de cuidados personalizados bien individuales o de grupos, y de procesos dirigidos hacia la promoción, el mantenimiento de conductas de salud o la recuperación de enfermedades que tienen significación física, psico-cultural y social, para aquellos que están asistidos generalmente por una enfermera profesional. Considera el cuidado como uno de los conceptos más poderosos y el fenómeno particular de la Enfermería.

Francesc Torralba i Roselló: en su libro antropología del cuidar. Nos habla que Cuidar de un ser humano en su sufrimiento, en su dolor, o en su proceso de muerte no es un ejercicio automático, ni una sucesión premeditada de actos sino que se trata de un arte que abarca un saber antropológico y ético.

Los modelos de enfermería nos van a permitir trabajar de una forma estructurada, facilitan la recogida de datos, abarcar la totalidad de la persona cuando sufre una enfermedad o tiene problemas de salud.

Ducharme advierte de la necesidad de trabajar con un modelo o marco conceptual que permita precisar la contribución de los profesionales de enfermería en el

amplio campo de salud, y explique claramente al resto de miembros del equipo de salud y a la sociedad la naturaleza de nuestra disciplina.

Utilizar un Modelo de valoración como el de los Patrones Funcionales de Gordon, nos va a permitir trabajar de una forma estructurada, nos facilita la recogida de datos, abarcar de forma integral a la persona cuando sufre una enfermedad o tiene problemas de salud y nos va a permitir la aplicación de planes de cuidados y su posterior evaluación.

El proyecto IMAD (iniciativa para la mejora de la atención domiciliaria) nos habla de utilizar una metodología común para describir, identificar, tratar los cuidados enfermeros en atención domiciliaria. Dicha metodología permitirá que la comunicación entre nosotros y otros profesionales del equipo y usuarios paciente cuidador sea: clara y eficaz.

El catálogo de procedimientos del hospital a domicilio de la Generalitat Valenciana, nos habla de la visita básica enfermera en domicilio.

## **OBJETIVOS**

Planificación de la visita básica enfermería, en una Unidad de Hospitalización a Domicilio.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Diseño de una hoja de recogida de datos, basada en los Patrones Funcionales de Gordon los datos se recogerán en función de los 11 patrones funcionales.

Abarca a: pacientes cardíacos, respiratorios, paliativos, crónicos, anciano frágil, pluripatológicos, y quirúrgicos.

Se realizó un pilotaje con los estudiantes de enfermería de tercer año que rotan por nuestra unidad y se les pasó una encuesta para valorar la utilidad de la hoja. Se rellenaron 80 visitas básicas.

## **CONCLUSIONES**

- Favorece la recogida de datos de forma sistémica y ordenada.
- Transmite esos datos a los compañeros de forma clara y precisa.
- Se adapta a cualquier tipo de paciente y cuidador.
- Se requiere poco tiempo para rellenarla.
- Sirve de ayuda para los compañeros de nueva incorporación; así como a los estudiantes.
- Favorece la investigación.
- Mejora la calidad de atención.

## **DISCUSIÓN**

Los modelos conceptuales nos ofrecen la oportunidad de precisar nuestra identidad profesional. Explicar la naturaleza de nuestros servicios. Sistematizar nuestro quehacer al igual que otros profesionales. Nos permiten formular planes de cuidados, que van a ofrecer la continuidad de los cuidados



Todo cambio entraña dificultades, incertidumbre, ocasionando a veces importantes resistencias a estos cambios tan necesarios para práctica enfermera. El innovar en el campo de la práctica autónoma conlleva grandes desafíos que algunos consideran amenazantes. Por ellos es necesario un apoyo atento y especial a las enfermeras/os ; y sensibilizar a los centros hacia estos cambios; en la adopción de un modelo conceptual para nuestra práctica.

Es necesario que los centros docentes y los investigadores se impliquen cada vez más en los modelos conceptuales.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ducharme F. La importancia de la utilización de un modelo conceptual para la práctica de la enfermería en Gerontología. *Gerokomos* 1998;9(3):94-106
2. Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y Aplicación. 3ª edición. Barcelona: Mosby/Doyma;1996.
3. Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en Ciencias de la Salud; dirigido a médicos, enfermeras, administradores en salud pública y otros profesionales de la salud. Madrid: Interamericana/McGraw-Hill 1985:90-97.
4. Marriner A. Introducción al análisis de las teorías de enfermería. En: modelos y teorías de enfermería. Barcelona: Ediciones Rol 1989: 4-6 .67-75. 125-135
5. Francesc Torralba i Roselló. Antropología del Cuidar. Fundación Mafre 1998 Medicina 305-374.
6. Luis Cibanal. MªCarmen Arce. La Relación Enfermera Paciente. Secretariado de Publicaciones Universidad de Alicante. 1991.207-212.
7. Amezcua M. La calidad en la documentación clínica de enfermería. *Index* 1995; IV(11):15-20.
8. Côté. Modelos de enfermería. En: El proceso de investigación: de la conciencia a la realización. Madrid: Interamericana 1999:66-73.
9. INSALUD, Subdirección General de Atención Primaria. Proyecto Estandarización Planes de Cuidados de Enfermería . Madrid: INSALUD; 1999.
10. Ministerio de Sanidad y Consumo, INSALUD. Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de Atención Primaria. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 2001.
11. J.C Contel. J. Gené. M. Peya. Atención Domiciliaria. Organización y práctica. Springer-Verlag Ibérica, Barcelona 1999.
12. María Izal Fernández de Trocóniz. Ignacio Montorio Cerrato. Pura Díaz Vega. Cuando las personas Mayores Necesitan Ayuda. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO).
13. C. Alorda. J.M. Garau. J.M. Frau. M.M. Esteban.A. Bover.C.Vidal. B. Artigas. Patrones Funcionales de Salud y diagnósticos de enfermería en las Unidades de Medicina Intensiva. *Enfermería Intensiva*, volumen 7 nº1 enero-marzo 1996; 3-8.
14. Mª Luisa Ruiz García. Pascual Rizo Alfaro. Planificación de cuidados a pacientes con accidente vascular cerebral. *Enfermería Clínica*. Vol. 6 nº4; 158-163.
15. Cochran I et al . Cuidado del enfermo con ictus. *Nursing (ed.esp)* 1995; 1: 10-17.
16. CollierS. La Sra. Isern era algo más que la A.C.V de la 251. *Nursing (ed.esp)* 1993; 3: 34-36.
17. Jose Antonio Molina. Una Filosofía de la Ancianidad. *Rol* Abril 2004; 9-12.
18. Elisa Corujo Rodríguez. Domingo de Guzmán Pérez Hernández. Cuidados Paliativos en el Paciente Geriátrico.. *Avance en Cuidados Paliativos*. Tomo1; 471-485.
19. Juan Carlos Morilla Herrera. Francisco Javier Martín Santos. Consulta de Enfermería para Pacientes Crónicos. *Rev Rol* 2001; 24(6) 467-471.
20. Daniel McElroy, RN, BS. Karen Herbelin, RD,BS. Redacte un mejor plan de cuidados para el paciente. *Nursing* 88, agosto-septiembre;38-42.
21. J.Ceada Camero. S.Juan Jordán. Cuidados de enfermería en el anciano con AVC establecido. *Gerokomos* vol 9; nº4; noviembre 1998; 157-163.
22. Luis Cibanal. MªCarmen Arce. La Relación Enfermera Paciente. Secretariado de Publicaciones Universidad de Alicante. 1991.207-212.
23. Francesc Torralba i Roselló. Antropología del Cuidar. Fundación Mafre 1998 Medicina 305-374.

## **PATRONES FUNCIONALES: DESCRIPCIÓN**

- 1.- Patrón de Percepción y Control de la Salud: Valora: Hemodinámica. Alergias. Edad. Peso. Motivo por el que requiere asistencia. Analíticas. Manejo del tratamiento. Otras patologías. Hábitos tóxicos. Medicaciones que toma.
- 2.- Patrón Nutricional y Metabólico: Valora: Peso. Talla. Dietas. Gustos. Síntomas digestivos. Mucosa oral. Dentadura. Balance Hídrico. Desnutrición. Deshidratación.
- 3.- Patrón de Eliminación: Valora: Estreñimiento Diarrea. Incontinencia
- 4.- Patrón de Actividad y Ejercicio: Valora: Limitaciones de movimiento. Úlceras. Atrofias musculares. Trombos. Infecciones respiratorias.
- 5.- Patrón de Reposo y Sueño : Valora: Dificultad para conciliar el sueño. Horas de sueño. Ambiente en el que duerme. Signos que indican descanso insuficiente.
- 6.- Patrón Cognoscitivo y Perceptual: Valora: Nivel de conciencia. Dolor. Capacidad senso perceptiva. Dificultades para hablar, escribir, leer, lagunas de memoria etc...
- 7.- Patrón de Auto percepción y Autoconcepto: Valora: autoestima, imagen corporal impotencia, identidad personal.
- 8.- Patrón de Función y Relación: Valora: comunicación verbal. Aislamiento social. Relación con los cuidadores. Relaciones sociales. Soledad. Dependencia
- 9.- Patrón de Sexualidad y Reproducción: Valora: Aceptación de los cambios fisiológicos o corporales. Disfunción sexual .
- 10.- Patrón de Afrontamiento y Tolerancia al Estrés: Valora: Capacidad para resolver problemas. Síntomas o signos de estrés. Sistemas de apoyo; familia, amigos etc..
- 11.- Patrón de Valores y Creencias: Valora: Importancia de la religión y creencias. Confrontación entre los tratamientos, creencia y culturas. Armonizar las prácticas espirituales con la enfermedad.

## **VISITA BÁSICA DE ENFERMERÍA**

### **Etiqueta**

### **PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD**

Alergias: Sí  No  Edad:      Diagnósticos:  
Constantes:    TA:      F. Cardíaca:    F. Resp:    Sat O2    T<sup>a</sup>    DDT    02  
Respiratorio:    Disnea: Sí  No  Reposo    Esfuerzo    Almohadas para  
dormir    Sí  No  número:    Pitos: Sí  No  Resfriado    Sí  No   
Tos:    Sí     No     Seca    Productiva    Ahogo    Sí  No   
Uso de Broncodilatadores (Ventolin) durante más de tres días    Sí    No  
Esputo Normal  Abundante     Color: Claro  Verdoso  Marrón   
Manejo de inhaladores: Bueno       Malo   
Cardiológico      Edemas    Sí  No       MI      MMII  
Fármacos: Buen control       Mal control

### **ESTADO NUTRICIONAL-METABÓLICO:**

Alimentación Adecuada: Sí  No  Peso SNG: Sí  No  Náuseas: Sí  No   
Vómitos: Sí  No  Dificultad para deglutir: Sí  No   
Ostomías Sí  No  Heridas-Úlceras: Sí  No

Mucosa oral: Normal  Micosis  Costras  Seca   
Hidratación adecuada: Sí  No  Déficit de líquidos: Sí  No   
Astenia: Sí  No  Decaimiento: Sí  No

### **ELIMINACIÓN:**

Diuresis: Adecuada Sí  No  SV: Sí  No  Pañales: Sí  No   
Estreñimiento Sí  No  Fecalomas Sí  No  Precisa ayuda Sí  No

### **ACTIVIDAD-EJERCICIO:**

Movilidad: Buena  Mala  Encamada  Cama-Sillón   
Autónomo: Sí  No  Precisa ayuda para las actividades básicas de la vida diaria. Sí  No

### **DESCANSO-SUEÑO:**

Bueno  Malo  Pesadillas Sí  No  Duerme de día Sí  No   
Precisa ayuda Sí  No

### **COGNITIVO-PERCEPTIVO**

Nivel de conciencia: Consciente  Orientado  Somnoliento   
Confuso  Estuporoso   
Alteraciones sensoriales: Sí  No  Vista Oído Olfato Trastornos  
cinestésicos: Sí  No   
Dolor: Sí  No  Eva: AINES MORFICOS: PARCHES MST  
Dosis: Dosis de Rescate: Sí  No  Sebredol Jarabe de Browpton  
Actiq Otros.

### **AUTOPERCEPCIÓN :**

Cómo se siente: Bien  Mal  Regular  Miedos Sí  No   
Se enfada con frecuencia Sí  No

### **ROL—RELACIONES:**

Cuidador: Esposa-Marido Sí  No  Hijos Sí  No  Persona contratada Sí   
No  Competentes. Sí  NO  Cansado Sí  NO   
Paciente: Colaborador Sí  No  Tiene visitas de amigos Sí  No   
Problemas en la familia Sí  No   
Comunicación con el personal sanitario: Buena  Difícil   
Comunicación con la Familia: Buena  Difícil

### **AFRONTAMIENTO-TOLERANCIA AL ESTRÉS**

Tranquilo  Ansioso  Depresivo   
Precisa ayuda fármacos Sí  No  Alguien con quien hablar Sí  No

### **VALORES-CREENCIAS:**

La religión es importante en su vida Sí  NO   
Le ayuda en las dificultades Sí  No

### **PROBLEMAS ACTUALES:**

PLAN:

## 12. MESA DE TRABAJO N.º 2

Moderada por: **D. Eutropio Moreno Nuñez**, *Enfermero de Hemodiálisis del H.G.U.A.*

### “EVIDENCIAS APLICADAS A LOS CUIDADOS”

#### INTRODUCCIÓN

Desde su origen el ser humano ha necesitado cuidados y, en este sentido, se puede afirmar que la enfermería es una profesión unida a la existencia del hombre. La enfermería es un pilar indispensable en los cuidados. Cuidar es la base de nuestra profesión, que a lo largo de la historia, las enfermeras y los enfermeros hemos realizado de diferentes maneras.

Históricamente nuestra función estaba ligada a actividades de ayuda a otros profesionales y construida fuera de los canales de la ciencia. Nos basábamos en los conocimientos aprendidos durante el ciclo formativo, de indicaciones de otros profesionales, de la tradición, la intuición, la costumbre o de la propia experiencia profesional. Aunque podría parecer lo más lógico, rara vez se apoyaban en recomendaciones de estudios científicos con rigor metodológico. Esta situación pudo producir un escaso progreso de la enfermería y una disminución de la calidad de cuidados en todas las especialidades enfermeras.

Pero hace algunos años (especialmente a partir de la integración universitaria en 1977 ) nos dimos cuenta de que todo esto no era suficiente para poder prestar al paciente y a la sociedad en general unos cuidados de calidad eficaces con los recursos que disponíamos hasta entonces. Y así los cuidados de enfermería han ido mejorando según se han ido introduciendo medidas para su desarrollo, tales como la formación continuada; la gestión asistencial de cuidados enfermeros; la elaboración de planes de cuidados (que permiten registrar las intervenciones enfermeras y garantizar la continuidad e individualidad de los cuidados); y por último la elaboración de guías y protocolos, tan necesarios para unificar y consensuar criterios entre los profesionales. Todo ello ha permitido grandes logros en nuestro desarrollo y reconocimiento disciplinar.

A pesar de este esfuerzo por parte de todos los profesionales de la enfermería, se cree que existe todavía un distanciamiento importante entre la investigación y la práctica.

Tenemos que ser conscientes de que es posible mejorar los cuidados que prestamos a la sociedad en el hospital, en los centros de salud, en sus casas, en la escuela o en cualquier parte de la comunidad y desarrollarnos como profesión y disciplina.

Esto no sólo se consigue con la motivación que en la mayoría de los casos ponemos los enfermeros, también hace falta que seamos capaces de investigar y aplicar los resultados de las investigaciones en la práctica diaria.

La complejidad del ser humano como objeto de estudio y la relación de ayuda que la enfermera ha de establecer para ejercer su profesión, implican multitud de variables ( personales, socioculturales o ambientales ) que pueden influir en los pacientes y en los enfermeros, tales como interpretaciones distintas de un mismo hecho o fenómeno por ambas partes. Todo ello nos hace ver que el método científico puro utilizado por la medicina y otras ciencias, puede tener sus limitaciones. Es necesario que la enfermería se plantee el método de investigación idóneo para cada aspecto de los cuidados objeto de análisis, que no desprecie el valor del razonamiento y sobre todo, que sea capaz de mantener una actitud crítica en relación al significado de la palabra cuidar, de esta forma la orientación de la investigación contribuirá a aumentar y mejorar el cuerpo de conocimientos de enfermería.

La evidencia científica a través del proceso de Enfermería Basada en la Evidencia ( EBE ) podría ser, según algunos expertos, el modelo o paradigma de reciente aparición que haga compatible con la ciencia la práctica de los cuidados. Pero no debe llevarnos a confusión que la medicina o la enfermería basadas en evidencias lleve a la verdad absoluta, ya que no es un concepto estático sino en construcción, dependiente de los avances de la ciencia y de los nuevos descubrimientos.

Este modelo nos hace ver que la no utilización de las evidencias como base para los cuidados, propicia que se asuman prácticas presentes en los contextos de salud desde hace mucho tiempo que puedan estar obsoletas, se perpetúen mitos o que no se formulen preguntas que respondan a dudas sobre cuales son los mejores cuidados que podemos dar las enfermeras y los enfermeros a la comunidad.

## **ANTECEDENTES DE LA ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA (EBE)**

En la década de los 80 en Canadá y Gran Bretaña aparece la denominada “práctica basada en la evidencia” junto con el concepto “medicina basada en la evidencia” ( MBE ) como paradigma alternativo a la actuación clínica basada exclusivamente en la opinión o la tradición, ya que engloba a todas estas, y promueve la toma de decisiones según la mejor evidencia científica disponible. Desde entonces, surgen organizaciones sanitarias y académicas, grupos de profesionales, publicaciones, bases de datos y cursos de formación a nivel mundial destinados a divulgar, impulsar y aplicar la práctica clínica basada en la evidencia. En enfermería ( Estados Unidos, Canadá y Gran Bretaña ) aparecen los primeros trabajos en 1996 y en los primeros meses de 1997, como refiere Teresa Icard, aparecen en la base MEDLINE 55 referencias con el lexema evidence based and nursisng, pero surgen más como una continuidad de lo surgido en medicina que como una necesidad de la enfermería. En España comienzan aparecer los primeros trabajos en 1999 de una manera introductoria, en el 2002 tiene lugar en Granada la primera reunión sobre EBE y se publican los resultados de un programa formativo sobre la EBE a 22 enfermeras de 16 hospitales del servicio vasco de salud. Actualmente varias revistas de enfermería española como Enfermería Científica, Enfermería Clínica, Index de enfermería y otras de especialidades como Enfermería Nefrológica publican trabajos sobre la evidencia científica o dedican apartados especiales.

## QUE ES LA EBE

Los expertos no se han puesto de acuerdo en una definición clara sobre la enfermería basada en la evidencia que la distinga de la enfermería basada en la investigación que todos conocemos. M. Teresa Icart, DUE y Doctora en Medicina, la define en 1999 como “un proceso en el que los problemas se presentan como preguntas cuya respuesta se busca y evalúa sistemáticamente a partir de los resultados de la investigación más reciente ( evidencia externa ) combinados con la experiencia profesional ( evidencia interna ) y a esto se le suma la opinión y preferencias del cliente/usuario que sirve de base para la toma de decisiones”. Este concepto está basado en la MBE ( medicina basada en la evidencia ) que en 1997 el profesor Sackett la definió como “la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada paciente.”

El profesor Sackett y Cols describen cinco etapas en la MBE:

1. Elaborar preguntas susceptibles de respuesta.
2. Localizar las mejores evidencias para responder a las preguntas planteadas, normalmente en la bibliografía.
3. Valorar la validez ( proximidad a la verdad ) y la utilidad ( aplicabilidad clínica ) de las evidencias encontradas.
4. Aplicar los resultados a nuestra práctica clínica.
5. Evaluar los cambios realizados, los resultados obtenidos tras la aplicación de la evidencia.

En la búsqueda de la evidencia en medicina, los médicos utilizan dos instrumentos principales: la revisión sistemática y el metaanálisis. La investigación en la MBE es experimental, basada en la ciencia pura y dura de la estadística y las matemáticas ( investigación cuantitativa desprecia la cualitativa ) y su método es el ensayo clínico. Este método puede ser muy fundamentalista y llevar en algunos casos a que el método predomine sobre el fin.

Gálvez Toro en su libro: “Enfermería basada en la evidencia ( EBE ). Como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados,” nos hace ver que se debe caracterizar por el uso de la investigación cuantitativa y cualitativa. Mejor aún caracterizada por la búsqueda de evidencias de calidad más allá del diseño de la investigación, ya que ésta, no debe hacernos abandonar la visión global de los cuidados y de la persona.

Una idea de la enfermería basada en la evidencia según Gálvez, sería un nuevo planteamiento para la toma de decisiones sobre el cuidado, basado en la localización e integración de las mejores pruebas científicas procedentes de la investigación original y aplicables a las distintas dimensiones de la práctica enfermera. Los elementos que la conceptualizan son los siguientes:

- 1 Movimiento de naturaleza académica que pretende integrar investigación y necesidades de la práctica.
- 2 Es una investigación secundaria que busca hallazgos útiles para la práctica enfermera mediante el estudio y análisis de investigaciones primarias y originales.

- 3 Pretende ser punto de encuentro entre las investigaciones de calidad y las necesidades reales de las enfermeras y los pacientes en los cuidados de la salud.
- 4 La evidencia cuenta con instrumentos de síntesis que hacen posible la difusión rápida y comprensible de las pruebas que aporta la investigación.

### **A QUÉ MOTIVOS RESPONDE LA EBE**

1. Variabilidad en los estilos de práctica clínica: necesidad de especificar criterios de idoneidad.
2. Variación en la utilización de recursos sanitarios.
3. Incertidumbre respecto al beneficio de las tecnologías nuevas y las tecnológicas ya adoptadas.
4. Aumento del gasto sanitario: necesidad de una gestión más eficiente de los recursos.
5. Exceso de información científica que no puede ser analizada ni asimilada con celeridad.
6. Existencias de influencias extrañas de base científica no demostrada.
7. Falsas presunciones fisiopatológicas: hipótesis no contrastadas mediante estudios científicos con rigor metodológico.
8. Aumento creciente de la demanda de servicios sanitarios: Necesidad de encontrar el equilibrio entre los criterios de equidad, eficiencia y calidad.

### **FASES DE LA EBE**

Formulación de una pregunta estructurada.

La pregunta puede referirse a necesidades, diagnósticos de enfermería, planificación-aplicación de cuidados y evaluación. La pregunta debe definir el problema del modo más específico posible, de forma que nos permita encontrar los documentos que satisfagan nuestro interrogante.

Estrategia de búsqueda de la mejor evidencia. ( Revisión Bibliográfica, Revisión Sistemática y Metaanálisis )

#### **- Revisión Bibliográfica**

Una vez que hemos definido la pregunta clave susceptible de respuesta, debemos poder traducirla a una estrategia de búsqueda para responderla.

1. Identificar el tema o concepto principal.
2. Aspecto del tema que me interesa.
3. Definir el tipo de paciente sobre el que quiero aplicar la información obtenida.
4. Traducción de la pregunta al lenguaje documental. Un lenguaje lógico y codificado que entienda el sistema. La traducción implica, a veces, buscar los mismos términos en el idioma del fondo bibliográfico o base de datos que interrogamos, en otras, se hace necesario el uso de diccionarios y vocabularios especializados como el thesaurus.

### **Nociones generales para una búsqueda:**

El uso de operadores lógicos o booleanos permiten definir relaciones entre términos:

**AND ( Y ).** Representa intersección. Al unir términos de búsqueda con el operador AND indica que se desea localizar documentos que contengan todos los términos. Si buscamos información sobre vacunación antigripal la sintaxis correcta sería: vacunación AND gripe.

**OR ( O ).** Representa unión. Cuando cualquiera de los términos de búsqueda unidos por el operador deba aparecer en los resultados. Si buscamos información sobre vacunación y queremos ampliar la búsqueda, la sintaxis correcta sería: vacunación OR inmunización.

**NOT ( NO ).** Representa exclusión. Excluye documentos no deseados cuando en la búsqueda utilizamos un término habitualmente encontrado en conexión con un tema no relacionado. Si buscamos información sobre vacunación y queremos excluir toda información sobre vacuna antigripal la sintaxis correcta sería: vacunación NOT gripe.

**USO DE COMILLAS ( “ ” )** Si queremos encontrar un frase en forma textual la meteremos entre “ “. Por ejemplo: “tratamiento del cólico nefrítico”.

**TRUNCAMIENTO ( \* ).** El uso del asterisco después de la raíz de un término, como un comodín, permite buscar todas las posibles variantes que esa raíz posea. Si ponemos mening\* buscará meningitis, meningococo, meningoencefalitis, etc.

**NIDACIÓN DE CONCEPTOS ( ).** El uso de paréntesis permite la agrupación de términos y el orden en que deben aplicarse los operadores booleanos y sus relaciones. Ejemplo: televisión AND (niños Or adolescentes), dará como resultado el efecto de la televisión en niños y adolescentes.

### **1. Tipo de fuente que mejor puede responder a mi pregunta. Bases de datos. Ejemplo de secuencia de búsqueda bibliográfica:**

1. Localizar documentos primarios en revistas o libros de texto de las bibliotecas más próximas, como las del centro de trabajo o la universidad.
2. Consultar bases de datos en español y de enfermería como CUIDEN, CUIDATGE, BDIE Y LILACS.
3. Consultar bases de datos de biomedicina en español como IME y LILACS.
4. Consultar bases de datos internacionales de enfermería. Tienen el problema del idioma y la recuperación de los documentos primarios, que puede ser más complicado al no estar en nuestras bibliotecas. Las bases son: International Nursing Index ( INI ) y el Cumulative Index to Nursing & Allied health Literatura ( CINAHL ).
5. Consultar bases de datos internacionales. Requiere un conocimiento profundo de las bases de datos. Estas bases son: MEDLINE, Embase y Current Contents.
6. Las bases de datos presentadas tienen coberturas diferentes, lo que significa que cuantas más usemos más posibilidades tenemos de lograr un buen resultado.



2. Respuesta a la interrogación y selección de documentos: es el momento de evaluar la información seleccionada. Leeremos cada una de las referencias bibliográficas y los resúmenes que tienen, descartando aquellas que no nos sean útiles. Si no es satisfactoria habrá que iniciar otro proceso de búsqueda
3. Recuperación del documento primario: se trata de conseguir los libros, artículos o comunicaciones de la información que hemos seleccionado, es decir, el paso de la información primaria a la secundaria.
4. Análisis y selección de los documentos recuperados: debemos desechar los documentos que no nos van a ser útiles porque no estudien de manera directa lo que nos interese o por otros motivos.
5. Síntesis de la búsqueda bibliográfica. Resultados de la búsqueda bibliográfica: hacer una síntesis de toda la información recogida para que sea posible la comparación entre los distintos autores.

### **- Revisión Sistemática ( RS )**

Podríamos decir que la RS es la revisión bibliográfica de la evidencia científica. Es un ejercicio exhaustivo de investigación secundaria que pretende recopilar toda la información del tema que nos interesa, utilizando criterios explícitos y métodos validados para valorar la calidad de la investigación y sus resultados. López Arrieta nos describe un proceso de 8 etapas para realizar una revisión sistemática. Estas son:

1. Establecer los objetivos de la revisión y delimitar los criterios de selección: al igual que en la revisión bibliográfica, se realiza la definición de la pregunta de búsqueda sobre nuestra práctica diaria en el cuidado de los pacientes, ya sea a nivel clínico, docente o de gestión.
2. Búsqueda de los estudios que reúnan los criterios de selección: localización de la mejor evidencia mediante la búsqueda bibliográfica en las fuentes documentales, utilizando varias bases de datos. Para ello se necesita un conocimiento profundo de las bases de datos, su organización y estructura. En primer lugar hay que buscar si alguien ha realizado una revisión sobre nuestro problema, para ello acudiríamos a la base de datos de revisiones sistemáticas de la Biblioteca Cochrane. Ésta agrupa un número creciente de centros en todo el mundo para preparar, mantener y diseminar revisiones sistemáticas de toda la información publicada sobre todas las áreas de atención sanitaria que hayan sido realizadas con ensayos clínicos aleatorizado ( ECA ). Si no encontramos resultados buscaremos en fuentes documentales sobre evidencia científica o en las bases de datos generales ya citadas en la revisión bibliográfica ( CUIDEN, CINAHL, IME, etc. ).
3. Tabular las características de cada estudio identificado y examinar su calidad metodológica. Existen varias escalas para jerarquizar el grado de evidencia científica. La más conocida es la adaptada de Novell AJ y Navarro MD de mayor a menor evidencia.
  1. Ensayo controlado y aleatorizado con muestra grande.
  2. Ensayo controlado y aleatorizado con muestra pequeña.

3. Ensayo controlado no aleatorizado.
4. Estudio de cohortes.
5. Estudio de casos-controles.
6. Estudio transversal.
7. Series clínicas no controladas.
8. Estudios descriptivos ( Vigilancia epidemiológica ).
9. Anécdotas o casos clínicos.
10. Aplicar los criterios de selección y justificar las exclusiones.
11. Reunir el mayor número posible de datos con la incorporación de los investigadores de los ECA.
12. Analizar los resultados. Si es posible hacer una síntesis estadística de éstos ( metaanálisis )
13. Realizar análisis de sensibilidad, si es apropiado y posible.
14. Preparar un informe estructurado de la revisión, exponiendo los objetivos, describiendo los materiales y métodos, exponiendo los resultados y extrayendo las conclusiones. Con este informe sobre todo se pretende que nuestra labor sea llevada a la práctica.
15. –Metaanálisis

Uso de técnicas estadísticas en las revisiones sistemáticas para integrar los resultados de los diferentes estudios incluidos. Consiste en el análisis estadístico de una combinación de resultados de ensayos clínicos independientes, mediante una metodología objetiva estandarizada.

Existen pocos trabajos de metaanálisis publicados por enfermeras/os con los parámetros que exige el ensayo clínico, pero cada vez empiezan a aparecer en las bases de datos más trabajos basados en estudios observacionales, que pueden ayudar a resolver problemas que difícilmente podrían resolver los ensayos clínicos aleatorizados. Los autores han identificado cuatro fases para realizar un metaanálisis:

1. Identificar los estudios con información relevante.
2. Definir los criterios de inclusión y exclusión de los estudios.
3. Resumir los datos de estos estudios seleccionados.
4. Analizar mediante técnicas estadísticas estos datos.

### **Evaluación crítica de la validez y utilidad**

En los apartados finales de la revisión bibliográfica y la revisión sistemática ya hemos definido que hay que elaborar un informe que resuma las evidencias desprendidas de la investigación secundaria y su aplicación en la práctica.

### **PERSPECTIVAS DE LA EBE Y LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

En la actualidad la enfermería está generando una gran cantidad de evidencias que sustentan con solvencia la práctica de los cuidados. Esto es importante si tenemos en cuenta que hace pocos años que los estudios de enfermería se incorporaron a

las universidades. El problema principal radica en el traspaso de dichas evidencias a la práctica diaria.

Para ayudar a crear una cultura de EBE se deben definir con claridad los conceptos en que se basa y su aplicación en la práctica. Para ello es imprescindible programas de formación pregrado y posgrado que formen al estudiante y al profesional en investigación, muy especialmente en estrategias de búsqueda bibliográfica y análisis críticos. Pero no debemos olvidar que los cuidados enfermeros nunca serán una fórmula matemática inmutable cuantitativa o cualitativa. La experiencia personal y el saber de cada uno va a seguir siendo un elemento muy importante en los cuidados de un ser humano en el que no existen situaciones iguales, pacientes iguales, circunstancias iguales ( esto es una evidencia ).

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Gálvez Toro A. Enfermería Basada en la Evidencia. Como incorporar la investigación a la práctica de los cuidados. Cuadernos metodológicos Index 1. Granada: Fundación Index, 2001.
2. Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina Basada en la Evidencia. Como ejercer y enseñar la MBE. Londres: Churchill Livingstone, 1997.
3. Icart Isern MT. Enfermería basada en la evidencia ( EBE ): un nuevo desafío profesional. Enfermería Clínica. 1998; 8 (2): 77-83.
4. Asiaín MC. La práctica de enfermería basada en la evidencia. Enfermería Intensiva 9 (4): 139-140.
5. Zaforteza C, Gómez-Salgado J. Desmontando mitos: Un modelo aplicado de difusión de evidencias. Evidentia 2005 enero-abril; 2(4).
6. López Arrieta J, Quizilbash N. La medicina basada en pruebas: revisiones sistemáticas. La Colaboración Cochrane. Med Clin 1996;107:581-585.
7. Balagué Gea L. Revisiones sistemáticas. Qué són y cuál es su utilidad en enfermería. Enferm Clínica 12(5):224-229.
8. Passalenti M. La gran dificultad: aplicar las evidencias a los cuidados cotidianos. Evidentia 2006 en-feb; 3(7).
9. Gálvez Toro A. Actualidad de la Enfermería Basada en la Evidencia. Superando la “evidencia Científica”: la Metasíntesis. Index de Enfermería Digital 2003; 40-41.
10. Limón Cáceres E. Investigación en enfermería. La enfermería basada en la evidencia. Enfermería Nefrológica. 7:35-38. Artículo de revisión.
11. Sedgewick JM. Cuidado nefrológico basado en la evidencia. EDNA-ERCA-JOURNAL. 3 jul-sep 2003; 147-152

## COMUNICACIONES DE LA MESA

### **1ª. Tolerancia al tratamiento betabloqueante+IECA en la insuficiencia cardiaca dependiendo del momento de administración**

Teresa Rodríguez Valero. Francisco Valero Gallardo, Elisa Fontangordo Ponzoa, Emilia Guevara Vera, Natalia Torres Cruzado, Eva Oncina García, Margarita Macia Navarro, Josefa Jiménez Jiménez, Ana Blanes Lázaro y María Ortiz Algarra. *Neumología. H. San Juan*

### **2ª. Aplicación de la técnica de relajación de Schultz por los alumnos de 1º de enfermería en el entorno hospitalario. Experiencia piloto**

Miguel Castells Molina, Mª Angeles Gómez Valiente y Mª Teresa Picazo Molla. *Neumología. HGUA*

### **3ª. Acto transfusional y Hemovigilancia**

Ana Belén San Roque Navarro, Irene Cores Alcañiz, Mª Dolores Valero Magdalena, Mª Angeles Sánchez Terrones y Mª Dolores Tornero Tomás. *B. de Sangre. HGUA*

### **4ª. Estudio de la técnica de inhalación en pacientes con enfermedades respiratorias**

Vanesa Sevilla Bellido, Inmaculada Lassaletta Goñi, Mercedes Álvarez González, Santos Asensio Sánchez, Rocío Jiménez Moreno y Santiago Romero Candeira. *Neumología. HGUA*

### **5ª. Administración de citostáticos en reumatología**

Isabel Garrigos Gordo. *CC.EE. Reumatología. HGUA*

***TOLERANCIA AL TRATAMIENTO  
BETABLOQUEANTE+IECA EN LA  
INSUFICIENCIA CARDIACA DEPENDIENDO  
DEL MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN***

Teresa Rodríguez Valero, Francisco Valero Gallardo, Elisa Fontangordo Ponzoa,  
Emilia Guevara Vera, Natalia Torres Cruzado, Eva Oncina García, Margarita Macía  
Navarro, Josefa Jiménez Jiménez, Ana Blanes Lázaro y María Ortiz Algarra.

*Neumología. H. San Juan*





## TOLERANCIA AL TRATAMIENTO BETABLOQUEANTE + IECA EN LA INSUFICIENCIA CARDIACA DEPENDIENDO DEL MOMENTO DE ADMINISTRACIÓN.



Francisco Valero Gallardo, Teresa Rodriguez Valero, Elisa Fontangordo Ponzo, Emilia Guevara Vera, Natalia Torres Cruzado, Noelia Rodriguez Blanco, Eva Oncina García, Margarita Maciá Navarro, Josefa Jimenez Jimenez, Elvira Conca Molina

Servicio de hospitalización de la unidad de Cardiología.  
Hospital Universitario San Juan (Alicante)



## INTRODUCCIÓN

- ◆ **La insuficiencia cardiaca (IC) es un motivo frecuente de ingreso hospitalario:**
  - 50.000 Nuevos casos al año en ESPAÑA
  - 5% de las entre 65 y 75 años
  - 10% de los mayores de 75 años
  - 70% muere antes de los 10 años de diagnostico
  - 40-50 % mortalidad anual entre los pacientes con sintomatología desarrollada
  
- ◆ **El tratamiento de estos pacientes implica la utilización de múltiples fármacos, entre ellos los IECA y betabloqueantes, que han demostrado una mejoría del pronóstico de estos pacientes.**



## OBJETIVO

- ◆ ANALIZAR EL COMPORTAMIENTO DE LAS TAS EN PACIENTES INGRESADOS POR IC TRATADOS CON IECA (RAMIPRIL) Y BETABLOQUEANTES (CARVEDILOL) DEPENDIENDO DEL HORARIO DE ADMINISTRACIÓN



## METODO

- ◆ 17 pacientes ingresados por IC y tratados con carvedilol como betabloqueante y un IECA de administración única diaria (ramipril).
- ◆ Registro de TA Y FC lo largo de la mañana (9:30h, 11:30h, 13:30h y 15:30h) hasta el alta del paciente o los 7 días de ingreso.
- ◆ Distribución aleatoria en 2 grupos:
  - IECA+Betabloqueante en desayuno (9,30h)
  - Betabloqueante en desayuno+IECA en comida(13,30)



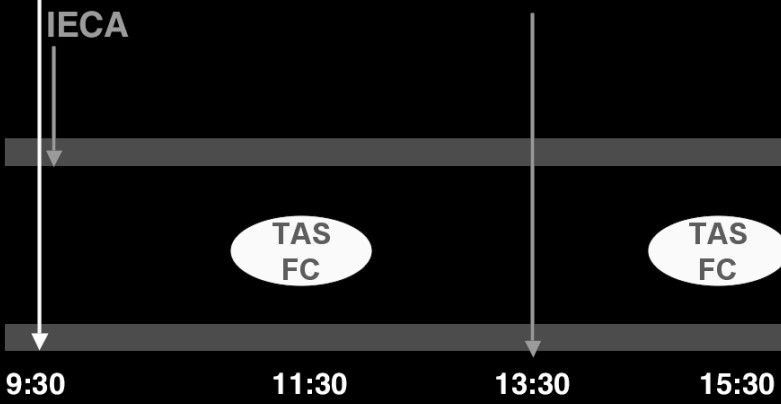


TOLERANCIA AL TRATAMIENTO BETABLOQUEANTE + IECA

IECA+Betabloqueante en desayuno (9,30h)

**Carvedilol**

**IECA**

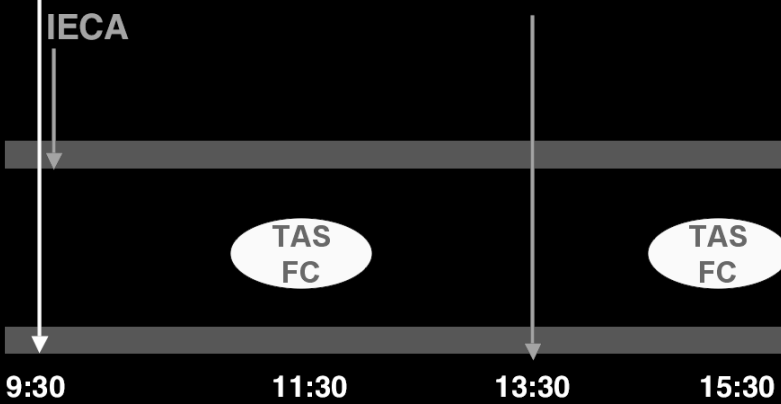


TOLERANCIA AL TRATAMIENTO BETABLOQUEANTE + IECA

IECA+Betabloqueante en desayuno (9,30h)

**Carvedilol**

**IECA**





## METODO: HOJA DE REGISTRO

- ◆ ANTECEDENTES: \_ FACTORES DE RIESGO  
\_ CARDIOPATIA
- ◆ FUNCION VENTRICULAR
- ◆ BNP AL INGRESO/ALTA
- ◆ TRATAMIENTO AL INGRESO/ALTA
  - DOSIS BETABLOQUEANTE, IECAS, DIURETICOS
- ◆ EFECTOS SECUNDARIOS:
  - HIPOTENSION SINTOMATICA/ASINTOMÁTICA
  - BRADICARDIA SINTOMATICA/ASINTOMÁTICA



## RESULTADOS

- ◆ Se incluyeron 17 pacientes:
  - 10 mujeres [62,5%]; edad media 77,7(± 4,6 años).
  - 7 hombres
- ◆ La mayoría de pacientes ingresaron por IC con función sistólica conservada (10 [62,5%])



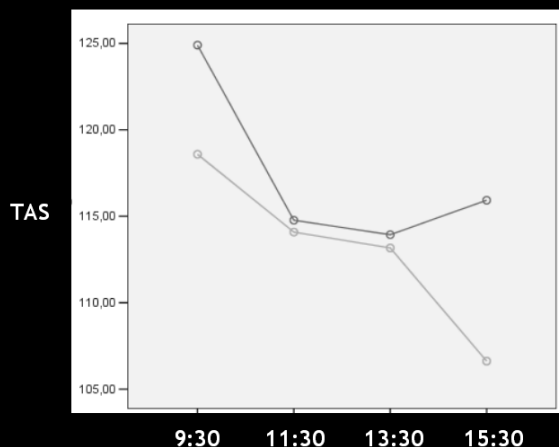
## RESULTADOS

- ◆ Cuando consideramos de forma conjunta todos los pacientes con IC, en ambos grupos de tratamiento hay un descenso progresivo y similar de las cifras de TAS hasta las 13:30 horas.
- ◆ En el grupo de tratamiento separado, este descenso continúa hasta las 15:30 horas, mientras que en el grupo de tratamiento conjunto ya no se consigue mayor descenso.



—— IECA + Betabloqueante administrados conjuntamente

—— IECA + Betabloqueante administrados con 2 horas de diferencia





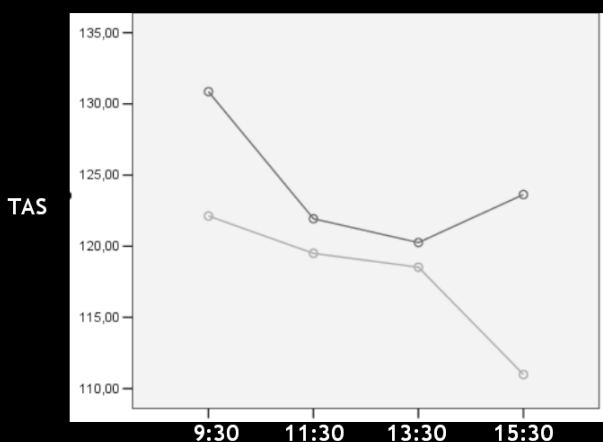
## RESULTADOS

- ◆ Este comportamiento es similar cuando se considera por separado el grupo de pacientes con IC y función conservada.



## FUNCIÓN SISTÓLICA CONSERVADA

- IECA + Betabloqueante administrados conjuntamente
- IECA + Betabloqueante administrados con 2 horas de diferencia





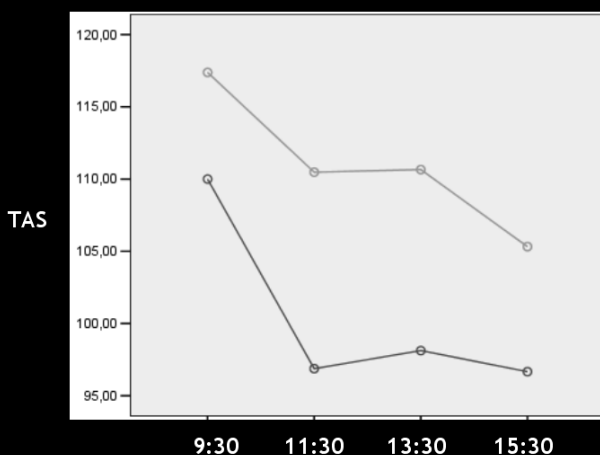
## RESULTADOS

- ◆ En el grupo de pacientes con disfunción ventricular, la administración conjunta produjo un brusco descenso de la TAS (110 [14.1] mmHg 9:30h y 96,9 [6.2] mmHg 11:30h;  $p < 0,001$ ), manteniéndose a partir de ese momento en niveles similares hasta las 15:30 horas.
- ◆ Por el contrario, en el grupo de administración separada, el descenso de la TAS fue más gradual a lo largo de la mañana (117,4 [5.3] mmHg 9:30h, 110.5 [9.9] mmHg 11:30h, 110.7 [5.1] mmHg 13:30h y 105,3 [5.8] mmHg 15:30h).



## FUNCIÓN SISTÓLICA DEPRIMIDA

- IECA + Betabloqueante administrados conjuntamente
- IECA + Betabloqueante administrados con 2 horas de diferencia





## CONCLUSIONES

- ◆ **La administración de betabloqueantes e IECA de forma separada para el tratamiento de la IC resulta en un mejor control de la TAS en pacientes con función ventricular preservada.**
- ◆ **En pacientes con función ventricular deprimida la administración separada resulta en un descenso más progresivo de la TAS.**
- ◆ **En este último grupo de pacientes, la administración separada puede mejorar la tolerancia a la medicación y disminuir el riesgo de hipotensión sintomática.**

***APLICACIÓN DE LA TÉCNICA  
DE RELAJACIÓN DE SCHULTZ POR LOS  
ALUMNOS DE 1º DE ENFERMERÍA  
EN EL ENTORNO HOSPITALARIO.  
EXPERIENCIA PILOTO***

Miguel Castells Molina\*, M<sup>a</sup> Ángeles Gómez Valiente\*\*, M<sup>a</sup> Teresa Picazo Molla \*\*\*

*\*Supervisor del servicio de neumología, profesor asociado del departamento de enfermería impartiendo la asignatura de enfermería y terapias alternativas; y licenciado en antropología.*

*\*\*Enfermera del servicio de neumología y licenciada en antropología.*

*\*\*\*Enfermera del servicio de cirugía cardio-torácica.*





## INTRODUCCIÓN

Podemos observar que desde el último tercio del siglo pasado aparecen en los países industrializados distintas terapéuticas ajenas al modelo sanitario Occidental que es el oficial y hegemónico por antonomasia.

Dado el gran número de movimientos migratorios y la coexistencia de distintas y variadas culturas es coherente pensar en que cada grupo apele a diversas formas terapéuticas de las que la cultura dispone y/o pone a su servicio. (1)

Así, en el proceso de enfermar tenemos:

- Por una parte, lo derivado de la patología en sí misma (disease), en manos de la medicina puramente académica
- Por otro, la experiencia y vivencia de la enfermedad (illness).
- De la inferencia entre la patología y su percepción en un contexto sociocultural determinado, se dota de significación social a esos signos conductuales y biológicos (sobre todo los de origen patológico) y se convierten en síntomas y hechos socialmente significativos (sickness).

Por consiguiente, enfermar no es sólo un fenómeno patológico sino también un hecho social.

Históricamente ha existido una estrecha línea entre la Historia de la medicina y otros procesos de sanación. No será hasta el s. XVIII y XIX cuando la medicina científica no establezca su hegemonía y se separe de un llamado “cajón desastre” de prácticas tradicionales y/o exóticas que debían ser aculturadas por asistemáticas, irracionales y supersticiosas (1).

Sin embargo, el movimiento natural de la población supone una reformulación del proceso de enfermar, con la inclusión del discurso preventista y la búsqueda de soluciones socioculturales (donde tienen cabida las terapias o medicinas complementarias y/o alternativas –MAC-) (1). No se puede entender la significación y el campo de aplicación de estas terapias sin profundizar en el concepto del “Ser Humano” como destinatario de cualquier actividad sanitaria ya que al enfermar no sólo lo hacemos físicamente sino que también repercute en nuestra vida y se puede influenciar desde el entorno (2).

De este hecho se desprende que, como profesionales de Enfermería en continuo contacto con los pacientes/clientes seamos considerados como el enlace idóneo entre las terapéuticas alternativas y las convencionales.

Ciertamente el desarrollo de la enfermería en los últimos años ha sido de claro avance, introduciéndose importantes cambios conceptuales en la práctica (procesos

de enfermería y los modelos y teorías de los cuidados) y adoptando una visión holística e integral del Ser Humano (3) donde se le hace partícipe al paciente /cliente de su proceso.

Así las MAC responden:

- A esa demanda de implicación continua y activa por parte de la persona (a diferencia de la medicina tradicional).
- Esta participación se lleva a cabo buscando un significado que va más allá de la sintomatología, se busca la recuperación del equilibrio con el entorno/ambiente, como ya anunciaba la teórica Callista Roy “el receptor de los cuidados tiene un rol activo....que interactúa constantemente con el entorno cambiante. Es un sistema adaptativo que utiliza mecanismos de afrontamiento innatos o adquiridos para enfrentarse contra los agentes estresantes”. (3)

Y es en la adquisición de esos mecanismos de afrontamiento donde la Enfermería tiene un importante papel por ser la figura más próxima al paciente (4,5).

Ante la tendencia hacia la globalización cultural, debemos estar capacitados para entender las distintas terapias complementarias, su compatibilidad con otras formas de tratamiento biomédico así como su aceptación dentro de las tradiciones de una determinada cultura (3,4,5).

## **ESTADO DE LA CUESTIÓN**

Apostamos por la terapéutica integrativa que como define la NCCCAM (National Center for Complementary and Alternative Medicine), principal organismo de gobierno federal de los Estados Unidos para la investigación científica sobre medicina complementaria y alternativa, es la combinación de terapias médicas formales y terapias de la medicina complementaria y alternativa para las cuales existen datos científicos de alta calidad sobre su seguridad y eficacia.

Se abren nuevas esperanzas desde una mayor humanización en la atención y en los cuidados hacia el paciente. Se están recuperando recursos terapéuticos muy antiguos y eficaces que son inocuos aunque en manos de personas no cualificadas pueden acarrear gravísimos y en ocasiones irreparables problemas para la salud.

De ahí que, para conseguir una mejor calidad de vida tanto del paciente/cliente como de la enfermería, sea necesario tener conocimiento experto sobre estas terapéuticas (6).

Por ejemplo, en EEUU, el NCCAM es 1 de los 27 institutos que conforman los NIH (National Institutes of Health) y se dedica a (7,8,9,10):

- Explorar prácticas curativas complementarias y alternativas con rigurosidad científica
- Capacitar a investigadores sobre MAC
- Diseminar dicha información al público y a los profesionales.

En Europa, se ha iniciado el programa europeo COST B4 (Cooperación Europea en Ciencia y Tecnología), siendo su objetivo principal promover la investigación de calidad en el campo de la medicina alternativa.(11).

La OMS también ha elaborado guías de actuación como por ejemplo “El documento Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional (2002-2005)” y ”Pautas

Generales para las Metodologías de Investigación y Evaluación del a Medicina Tradicional” (OMS; 2002).

En suma, la estrategia de la Organización Mundial de la Salud sobre la Medicina Tradicional o Alternativa comprende cuatro objetivos:

1. Incrementar la accesibilidad de las medicinas alternativas entre la gente
2. Fomentar su uso terapéutico.
3. Lograr su integración en los sistemas de salud nacionales.
4. Fomentar su seguridad, eficacia y calidad difundiendo los conocimientos básicos sobre ellas y ofreciendo directrices sobre normas y estándares.

En España, podemos encontrar diversas agencias públicas, como el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS), y privadas como la Fundación Kovacs que financian investigación biomédica con rigurosidad científica sobre estos recursos terapéuticos.(11)

En cuanto a Enfermería podemos observar como ha ido aumentando la presencia de estas prácticas terapéuticas dentro del currículo académico como se muestra en la tabla siguiente.

COMUNIDAD	LUGAR	ESCUELA	ASIGNATURA
ANDALUCÍA	ALMERÍA	Escuela U. De Enfermería de Almería	Técnicas Alternativas en los cuidados de Enfermería
	HUELVA	Escuela U. De Enfermería de Huelva	Terapias Alternativas
	JAÉN	Escuela U. De Enfermería de Jaén	Cuidados alternativos en Enfermería
ARAGÓN	NO SE IMPARTE		
ASTURIAS	OVIEDO	Escuela U de Enfermería y Fisioterapia de Oviedo	Cuidados alternativos y complementarios
BALEARES	NO SE IMPARTE		
CANARIAS	NO SE IMPARTE		
CANTABRIA	SANTANDER	Escuela U. De Enfermería "Casa de Salud Valdeocilla"	Terapias naturales y su aplicación en Enfermería
	CASTILLA-LA MANCHA	CUENCA	Escuela U. De Enfermería de Cuenca
CASTILLA-LEÓN	GUADALAJARA	Escuela U. De Enfermería Sescam	Terapias Alternativas
	SALAMANCA	Escuela U. De Enfermería "Salus Infirmorum"	Cuidados Alternativos
	VALLADOLID	Escuela U. De Enfermería y Fisioterapia de Salamanca	Ejercicio físico y técnicas de relajación en personas discapacitadas
CATALUÑA	BARCELONA	Escuela U. De Enfermería de Valladolid	Musicoterapia y danzaterapia preventiva y curativa
	GERONA	Escuela U. De Enfermería i Fisioterapia "Gimbernat"	Terapias complementarias en Enfermería
	TARRAGONA	Escuela U. De Ciéncias de la Salut de Vic	Terapias complementarias en Enfermería
		Escuela U. De Enfermería de Girona	Terapias complementarias en Enfermería
CEUTA	NO SE IMPARTE	Escuela U. De Enfermería de Tarragona	Técnicas complementarias en las curas de Enfermería
COMUNIDAD DE MADRID	MADRID	Escuela U. De Enfermería de la Com. De Madrid	Terapias complementarias
		Escuela U. De Enfermería de la Fundación Jiménez Díaz	Terapias complementarias
COMUNIDAD VALENCIANA	ALICANTE	Escuela U. De Enfermería de Alicante	Enfermería y terapias alternativas
EXTREMADURA	NO SE IMPARTE		
GALICIA	NO SE IMPARTE		
LA RIOJA	NO SE IMPARTE		
MELILLA	NO SE IMPARTE		
MURCIA	MURCIA	Facultad de Ciencias de la Salud y la Actividad física y del Deporte (UCAM)	Terapias alternativas y modificación de conducta
NAVARRA	NO SE IMPARTE		
PAIS VASCO	NO SE IMPARTE		

Dado que apostamos por el fomento de la terapéutica integrativa, donde se aúna las terapias convencionales y tradicionales para el fomento, mantenimiento y recuperación de la salud, nos planteamos la realización de una experiencia piloto sobre la opinión de los alumnos de 1º de Enfermería y de los pacientes en relación con la aplicación de la técnica de relajación de Schultz y una visualización como parte de la terapéutica hospitalaria a realizar.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo principal**

- Describir las principales opiniones de los alumnos sobre la técnica de relajación de Schultz y una visualización guiada al paciente con el fin de alcanzar su bienestar psicológico.

### **Objetivos secundarios**

- Conocer cuales han sido las emociones sentidas por los alumnos en la aplicación de dichas técnicas alternativas.
- Saber cual es la valoración percibida por los pacientes al recibir dichas técnicas alternativas
- Determinar los principales inconvenientes encontrados tanto por parte de los alumnos como de los pacientes

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Esta experiencia piloto comenzó con la impartición de una serie de seminarios a los alumnos de 1º de Enfermería y que son complementarios a su formación académica. Allí se les enseñó conceptos básicos sobre terapias alternativas y sus principales aplicaciones en la práctica hospitalaria diaria.

Se hizo mucho hincapié en la técnica de Schultz y en las visualizaciones para conseguir una relajación efectiva y el estado de bienestar tan físico como psíquico del paciente.

Descripción de la técnica: consiste en enfocar la atención sobre ciertas palabras o frases que desencadenan la respuesta de relajación (12,13). Comienza con la realización de seis ejercicios mentales que desconectan las respuestas del cuerpo al estrés, utilizando frases clave como “siento mi brazo caliente, pesado y muy relajado” para enfocar la atención sobre los cambios fisiológicos que se producen cuando uno empieza a relajarse. Una vez superada esa fase, se orienta al alumno hacia su visualización idílica elegida (ej: el lugar donde quisiera estar y donde puede verse acompañado o solo). Tras un determinado tiempo se le reconduce de forma paulatina y ordenada a la realidad.

La elección de esta técnica se fundamenta en:

- Fácil comprensión y explicación para los alumnos
- No requiere conocimientos previos exhaustivos
- El tiempo dedicado es relativamente corto (aproximadamente 30 minutos).

Con posterioridad a la técnica, los alumnos debían escribir un diario de campo anotando las principales ideas/percepciones encontradas en la realización de la técnica a los pacientes así como las impresiones de estos últimos. Cada alumno hizo dicha técnica a dos pacientes diferentes, con lo que se obtuvo información acerca de 200 experiencias.

La realización de los seminarios y la aplicación de dicha técnica tuvo lugar entre los meses de febrero a junio del 2005.

Muestra seleccionada:

Cien alumnos en periodo de prácticas de 1º de Enfermería de la Escuela Universitaria de Alicante

Criterios de inclusión:

- Todos aquellos alumnos que cuando finalizaron las prácticas entregaron el diario de campo.
- Alumnos que realizaron sus prácticas clínicas en el Hospital Universitario de Alicante.
- Alumnos pertenecientes a 1º de Enfermería

Criterios de exclusión:

- Los alumnos que no entregaron el diario de campo dentro del periodo académico establecido
- Aquellos alumnos que cursaron sus prácticas clínicas en otros hospitales.
- Alumnos no pertenecientes a 1º de Enfermería

## RESULTADOS

Los resultados los hemos dividido en dos grandes bloques: alumnos y pacientes  
Alumnos

Principales percepciones:

- En 85 de 200 experiencias, los alumnos refirieron sentirse satisfechos con la realización de la técnica, sintiéndose útiles por ayudar a los pacientes y con la sensación de un trabajo bien hecho. “Nunca imaginé que mi sensación al acabar la técnica fuera de tanta satisfacción ni que pudiera con ella hacer tanto bien a una persona”. “La verdad es que fue una experiencia muy reconfortante para mí, ya que lo pasé bien y reí con las dos pacientes”.
- En 19 de las 200 experiencias, los alumnos refirieron que la técnica había sido una pérdida de tiempo, alegando sentirse poco útiles, frustrados y poco satisfechos con la práctica. “Me sentía mal por no haber podido ayudar, ¡jjo! con lo contenta que estaba ayer... no sé que habré hecho mal”. “Esta práctica fue un poco fracaso por la poca participación del paciente... ni siquiera me dio las gracias”.

En cuanto al grado de control de la técnica y posibles inconvenientes encontrados:

- En 11 de 200 situaciones, los alumnos expresan seguridad, control e incluso relajación al realizar la técnica y no encuentran ninguna dificultad. “Me dio las gracias por haberlo elegido... en general la práctica fue muy bien, no tuve problemas.” “Yo estaba tan relajada que casi me duermo con la paciente”.
- Sienten no tener el control de la situación en 61 de las 200 situaciones y en términos generales, refieren:
  - Vergüenza, “corte” y risas en la ejecución de la técnica en 11 casos. “Me ha dado mucha vergüenza, y al principio creo que estaba yo más nerviosa que

ella”.”; ¡Vamos campeona, tú puedes, no te rías! Eran las frases que se repetían en mi cabeza”.

- Nerviosismo e incomodidad en 19 de las situaciones. “La que estaba muy nerviosa era yo, puesto que no sabía como me iba a salir y pensaba que me iba a quedar en blanco”
- Refieren que el entorno hospitalario no es el idóneo y que se producen demasiadas interrupciones en 10 experiencias. “Si el ambiente hubiera sido el idóneo, la paciente se habría dormido” “Cuando estaba empezando a relajarse abrieron la puerta y la mujer abrió los ojos.”
- Asimismo, en 10 situaciones los alumnos refieren mejorar en la segunda práctica en relación con los errores cometidos en la primera. “Es la segunda vez que realizo esta terapia y no sé porque me sentía más confiada, la voz no me temblaba y estaba tranquila”..

Pacientes:

En 32 experiencias, los pacientes consideran que las terapias alternativas no son efectivas o incluso las consideran tonterías. “Me contestó que él con tonterías no se andaba y que no había conseguido relajarme, todo lo contrario...” “Me comenta que a veces no me hacía caso, que abría los ojos...”

En 168 pacientes de los 200 que realizaron la técnica, los alumnos observan que han mejorado de su dolor, hay una disminución del grado de ansiedad y en general, los pacientes encuentran beneficiosa la terapia. “Ve su situación con mayor optimismo y con más ganas de disfrutar el tiempo que le queda de vida”. “Aseguré sentirse como si se acabase de levantar después de haber dormido 10 horas seguidas, que estaba como nueva.”

## DISCUSIÓN

Los alumnos observan que, en líneas generales, la técnica aplicada ha sido efectiva con sus pacientes porque estamos hablando de intervenciones nada agresivas, con una apreciable carga afectiva para los usuarios y por entender al Ser Humano como un Todo y no la suma de sus partes (14, 15).

Asimismo, la experiencia ha servido para su propia relajación y fomentar el “sentirse bien”. Dado que la enfermería está sometida a una gran sobrecarga de estímulos que nos lleva a un estado de tensión permanente y los estudiantes son como futuros profesionales deben incorporar esta habilidad en su conocimiento. De ahí la necesidad de incluir la formación de terapias alternativas y complementarias en el currículo académico.(16,17,18).

Además, gracias a la familiarización y aprendizaje con dichas técnicas se evitarían dificultades como nerviosismo, vergüenza.... aumentando la confianza en si mismos, lo cual repercutirá en un mayor beneficio para el paciente ya que la mayoría de ellos consideran positivas y útiles estas terapias, haciéndoles más llevadera su estancia en el recinto hospitalario

Sin embargo reconocen que en determinados casos la organización de la planta impide su correcta realización ya que muchas veces son interrumpidos. Debido a esto

apostamos por la realización de más estudios científicos (19,20,21) para validar la aplicación de las MAC en el entorno hospitalario como parte de los cuidados que el personal de enfermería puede dispensar.

Gracias a los alumnos de 1º de Enfermería y a los pacientes que realizaron la técnica de relajación por su tiempo y la disposición favorable para realizarla.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Manuel Jesús Salas Iglesias. Terapias Alternativas de la práctica irracional a terapia complementaria. *Index Enferm (Gran)*2001;35:25-28.
2. Editorial. Terapias Complementarias en Salud. *Index Enferm (Gran)*1994;10: 7-8.
3. Rodríguez Pérez M, Rojas Ocaña MJ, Abreu Sánchez A, Rodríguez Rodríguez JB. Enfermería y el presente de las terapias complementarias. *Rev ROL Enf* 2002; 25(4):248-252.
4. Sparber Andrew RN. State boards of nursing and scope of practice of registered nurses performing complementary therapies. *Online Journal of Issues In Nursing* (2001). Available: [www.nursing-world.org/ojin/topic15/tpc15\\_6.htm](http://www.nursing-world.org/ojin/topic15/tpc15_6.htm)
5. Leonard Barbara. Quality Nursing Care Celebrates Diversity". *Online Journal of Issues in Nursing* (2001). Available: [www.nursingworld.org/ojin/topic15/tpc15\\_3.htm](http://www.nursingworld.org/ojin/topic15/tpc15_3.htm).
6. Editorial. Terapias alternativas: soporte a los cuidados de enfermería. *Nursing* 97, Mayo 7.
7. Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa. [http://wikipedia.org/wiki/Centro\\_Nacional\\_de\\_Medicina\\_Complementaria\\_y\\_alternativa](http://wikipedia.org/wiki/Centro_Nacional_de_Medicina_Complementaria_y_alternativa).
8. ¿Qué es la medicina complementaria y alternativa?. <http://nccam.nih.gov/espanol/informaciongeneral/>.
9. Integrative Therapies and Women's Health. [www.clevelandclinic.org/health/](http://www.clevelandclinic.org/health/).
10. Lynn Keegan. Terapias alternativas y complementarias. *Nursing* 98, Noviembre 7.
11. Mufraggi N, Kovacs F.M. La medicina no convencional en Europa. El programa COST B4. *Index Enferm (Gran)*1994;10:23-27.
12. Mateos Rodilla J. Principales técnicas de relajación. *Rev ROL Enf* 2002;25(11):730-732.
13. Técnicas de relajación. Recupera tu bienestar interior. *Rev. Cuerpomente*, Junio 1998: 72-77.
14. Editorial. Otras terapias para un siglo alternativo. *Index Enferm (Gran)*1994;10:9-10.
15. Pardo Jávega E. Enfermería y medicinas alternativas. *Rev ROL Enf* 1994;190:40-42.
16. Carbelo Baquero B, Casas Martínez F, Romero Llort M, Rosique Robles A. Relajación: habilidad con la práctica. *Enf Cient* 1997;188-189: 32-35.
17. Albaina Landaluce E, Arbosa San Martín B, Díez Andrés A, Portillo Armentia M.A, Sedano Gárate M.A. La relajación: Una experiencia en Atención Primaria. *Enf Cient* 1993; 134: 4-11.
18. Policy Perspectives. Factors That Shape Alternative Medicine. *JAMA* 1998;Vol 280, nº18:1621-1623.
19. Editorials. Alternative Medicine – Learning From the Past, Examining the Present, Advancing to the Future. *JAMA* 1998; Vol 280, nº 18: 1616-1617.
20. Policy Perspectives. Investigating Alternative Medicine Therapies in Radomized Controlled Trials. *JAMA* 1998; Vol 280, nº 18: 1626-1630.
21. Editorials. Alternative Medicine Metes Science. *JAMA* 1998; Vol 280, nº 18:1618-1619.





***ACTO TRANSFUSIONAL  
Y HEMOVIGILANCIA***

Ana Belén San Roque Navarro, Irene Cores Alcañiz, M<sup>a</sup> Dolores Valero  
Magdalena, M<sup>a</sup> Angeles Sánchez Terrones y M<sup>a</sup> Dolores Tornero Tomás.  
*B. de Sangre. HGUA*



## **INTRODUCCIÓN**

Tradicionalmente en los bancos de sangre se han llevado a cabo los registros del acto transfusional y de los efectos adversos a la transfusión de sangre y hemoderivados.

Con la implantación del Sistema de hemovigilancia (HV) de las comunidades autónomas, en nuestra comunidad el Decreto 147/2002 del 10 de septiembre, conseguimos que dicha información pueda ser analizada y se establezca un control de calidad continuado sobre el proceso transfusional, beneficiando tanto a los receptores como a los donantes de productos sanguíneos; podemos conocer y garantizar la trazabilidad desde el donante al receptor y viceversa.

La HV se define como un sistema para la detección, registro y análisis de la información relativa a los efectos adversos de la transfusión. Con ello podemos aumentar el nivel de calidad y seguridad transfusional, disminuyendo los posibles efectos adversos a la transfusión con medidas correctoras y preventivas(Ej: leuco-reducción universal, irradiación, escrutinio de AI previo a transfusión, desplasmatizar o lavar unidades, tto con desferrioxamina, etc.) como veremos.

## **OBJETIVOS**

- Dar a conocer los protocolos y registros existentes en nuestro hospital, referentes al acto transfusional y la hemovigilancia.
- Determinar la demanda transfusional de los diferentes servicios y unidades en nuestro hospital.
- Motivar a enfermería para la correcta cumplimentación de los registros del acto transfusional y hemovigilancia.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Por un lado vamos a conocer los protocolos existentes en nuestro hospital referentes al acto transfusional y los posibles efectos adversos a la transfusión (hemovigilancia) y por otro los registros que se van a llevar a cabo, tanto en el acto transfusional, como en la hemovigilancia.

En el acto transfusional enfermería juega un papel muy importante, en la atención al paciente y su correcta identificación, así evitamos errores fatales que pueden llevar incluso a la muerte del paciente. Por ello, los protocolos de actuación nos dicen que realizadas todas las pruebas pretransfusionales y registradas, no habiéndose detectado nada anormal que impida la transfusión, se cumplirán los siguientes puntos:

- 1) Retirar del banco la unidad seleccionada para el receptor, comprobando etiqueta de identificación y pruebas pretransfusionales.
- 2) Verificar el tipaje de la bolsa ABO- Rh, no coágulos, hemólisis, integridad, caducidad, etc.
- 3) Identificar al paciente-receptor a la cabecera del mismo, por medio de pulsera identificativa y las preguntas correspondientes si es posible(que nos diga su nombre y apellidos), insistir en éste punto, ya que la mayoría de los errores fatales se producen por un error en la identificación del receptor.
- 4) Verificar en la cabecera del receptor su tipaje ABO- Rh antes de conectar la bolsa.
- 5) Iniciar la transfusión, anotando en el registro del acto transfusional la hora de comienzo y la identificación de la persona que lo lleva a cabo, controlando al paciente unos minutos para verificar que no presenta ninguna reacción inmediata. Tener en cuenta los ritmos correctos de infusión según el producto a transfundir, no añadir medicamentos en Y, no calentar por encima de 42°, utilizar siempre equipo de infusión con filtro.
  - \*CH: 60-120 min.(no más de 3 horas)
  - \*PLASMA: 30 min.
  - \*PLAQUETAS: 30 min.(Sí reacc previas: 45-60 min)
- 6) Transfusión finalizada: se anotará en el registro del acto transfusional la hora de finalización y se remitirá la copia y el envase con el equipo a banco de sangre, donde se conservará durante 48 horas en los recipientes marcados a tal fin; la copia se archivará junto con la solicitud de transfusión en el archivo de banco de sangre.

En el caso de que se produzca una notificación-incidencia, ante una posible reacción transfusional inmediata se procederá según el siguiente protocolo:

- 1) Desde planta, interrumpir la transfusión y mantener permeable la vía con suero salino.
- 2) Avisar al hematólogo de guardia.
- 3) Por parte de banco, recuperar la bolsa y en el caso de hematíes, realizar una nueva extracción como para pruebas pretransfusionales(identificación activa del receptor y bolsa)
- 4) Indicar a enfermería de planta que realice toma de temperatura, T.A., FC, signos y síntomas experimentados, control de diuresis (anuria, hematuria).
- 5) Por parte de banco, anotar en el impreso de hemovigilancia todos los datos: identificación del receptor, unidad implicada, constantes, signos y síntomas.
- 6) Realizar todas las pruebas necesarias incluidas en el estudio de reacción adversa a la transfusión, en la muestra pretransfusional y postransfusional: tipaje ABO- Rh, escrutinio AI, CD, prueba cruzada con ambas muestras, aspecto del suero postransfusional, etc...
- 7) Avisar al hematólogo responsable.

Se procederá del mismo modo en el caso de conocimiento de reacción adversa retardada.

\* En el sistema informático figurarán igualmente todos los datos del acto transfusional y de las incidencias transfusionales si las hubiese (ficha transfusional paciente).

Se han incluido en éste estudio todos los registros de acto transfusional y hemovigilancia llevados a cabo en nuestro servicio de banco de sangre, desde el 1-1-2006 al 30-6-2006 ambos inclusive.

Valorando las unidades o servicios del HGUA que más transfusiones demandan.

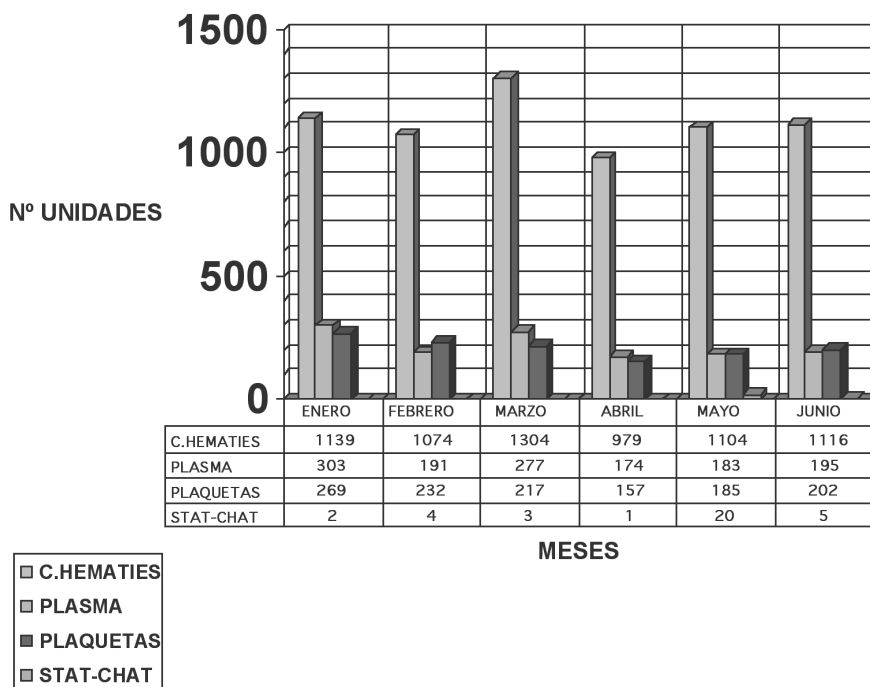
## RESULTADOS

Se han transfundido un total de 9.336 unidades durante el periodo de estudio.

Se han realizado un total de 7 estudios de posibles efectos adversos a la transfusión de hemocomponentes.

Se ha valorado la demanda transfusional de todos los servicios-unidades del HGUA y se ha observado el grado general de la correcta cumplimentación de los registros transfusionales y hemovigilancia.

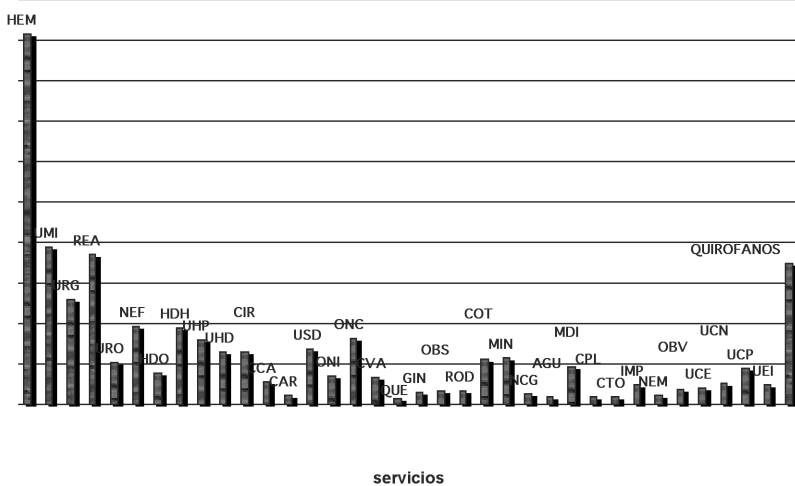
## UNIDADES TRANSFUNDIDAS



## ESTUDIOS HEMOVIGILANCIA

SERVICIO	COMPONENTE	MANIFESTACIONES
HEMATOLOGIA	HEMATÍES	NAUSEAS-VOMITOS
HEMATOLOGIA	HEMATÍES	NAUSLAS-VOMITOS
HEMATOLOGIA	PPID	HIPERTERMIA
HEMATOLOGIA	PPID	ESCALOFRIOS-TIRITONA
CIR GENERAL	HEMATÍES	HIPERTERMIA
NEUROCIRUGIA	HEMATÍES	HIPERTERMIA
U. HEPATICA	PLASMA	HIPERTERMIA-PRURITO- FRITEMA

## DEMANDA TRANSFUSIONAL



## CONCLUSIONES

La relación entre la alta demanda transfusional en nuestro hospital y el registro correcto del acto transfusional no es el adecuado.

A excepción de servicios como hematología, UHD, hemodiálisis, otros servicios-unidades no registran correctamente el acto transfusional. (anotación finalización de la transfusión, devolución de la copia a banco, incidencias durante la transfusión)

En el acto transfusional enfermería juega un papel muy importante, ya lo hemos visto, ¿por qué no se registra correctamente?.¿Cómo conocer si el ritmo de infusión ha sido correcto?¿Si el paciente ha experimentado algún síntoma? ¿La cantidad residual de la bolsa?¿Debemos entonces suponer que todo ha ido bien si no se ha notificado ninguna incidencia?

Las suposiciones no son hechos, todos los enfermeros sabemos que los registros son importantes, todo lo que no se escribe no ha existido, el paciente no ha estado sólo durante la transfusión, hay un profesional que controla ésta transfusión, ¿por qué no lo reflejamos en los registros?¿Es menos importante que firmar una medicación?.....

Se han cumplimentado correctamente en todos sus campos, todos los registros sobre hemovigilancia realizados en el periodo de estudio y se han incluido en el registro informático transfusional (ficha paciente).

Las reacciones adversas inmediatas-agudas son la mayor causa de morbi-mortalidad asociada a la transfusión, de ahí la importancia de su pronta notificación y actuación.

Las reacciones adversas retardadas (transmisión de agentes infecciosos, creacc de anticuerpos, etc) también deben ser tenidas en cuenta; se actuará de igual modo que ante una notificación de reacción adversa inmediata.

## **AGRADECIMIENTOS**

A Doña Maria Dolores Tornero Tomás. Supervisora de enfermería del servicio Banco de Sangre.HGUA.

Al Dr. J.J. Verdú. Jefe de servicio de Hematología y Hemoterapia del HGUA y miembro de la comisión técnica del sistema de HV de la Consellería de Sanitat.

A Doña Paloma. Secretaria del servicio hematología HGUA.

A todos los enfermeros / as que realizan correctamente dichos registros transfusionales.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Base de datos servicio Hematología-Hemoterapia.UMT. Banco de sangre. HGUA.
- Manual de procedimientos para la transfusión. Servicio de Hematología y Hemoterapia. UMT. Banco de sangre. HGUA.
- SETS.Guia sobre la transfusión de hemocomponentes y derivados plasmáticos. 3ª edición, 2006.
- Real Decreto 147/2002 del 10 de septiembre del gobierno valenciano, por el cual se aprueba la creación del Sistema de Hemovigilancia de la comunidad valenciana.

## ANEXO: REGISTRO ACTO TRANSFUSIONAL Y HEMOVIGILANCIA

VOLANTE DE CONTROL DE TRANSFUSIONES																							
<b>PETICION</b>																							
Petición :  4381	Destino: CAMA:	Pulsera:  272429																					
Muestra : 272429	Fecha de la muestra : 29/03/2006																						
<b>PACIENTE</b>																							
Nombre: S/I S/I	DNI:		Grupo paciente																				
H.Clinica:	TS:	O POS																					
		F. Nac:																					
<b>BOLSA</b>																							
Unidad:	0706016669 CONCENTRADO DE HEMATIES DESLEI		Grupo bolsa																				
			O POS																				
E. AC. Irregulares (bolsa)..... :																							
E. AC. Irregulares (paciente) : Negativo																							
Pruebas Transfusionales: COMPATIBLE																							
<b>TRANSFUSION</b>																							
<b>ANTES DE COMENZAR LA TRANSFUSIÓN HE COMPROBADO QUE:</b>																							
1) El Número, Grupo y Rh que figuran en este impreso como datos de la bolsa a transfundir, son los mismos que los de la etiqueta de la bolsa.																							
2) Que al preguntar nombre y apellidos al paciente y comprobar su N° de muestra (pulsera), coinciden exactamente con los que figuran en este impreso y se ha comprobado su grupo en la cabecera de la cama.																							
3) Que el contenido de la bolsa, presenta un aspecto normal.																							
Inicio transfusión:	Final transfusión:	<b>Constantes</b>																					
Fecha: _____ Hora: _____	Fecha: _____ Hora: _____	Inicio	Final																				
Realizada por	Realizada por:	Tª.: _____	_____																				
Firma :	Firma :	Pulso: _____	_____																				
		T/A: _____	_____																				
<b>INCIDENCIAS DURANTE LA TRANSFUSIÓN</b>		<b>Contactar urgentemente con el banco de sangre</b>																					
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"><b>NO</b></td> <td style="width: 50%; text-align: center;"><b>SI</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>¿Síntomas de reacción transfusional?</p> <p>¿Ha tenido fiebre durante la transfusión? (&gt; 38°C)</p> <p>¿Ha tenido fiebre en las últimas 24 horas (&gt; 38°C)</p> <p>¿Fue interrumpida la transfusión?</p> <p>¿Enviada la bolsa y sistema al banco?</p> <p>¿Se envió comunicación reacción para estudio?</p> <p>¿Se premedica la transfusión?</p> <p>¿Se usa filtro desleucocitador?</p> <p>¿Es un Hemoderivado radiado?</p> <p>Cantidad Residual _____ ML</p> <p>Con : _____</p>
<b>NO</b>	<b>SI</b>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																						
<input type="checkbox"/> Original para la historia clínica		<input type="checkbox"/> Copia para cumplimentar y devolver al archivo de banco de sangre																					

Se han de cumplimentar las dos copias del registro del acto transfusional, una quedará en la Hª clínica del receptor y la otra se enviará al archivo de banco de sangre donde se adjuntará a la petición de transfusión.



***ESTUDIO DE LA TÉCNICA DE INHALACIÓN  
EN PACIENTES CON ENFERMEDADES  
RESPIRATORIAS***

Vanesa Sevilla Bellido, Inmaculada Lassaletta Goñi, Mercedes Álvarez González,  
Santos Asensio Sánchez, Rocío Jiménez Moreno, Santiago Romero Candeira.  
*Laboratorio de pruebas funcionales respiratorias. Servicio de Neumología del  
HGUA.*



## **INTRODUCCIÓN**

La utilización de la vía inhalatoria para la administración directa de fármacos al árbol bronquial es una práctica muy antigua y fundamental en la neumología actual. Esta forma de administración está ampliamente aceptada para el tratamiento de enfermedades respiratorias ya sean procesos crónicos o agudos. Es la modalidad terapéutica preferida debido a que tiene ventajas sobre los tratamientos orales, actúa directamente sobre el órgano diana (el árbol bronquial), es más rápida su acción y necesita dosis menores para un mismo resultado.

Actualmente existen diversos tipos de dispositivos para la administración de los fármacos inhalados. Para conseguir que el tratamiento sea eficaz es necesario que el paciente realice una técnica de inhalación adecuada. Encontramos muchos estudios que demuestran que existe una falta de destreza en el empleo de los inhaladores por parte de los pacientes ocasionando un fracaso terapéutico (1,2,3,4). Incluso se ha estudiado la destreza en personal sanitario responsable de la educación de los pacientes, encontrando que solo el 15% de enfermeros y el 28% de médicos sabían realizar la técnica de inhalación correctamente (5).

Como consecuencia de todos estos resultados se han realizado otros estudios donde, después de valorar los errores más comunes según el dispositivo, se establecieron programas de educación que tuvieron un impacto altamente positivo mejorando de manera significativa tanto los conocimientos teóricos como la destreza práctica en la realización del inhalador (6).

## **OBJETIVO**

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar los conocimientos sobre la técnica inhalatoria que tienen los pacientes de nuestro medio y analizar los errores más frecuentes.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional descriptivo en el que se incluyeron de manera aleatoria a pacientes que acudieron al laboratorio de pruebas funcionales respiratorias del Servicio de Neumología del HGUA para realización de una espirometría. Se recogió de forma protocolizada los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico, tiempo de utilización de los dispositivos, tipo de inhalador (cartucho presurizado, cámara de inhalación y polvo seco, de éstos últimos se diferenció entre accuhaler, handihaler, turbuhaler). Posteriormente fueron encuestados sobre si habían recibido

información sobre la técnica inhalatoria y que o quien fue la fuente de información, ya fuera personal sanitario o no. Finalmente se pidió al paciente una demostración práctica sin instrucciones previas y se revisó, según la normativa propuesta por SEPAR (7), todos los pasos para la correcta realización de los distintos dispositivos. Para ello se utilizaron dispositivos de adiestramiento sin fármaco y se recogieron los fallos en la realización de la técnica.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 12.0. Se analizó en una primera etapa un análisis descriptivo utilizando la media  $\pm$  desviación Standard o frecuencia utilizando el test Chi-cuadrado.

## RESULTADOS

Se incluyó 78 pacientes (55 hombres y 23 mujeres), con una edad media de  $65 \pm 14$  años. Las patologías más frecuentes fueron el asma y la EPOC con un 21% y un 30% respectivamente. El dispositivo más usado por nuestros pacientes fue el accuhaler (39%), seguido por el cartucho presurizado (33%), el handihaler (17%), la cámara de inhalación (7%) y por último el turbuhaler (3%). La mayoría de nuestros pacientes (65%) seguían tratamiento con inhaladores durante un periodo superior a 1 año.

Respecto a la información sobre la técnica inhalatoria, 72 (92%) pacientes consideraron haber sido informado por algún profesional y 6 (8%) pacientes no recibieron ninguna instrucción. Con respecto a la información, los neumólogos fueron la principal fuente (53%), seguidos por las enfermeras (21%), los médicos de familia (10%) y los farmacéuticos (4%). En los pacientes que no recibieron información por personal sanitario, la fuente fue en todos los casos el prospecto del dispositivo.

La técnica de inhalación fue realizada de forma correcta por 11 (14%) pacientes, 18 (23%) cometieron un fallo, 18 (23%) cometieron dos fallos y 31 (40%) pacientes cometieron 3 o más fallos.

El error más frecuente, cometido por el 68% de los pacientes evaluados, fue la espiración inicial. La apnea postinhalación no fue realizada por la mayoría de los pacientes (55%), el tercer error más frecuente (42%) fue respetar el tiempo entre inhalaciones.

En el caso de los dispositivos de polvo seco, cargaron correctamente el dispositivo el 82% de los pacientes. La inspiración completa la realizó el 74% de los pacientes. En los pacientes que utilizaron el cartucho presurizado fue evaluada la sincronía, siendo esta correcta en el 66% de los casos. Con respecto a aquellos que utilizaban regularmente el cartucho presurizado o cámara de inhalación, 58% agitaron el dispositivo previamente a la toma.

Con respecto al sexo, realizaron correctamente todos los pasos o sólo cometieron un error el 38% de los hombres, y el 35% de las mujeres. Realizaron más de un fallo el 62% de los hombres y el 65% de las mujeres. No siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0.77$ ).

Se analizaron los errores en la técnica en función de los distintos tipos de dispositivo y se encontraron los siguientes resultados:

- Cartucho presurizado: El 31% realizó todos los pasos correctamente o sólo cometió un fallo y el 69% cometió más de un error.
- Cámara de inhalación: De los seis pacientes que realizaron esta técnica, 2 cometieron entre 0-1 fallos y 4 cometieron más de un error. Ninguno realizó todos los pasos de manera adecuada.
- Accuhaler: El 40% de los pacientes lo realizaron correctamente o sólo demostraron un fallo y el 60% realizó más de un error.
- Handihaler: El 46% sólo un fallo o ninguno y el 54% más de un error.
- Turbuhaler: La muestra fue de 2 pacientes, ninguno de los dos realizó todos los pasos correctamente, uno cometió 1 fallo y el otro más de uno.

Respecto a la información sobre la técnica de inhalación el grupo de pacientes que había recibido instrucciones, el 40% cometió sólo un fallo o ninguno y el 60% cometió más de tres. Los pacientes que no habían recibido ningún tipo de información fueron 6 y todos ellos cometieron más de 1 fallo. Siendo la diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.04$ ). Con respecto a la fuente de información, el grupo informado por neumólogos alcanzó el mayor porcentaje de pacientes que cometieron uno o ningún fallo (51%) seguido por el grupo informado por enfermeras (25%), encontrando diferencias significativas entre los grupos ( $p = 0.04$ ).

En relación al tiempo de tratamiento los pacientes que llevaban menos de 1 año con el tratamiento inhalador presentaron en el 24% de los casos 1 fallo o ninguno y un 77% presentaron más de un fallo, mientras que en aquellos pacientes que llevaban más de 1 año de tratamiento el 45% lo realizó correctamente o sólo un fallo y el 60% cometió más de un fallo, esta diferencia no alcanzó significación estadística ( $p = 0.11$ ).

## DISCUSIÓN

Actualmente existe una gran variedad de fármacos que se administran por vía inhalatoria, siendo el tratamiento fundamental en la mayoría de los pacientes con enfermedades respiratorias. El efecto de éstos fármacos depende de varios factores como son: la técnica de inhalación, la naturaleza de los propelentes, la temperatura ambiente, las características de la vía aérea y las propiedades de la caja torácica (8), sin embargo el problema principal que limita su efecto y por lo tanto el éxito del tratamiento, es la realización de una técnica defectuosa.

Los estudios realizados tanto fuera de nuestro país (3,9,10) como en España (1,2,4), demuestran que existe un escaso conocimiento y poca habilidad por parte de los pacientes a la hora de realizar la técnica inhalatoria. En el estudio de Benito Ortiz et al (4) en el que se realizó un estudio descriptivo trasversal realizado en el ámbito de atención primaria, destacó que sólo el 21% de los pacientes realizaban correctamente la maniobra. En el trabajo realizado por Carrión et al (1) realizado con pacientes neumológicos y controlados por especialistas, destacó que sólo el 32% de los pacientes demostró realizar bien el procedimiento. En nuestro estudio sólo 11 (14%) pacientes realizaron la maniobra sin cometer ningún error, llamando la atención que el 40% de los pacientes cometieron más de tres fallos.

En un estudio multicéntrico realizado por Plaza et al (5), se demostró de nuevo el uso incorrecto de los inhaladores, se evaluó la correcta realización de la técnica en 1640 voluntarios entre pacientes, médicos y enfermeras, se observó que sólo el 9% de los pacientes, el 15% de enfermeros y el 28% de médicos sabían realizarlo correctamente.

Éstos resultados pueden tener reflejo sobre nuestros datos ya que en nuestra muestra los pacientes informados por los neumólogos tienen mayor acierto que los instruidos por enfermeras.

Con respecto al tipo de inhalador, en el presente estudio, se observaron mejores resultados con los inhaladores de polvo seco que con los presurizados, un 66% respecto a un 34% de pacientes que solo realizaron 1 fallo o no cometieron ningún error, coincidiendo con los resultados de estudios previos donde se evaluaron los mismos dispositivos (1). Éstos resultados probablemente sean debidos a que los cartuchos presurizados necesitan de una mayor destreza y coordinación. Para evitar estos inconvenientes se diseñaron las cámaras de inhalación que permiten al paciente una manera alternativa mucho más sencilla, ya que no precisa tanta coordinación. En nuestro estudio no obtuvimos buenos resultados con este método debido probablemente a que la muestra en este grupo es pequeña.

En nuestro estudio los pacientes que habían sido informados obtuvieron resultados estadísticamente mejores que los que no habían recibido información ninguna, como cabría esperar. En las distintas recomendaciones y publicaciones se hace mucho hincapié en la importancia de la educación como instrumento básico para el éxito en la realización de la técnica inhalatoria (11,12).

Nuestros resultados mostraron que el error más frecuente en nuestros pacientes fue la espiración primera antes de la inspiración, seguido de la apnea de 10 segundos tras la inhalación, y el hecho de esperar 30 sgs entre inhalaciones. Datos similares encontramos en anteriores estudios (1,2). Según nuestros resultados nos parece interesante resaltar los principales errores para de esta manera tenerlos en cuenta a la hora de adiestrar al paciente y creemos al igual que otros autores que es fundamental el desarrollo de programas de educación sobre el conocimiento del manejo correcto de estos dispositivos (1,5,6,7). Existen estudios donde se desarrollaron programas de educación y se comprobó el efecto positivo sobre los conocimientos y habilidades de los pacientes con estos dispositivos, consiguiendo una muy correcta utilización de los mismos, concluyendo incluso que podría influir en la calidad de vida de estos pacientes, ya que al realizar la técnica correctamente, estos pacientes mejoran notablemente los síntomas (6). También se ha descrito que después de los programas de educación existió una reducción de las visitas a urgencias, una menor tasa de hospitalización y al igual que los anteriores una mejor calidad de vida de los pacientes respiratorios (13, 14).

## **CONCLUSIONES**

1. La mayoría de nuestros pacientes no sabe realizar de forma correcta la técnica de inhalación. Solo un porcentaje pequeño fue capaz de realizar de forma correcta todos los pasos.

2. Los errores más frecuentes son la espiración inicial, la apnea postinhalación y el tiempo de espera entre inhalaciones.
3. Es fundamental la instauración de programas de educación respiratoria para conseguir mejoras en las técnicas de inhalación.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Carrión F, Maya M, Fontana J, Díaz J, Martín J. Técnica de inhalación en los pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. Arch.Bronconeumol 2000; 36:236-240.
- 2.- Agustí AGN, Ussetti P, Roca J, et al. Asma bronquial y broncodilatadores en aerosol: empleo correcto en nuestro medio. Med.Clin.Barc.1983; 81:893-4.
- 3.- Larsen JS, Hahn M, Ekholm B, Wick KA. Evaluation of convencional pres and breath metered dose inhaler technique in 501 patients. J. Asthma 1994;32:193-9.
- 4.- Benito L, Pérez FC, Nieto MP, et al. Estudio sobre el empleo de broncodilatadores inhalados por los pacientes de atención primaria. Aten Primaria 1996;18:497-501.
- 5.- Plaza V, Sanchis J. Medical personnel and patinet skill in the use of metered dose inhalers: a multicentric study.CESEA group. Respiration 1998; 65:195-8.
- 6.- Giner J, Macián V, Hernández C y grupo EDEN. Estudio multicéntrico y prospectivote "educación y enseñanza" del procedimiento de inhalación en pacientes respiratorios (estudio EDEN). Arch Bronconeumol 2002; 38: 300-305.
- 7.- Giner J, Vicente Basualdo L, Casan P, Hernández C, Macián V, Martínez I, Et al. Recomendaciones SEPAR. Normativa sobre la utilización de fármacos inhalados. Barcelona: Doyma S.A.1997.
- 8.- Newman SP, Pavia D, Moren Fet al. Deposition of pressurised aerosols in the human respiratory tract. Thorax 1981; 36: 52-55.
- 9.- King D, Earnsshaw SM, Delane JC. Pressurides aerosol inhalers: the cost of misusse. Br.J.Pract.1991;41: 48-49.
- 10.- Hilton S. An audit of inhaler technique asthma patients of 34 general practitioners. Br.J. Gen.Pract.1990; 40:505-506.
- 11.- Barberá JA, Peces-Barba G, Agustí AGN et al. Guia clínica para el diagnostico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 2001; 37: 297-316.
- 12.- Giner J, Basualdo LV, Casan P et al. Normativas sobre la utilización de fármacos inhalados. Arch Bronconeumol 2000; 36: 34-43.
- 13.- Oliveira MA, Bruno VF, Ballini LS et al. Evaluation of an educational program for asthma control in adults. J Asthma 1997; 34: 395-403.
- 14.- Munks-Lederer C, Dhein Y, Richter B et al. Evaluation of a structure education program for adults outpatients asthmatics. Pneumologi 2001; 55: 84-90.





***ADMINISTRACIÓN DE CITOSTÁTICOS  
EN REUMATOLOGÍA***

Isabel Garrigos Gordo.  
*CC.EE. Reumatología. HGUA*



## INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, caracterizada por un cuadro inflamatorio crónico que afecta principalmente a las articulaciones destruyéndolas y produciendo una alteración progresiva de la capacidad funcional. Puede tener manifestaciones extraarticulares dañando diversos órganos.

La actuación terapéutica más eficaz, para hacer frente a esta enfermedad, es un diagnóstico precoz y el tratamiento con FAMES, siendo el MTX el fármaco de elección para evitar el progreso de la enfermedad. El beneficio del tratamiento precoz, tanto en la disminución de la actividad como en la disminución de la progresión radiológica, se demuestra en una gran cantidad de ensayos clínicos y estudios observacionales, por lo que en la actualidad no está en discusión. El retraso en el inicio del tratamiento con FAMES se ha relacionado con una progresión de la enfermedad mucho más rápida durante el primer año de observación.

El MTX es un citostático que reduce la inflamación por un mecanismo que se cree relacionado con el metabolismo del ácido fólico (vitamina necesaria para el crecimiento celular) y el objetivo que se persigue en la AR es conseguir una disminución de las articulaciones dolorosas y tumefactas y, en general, una mejoría de la actividad inflamatoria de la enfermedad según parámetros analíticos y clínicos. El MTX es un fármaco bien tolerado a medio y largo plazo en el tratamiento de artritis crónicas en el contexto de la práctica clínica habitual. Los efectos secundarios graves detectados son escasos y este dato es importante que lo conozcan los pacientes a los que se aconseja el tratamiento.

Es importante conocer este aspecto, pues a pesar de que se ha acumulado mucha experiencia en su uso, no se ha desprendido de su "aura tóxica". Su utilización previa en tratamientos oncológicos, con dosis mucho mayores de las utilizadas en los tratamientos reumatológicos, conllevaban más efectos secundarios. Todavía hoy los médicos poco familiarizados con su utilización, farmacéuticos a los que los pacientes piden consejo y los propios pacientes presentan temor ante su utilización.

Es importante hacer dos consideraciones previas:

Los citostáticos con los que hay que tener mayor precaución en su manejo son los vesicantes por la necrosis local que producen. El MTX, en la mayoría de los textos, es considerado un citostático de baja acción necrótica e irritante.

Las vías de entrada y contacto para el personal sanitario es la inhalación, por la formación de aerosoles, y la absorción cutánea (por salpicaduras o manipulación de excrementos).

## **EPIDEMIOLOGÍA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE**

- La AR afecta en España entre el 0,5-1% de la población, afecta más a las mujeres y aparece entre la tercera y quinta década de la vida
- Supone un acortamiento de la esperanza de vida, en su forma más severa entre cinco y diez años, por problemas cardiovasculares. Esto significa que en la AR, además de los factores de riesgo clásicos como la hipertensión, la cardiopatía isquémica, la diabetes, el tabaco y otros, existe un riesgo inherente a la enfermedad, todavía mal conocido, que puede ser la actividad inflamatoria.
- Es una enfermedad con gran impacto sociosanitario por la discapacidad laboral que produce en las personas que la padecen ya que a los cinco años el 50% de las personas presentan discapacidad laboral.
- Afecta a 1 de cada 1000 menores de 16 años (artritis idiopática juvenil) y el 30% de ellos continuara con artritis activa en su vida adulta. También es más frecuente en niñas. Los jóvenes con AR presentan menor grado de actividad física y mayor cansancio. Además, existe un mayor riesgo de osteoporosis tanto por su enfermedad como por el tratamiento.
- Varios estudios epidemiológicos demuestran que el tabaco es un factor de riesgo para desarrollar una AR. El mecanismo por el que se produce no se conoce bien. El tabaco puede activar el sistema inmune y aumentar la producción de factor reumatoide que también se relaciona con el aumento de la destrucción radiológica.
- El estudio COPOol sobre calidad de vida en pacientes con AR dice que el 62% de los pacientes reciben MTX en un momento puntual de la enfermedad, frente al 20% que llevarán Leflunomida y 4% de Sulfasalazina.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL**

La manipulación de citostáticos constituye una de las actividades que más preocupa a los profesionales de enfermería. El buen resultado obtenido por estos fármacos, sobre todo si se dan de forma rápida y a dosis altas, ha provocado un aumento de su utilización y, de forma paralela, también un aumento de la preocupación por los riesgos que conlleva su manipulación. El objetivo principal de este trabajo es la búsqueda de protocolos para la administración de MTX, vía subcutánea y con las dosis que se manejan en reumatología a pacientes adultos y niños.

### **ESPECÍFICOS**

Hacer una revisión de la respuesta que, desde las distintas áreas de salud de Alicante, se ha dado al problema de la administración subcutánea de MTX (dosis de 10 – 25 mg/semanal) a pacientes de reumatología diagnosticados de artritis reumatoide.

Valorar la necesidad de elaborar un protocolo de manipulación, administración y eliminación de MTX que sirva a profesionales, pacientes y cuidadores.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó una búsqueda electrónica en la base de datos de MEDLINE, COCHRAN, CUIDEN y CUIDATGE ( U. R y V de Tarragona) cruzando los terminos: enfermería, citostaticos, metotrexato y reumatología.

RCN Guidance for Nurses: Administering subcutaneous methotrexate for inflammatory arthritis.

Revisión del Manual de Recomendaciones para la Administración de MTX en Atención Primaria. Unidad de Calidad y Formación. Dirección Atención Primaria del Departamento 19.

Ley de prevención de Riesgos Laborales, 1995.

Consulta al Servicio de Medicina Preventiva del Hospital de Alicante sobre riesgos en la manipulación y administración de MTX a pacientes de Reumatología.

Consulta telefónica, realizada el día 30-12-2005, a los Servicios de Farmacia de los Hospitales de San Juan, Alcoy, Elda, Orihuela, Villajoyosa, San Vicente y Alicante.

## **RESULTADOS**

Los resultados de la búsqueda electrónica fueron escasos. No encontramos ninguno que hiciera referencia a la manipulación de MTX, o de citostaticos, por enfermería en Reumatología. Encontramos referencia a la manipulación en Oncología .

La guía del Royal College Nursing recoge toda una serie de recomendaciones dirigida tanto a enfermería, de primaria y especializada, como a pacientes y cuidadores. Su finalidad es conseguir, respecto a enfermería, la mejora de la asistencia, para lo que la guía es un protocolo de actuación, y la continuidad de cuidados entre especializada y primaria ; respecto al paciente, un complemento de la educación para la salud que el paciente recibe en las consultas . Explica como actua el MTX en la artritis, los riesgos en la manipulación, las vias y tecnica de administración cuando la via es subcutanea, eliminación de residuos, efectos secundarios, monitorización de pacientes y un programa completo de educación para el paciente o cuidador. Identificación de riesgos y estrategias para minimizarlos.

Los viales que se usan son preparados en las farmacias autorizadas y la eliminación de residuos se hace según normativa local.

De la revisión del Manual de Recomendaciones para la Administración de MTX en Atención Primaria ( Departamento 19) queremos destacar los siguientes puntos:

Son recomendaciones generales que no hace distinción por la dosis, la vía de administración, el tipo de citostatico o las condiciones de la manipulación.

Recoge la necesidad de formación del personal sanitario que va a manipular citostáticos pero no un programa de educación al paciente para la autoadministración.

Restricción horaria para la administración con la consiguiente dificultad para compaginar con la vida laboral del paciente.

Aislamiento de pacientes en tratamiento con MTX del resto de pacientes.

Por ultimo decir que se habla del riesgo de los fluidos corporales de forma poco clara ( parece que esas recomendaciones irian dirigidas a pacientes encamados ) y del agente citostático en el medio ambiente como consecuencia de derrames ( se trataria

de grandes cantidades de citostático y de gran toxicidad). No se recoge, a diferencia del manual inglés, instrucciones para el paciente y cuidadores en caso de administración en domicilio.

Desde finales del año 2004 y, sobre todo, en el año 2005 pacientes en tratamiento con MTX comienzan a llegar a la Consulta de Reumatología planteando una serie de problemas: exigencia de viales precargados para administrarles la medicación, adopción de métodos barrera que antes no se usaban para el manejo de MTX, información de baja calidad y de múltiples fuentes y alarmismo sobre los efectos secundarios. Esta situación la plantean los pacientes dependiendo de su área de salud lo que nos llevó a informarnos de cómo se administraba el MTX, a pacientes de Reumatología, en Alicante. Estos fueron los resultados.

### ***HOSPITAL DE ELCHE***

Este hospital fue pionero en Alicante en la preparación de las dosis de metotrexato para su administración en Centros de Salud.

Atención Primaria manda, durante toda la semana, el listado de dosis que necesitan. El sábado por la mañana, en el Hospital de Día de Oncología, se preparan todas las dosis necesarias y el lunes por la mañana se llevan a los Centros de Salud y, al mismo tiempo, se recogen las dosis sobrantes para reciclar o desechar.

En este hospital se preparan las dosis en el Hospital de Día porque esta allí situada la campana de flujo laminar para la preparación de citostáticos.

El número de dosis que prepara este hospital es aproximadamente de 100/semana.

### ***HOSPITAL DE SAN JUAN***

Los Centros de Salud dependientes de este hospital mandan por fax, durante toda la semana, el listado de las dosis que se necesitan. El viernes se preparan estas dosis en la farmacia del hospital y el lunes se reparten a los Centros de Salud para su administración.

Este hospital también reparte viales, jeringas y agujas a los pacientes que deseen pincharse ellos mismos. Se hace una valoración del paciente para ver que esta en condiciones de administrarse la medicación y, además, se le instruye en el manejo de la medicación.

Las dosis aproximadas que preparan son alrededor de 70/80 dosis y llevan unos quince días preparándolas.

### ***HOSPITAL DE ORIHUELA***

Contactamos con el supervisor de Farmacia y con uno de los farmacéuticos que nos dicen que ellos no preparan dosis de Metotrexato para Atención Primaria y, de momento, tampoco tienen previsto comenzar a preparar medicaciones.

### ***HOSPITAL DE ALCOY***

Hablamos con uno de los farmacéuticos de este hospital que nos dice que ellos no preparan ninguna medicación para fuera del hospital y, tampoco, en un futuro inmediato.

### ***HOSPITAL DE VILLAJYOSA***

Hablamos con la jefa de farmacia que nos dice que a nivel de Conselleria e impulsado por la gerencia de algunos hospitales se ha hablado del tema de la preparación del Metro trexato. Ellos de momento no los preparan pero, como están en época de cambios, es posible que dentro de unos meses lo hagan.

### ***HOSPITAL DE ELDA***

Este hospital no prepara dosis de Metrotrexate para los pacientes de Atención Primaria. Hablamos con la supervisora y con una farmacéutica que nos dice que ellos hicieron una valoración de esta medicación y teniendo en cuentas las características de este citostático, no irritante ni vesicante, consideran que se puede preparar en los Centros de Salud

### ***HOSPITAL DE SAN VICENTE***

La farmacia de este hospital no prepara dosis de Metrotrexato para Atención Primaria. Las dosis que se ponen se preparan en el Hospital de Alicante.

### ***HOSPITAL DE ALICANTE***

Desde el mes de julio del 2005 las dosis de Metrotrexato de los Centros de Salud que dependen de este Hospital se preparan aquí los miércoles por la tarde y se administran a los pacientes el jueves por la mañana.

## **CONCLUSIONES**

Diferente valoración, según el área de salud, de las condiciones en que debe ser manipulado el MTX. Esta situación provoca alarma y desconfianza en el usuario.

Se hace necesario la elaboración de un protocolo similar al que manejan las enfermeras inglesas y que tenga por objetivo reforzar por escrito la información oral, favorecer la participación del paciente en sus cuidados aumentando su autonomía personal y profesional, conocer los riesgos para minimizarlos, y mejorar la satisfacción del paciente y cuidadores.

Consideramos necesario que desde las Consultas de Reumatología se intruya al paciente sobre el manejo del MTX y, siempre que las condiciones del paciente lo permitan, se le indique la conveniencia de la autoadministración. En algunos Centros de Salud se establece una rigidez horaria que favorece el incumplimiento terapéutico y esta es una causa de recaída. No existe coordinación entre los horarios laborales, los escolares y los de los servicios públicos.

Es razonable adoptar medidas para controlar efizmente el riesgo potencial para la salud del personal sanitario. En todos los casos debe procederse a una adecuada formación de los trabajadores para que, conociendo los riesgos, conozcan los métodos de trabajo adecuados par minimizarlos.

La carga de trabajo no es, muchas veces, un buen indicador de la exposición, ya que esta suele tener más que ver con la técnica personal del trabajo que con el número de preparaciones por día que se realizan.

Se hace necesario, en la Consulta de Reumatología, la existencia de un responsable de enfermería para el control, seguimiento y educación del paciente crónico. Los pacientes informados están más capacitados para implicarse en el cuidado de su salud.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Sociedad Española de Reumatología. Estudio EPISER. Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española. Madrid Ed: Merck, Sharp Dohme, 2001.
- Royal College of Nursing. Administering subcutaneous methotrexate for inflammatory arthritis. London Ed: RCN, 2004
- Nicola PJ, Crowson CS, Maradit – Kremers H, Ballman KV, Rogers VL, Jacobsen SJ, et al. Contribution of congestive heart failure and ischemic heart disease to excess mortality in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2006;54:60-7.
- Papadopoulus NG, Alamanos Y, Voulgari PV, Epegelis EK, Tsifetaki N, Drosos AA. Does cigarette smoking influence disease expression, activity patients? *Clin Exp Rheumatol.* 2005;23:861-6
- Alperi M, Ballina FJ, Queiro R, Riestra JL, Moreno P, Lopez A et al. Tratamientos en artritis reumatoide precoz. *Semin. Fund Esp Reumatol* 2006;7:38-46
- Kinder AJ, Hasell AB, Brand J, et al. *Rheumatology* 2005; 44:61-66.
- Collado Ramos P. Enfermedad reumatológica en la infancia. *Reumatol Clin.* 2006;2(3):117-8



## 13. MESA DE TRABAJO N.º 3

Moderada por: **Dña. Jenny De la Torre Aboki. Enfermera.**

### “FORMACIÓN EN BASE A LAS EVIDENCIAS”

El objetivo de la formación en base a las evidencias no es otro sino el de optimizar la eficiencia de nuestra actuación profesional con el fin último de conseguir la satisfacción del paciente, resultado deseado y deseable en una asistencia de calidad .

Que la práctica de la Enfermería debe estar basada en la investigación y por tanto en la evidencia, es una afirmación ampliamente aceptada.

El término Medicina Basada en la Evidencia (MBE) fue acuñado en la Facultad de Medicina de la Universidad de McMaster en Canadá en los años 80. El término hace mención a una estrategia de aprendizaje clínico. Sus precursores la definieron como “el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones sobre el cuidado de los paciente”. Implica la integración de la maestría clínica con la mejor evidencia externa derivada de la investigación sistemática. Dicho término se extrapoló años más tarde al campo de la Enfermería, surgiendo así el término Enfermería Basada en la Evidencia.

Existen diferentes escalas de clasificación de la evidencia científica, basadas en el mayor rigor científico de determinadas características del diseño en comparación con otras posibles alternativas metodológicas.

El nivel de evidencia I, mayor nivel de calidad de diseño y rigor científico son aquellas evidencia obtenidas a partir de al menos un ensayo aleatorizado y controlado diseñado de forma apropiado. Mientras que el nivel de evidencia III, menor nivel de calidad de diseño y rigor científico son aquellas opiniones basadas en experiencias clínicas, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

Existen numerosos métodos de formación en base a las evidencias. A continuación se van a enumerar siete nociones generales sobre la enseñanza y el aprendizaje de la Práctica Basada en la Evidencia:

1. Deben centrarse en el paciente.
2. Deben centrarse en el alumno.
3. Deben ser activos e interactivos.
4. Debe ser un modelo esencial para convertirse en un profesional experto.
5. Compaginarse con y beneficiarse de la práctica clínica y las circunstancias.
6. Los profesionales que imparten la enseñanza de dicha práctica debes estar bien preparados (recursos e infraestructuras).
7. El aprendizaje debe poseer múltiples fases (reflexión, integración, utilización de los nuevos conocimientos y habilidades).

A pesar de lo descrito, no podemos olvidar la existencia de problemas para una Enfermería Basada en la evidencia.

El más importante es la insuficiencia de evidencias de la investigación en la práctica clínica. Y es que, la investigación en enfermería no está contribuyendo en demasía a la mejora de la práctica diaria de los profesionales.

Otras razones aducidas para el uso escaso de la Práctica Basada en la Evidencia son: la falta de tiempo e incentivos, la falta de especialidades pertinentes, el trabajo deficiente en equipo, la falta de conocimientos sobre el proceso de investigación, la falta de soporte técnico en las instituciones.

Sea como fuere, para un desarrollo científico de la profesión, se hace necesario vencer dichos obstáculos. Tal vez, los obstáculos institucionales sean los más insalvables, pero hemos de evitar que los obstáculos personales nos impiden proporcionar una asistencia cualificada, es decir, hemos de abandonar las acciones tradicionales sin evidencia razonable por acciones basadas en la mejor evidencia posible.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Donabedian A. La calidad de la asistencia ¿cómo podría ser evaluada?. JANO 19-25 Mayo 1989. Vol XXXVI N° 864.
2. Cabrero García J. Enfermería basada en la evidencia y utilización de la investigación. Index Enferm (Gran) 1999;27:12-18.
3. Jovell AJ, Navarro-Rubio MD. Evaluación de la evidencia científica. Med Clin (Barc)1995; 105: 740-743.
4. Sitzia J. Barriers to research utilization: the clinical setting and nurses themselves. European J Oncol Nursing 2001; 5 (3), 154-164.
5. Sackett D, Straus S, Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. Medicina Basada en la Evidencia: ¿Cómo practicar y enseñar la MBE?. Ed: Elsevier Science, Madrid 2002.

## COMUNICACIONES DE LA MESA

### **1ª. Evaluación de la formación en metodología enfermera en el Hospital General Universitario de Alicante: actitudes y conocimientos de las enfermeras**

Manuela Domingo Pozo, Francisco Vte. Blanes Compañ, Miguel Angel Fernández Molina. *U.P. Cuidados / Direc. Enferm. HGUA*

### **2ª. “Me falta el aire...”**

Adela Alonso Gallegos, Mª Luz Paz Parra, José Antº Morante Argudo, Adolf Guirao Gomis, Pepa Soler Leiva y Mª José Dasi García. *C.S. Florida*

### **3ª. La formación en base a las evidencias**

Modesta Salazar Agulló, Antonio Peña Rodríguez y Ana Mª Pereira Zapatero. *CEU Cardenal Herrera. Elx*

### **4ª. Necesito contárselo a alguien. Relación de ayuda en los cuidados de enfermería a pacientes con cáncer y familiares**

Elena Ferrer Hernández, Beatriz Llorens Mira, Vanesa Morales Camacho, Ana Alenda Botella y Ignacio González Jimenez. *Hospital de Elda*

### **5ª. Proyecto de Atención a Cuidadores Familiares**

Mª Jesús Luzan González y Teresa Caceller Migallón. *C.S. El Toscar*



***EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN  
EN METODOLOGÍA ENFERMERA EN EL  
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE  
ALICANTE: ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS  
DE LAS ENFERMERAS***

Domingo Pozo Manuela, Blanes Compañ Francisco,  
Fernández Molina Miguel Ángel.  
*Unidad Planes de Cuidados.*



## INTRODUCCIÓN

Desde finales de los años 90 ha surgido en España un interés espectacular por los planes de cuidados y su implantación en la asistencia sanitaria. Conceptos como el producto enfermero, el proceso enfermero, la estandarización, la protocolización de los cuidados, las nuevas taxonomías, los planes basados en NANDA, NIC y NOC... se han convertido en términos usuales dentro del vocabulario de las enfermeras y son aspectos ampliamente tratados en la literatura y las reuniones científicas de enfermería.

De las ventajas de la implantación de los planes de cuidados en la práctica asistencial no vamos a hablar pues hay amplia literatura al respecto que analiza ventajas e inconvenientes (1,2,3,4), si es verdad que se habla de la informatización como el medio para hacer viable en la práctica asistencial su éxito. Así, existen ya en el mercado varios aplicativos informáticos para la gestión de los cuidados de enfermería, el programa GACELA (ampliamente difundido en nuestro país dentro de los hospitales), el programa MOVICARE, CARE SUITE y AZAHAR, recientemente rebautizado como DIRAYA Cuidados (diseñado en Andalucía).

La orientación a la medición de las actividades, de los resultados, a buscar la eficiencia y la efectividad en la asistencia, a definir la cartera de servicios, obliga a los profesionales de enfermería a reflexionar sobre su aportación al proceso asistencial (5). Los nuevos modelos de gestión como la descentralización de los servicios sanitarios (transferencias de competencias a las comunidades), la privatización, la reforma de los procesos asistenciales, la externalización de servicios, los planes estratégicos, el enfoque al usuario como eje central, el interés a los resultados y la calidad total, ofrecen un panorama de cambio de la prestación de servicios sanitarios donde el profesional de enfermería debe hacer las modificaciones oportunas en su práctica para adaptarse a los nuevos tiempos. La estandarización de los cuidados y la utilización de herramientas como los planes de cuidados y las trayectorias clínicas se perfilan como los medios que pueden ayudar a la enfermería a lograr sus objetivos (6, 7,8). Mucho se ha hablado sobre el producto enfermero pero su indefinición o mejor dicho su poca visibilidad en el sistema sanitario obliga a las enfermeras de hoy día a clarificar cuál es nuestra competencia profesional específica, cuales son nuestras intervenciones y los resultados que obtenemos con ellas. Parece que todos estamos en algo de acuerdo “los planes de cuidados estandarizados son las unidades de cuidados más adecuadas para la medida del producto enfermero”(9)

Los interrogantes que debe responder en un futuro inmediato las enfermeras son: ¿Qué hace un profesional de enfermería?, ¿Suponen sus cuidados alguna diferencia en

la calidad de la asistencia recibida?, ¿Los cuidados de enfermería influyen en términos de mejora de la salud en los pacientes?, ¿Son los cuidados de enfermería más efectivos y eficientes que los de otros profesionales?, ¿Qué cuidados de enfermería resuelven los problemas del paciente?. ¿Se puede determinar la trazabilidad en los cuidados que ha tenido un paciente?. Para responder a estos interrogantes las enfermeras necesitan de los planes de cuidados pues “ Si no lo podemos nombrar, no lo podemos controlar, financiar, investigar, enseñar o poner en la política pública” Lang 1993.

Los planes de cuidados estandarizados se están implantando a lo largo y ancho de la geografía española. Así la División de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) consciente de este proceso crea en el año 2002 la Comisión de Planes de Cuidados para iniciar la implantación de planes de cuidados estandarizados en el HGUA y preparar al profesional para escenarios futuros. Más tarde creará la Unidad Planes de Cuidados.

Durante el año 2005 se implanta en el HGUA un programa de formación en metodología enfermera para impulsar el proyecto de la Dirección de Enfermería sobre implantación de planes de cuidados estandarizados. Dicha formación es acreditada con 4,3 créditos por la Comisión de formación continuada de la Comunidad Valenciana.

El objetivo de esta comunicación es:

*Analizar los conocimientos y actitudes de las enfermeras del HGUA hacia el proceso de enfermería.*

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio de intervención antes-después. Período a estudio: enero 2005 a junio 2005. Población a estudio= 87 enfermeras que realizaron la formación en metodología enfermera. Muestra: pretest N=84 (3 pérdidas que no realizaron la encuesta preformación), postest N=83 (4 pérdidas que no realizaron la encuesta postformación).

La intervención fue de 20 horas de formación sobre el modelo de cuidados del HGUA, proceso enfermero, sistemas estandarizados de lenguaje enfermero, resolución de casos prácticos y diseño de planes de cuidados. Se agruparon las enfermeras en 14 grupos. Total horas de formación en el año 2005 : 280 horas. Las enfermeras asistían a la formación dentro de su horario laboral.

Se realiza una encuesta de evaluación inicial con 15 variables (anexo I) (ítems abiertos y cerrados) y una encuesta de evaluación final con 12 variables (anexo II). Las encuestas son elaboradas a propósito del estudio.

La respuesta de los ítems nº 4, 7 y 8 de la evaluación inicial y los ítems 3, 4,5,6,7,8 y 9 se evalúa como correcta o incorrecta, a criterio de los investigadores.

Se realizó análisis descriptivo empleando frecuencias y porcentajes en las variables cuantitativas (ítems de respuesta cerrada) a través del software SPSS 10.0. En las variables cualitativas (ítems de respuesta abierta) se crearon categorías de respuesta y se procedió a su análisis de contenido con el software cualitativo NUDIST5.0.

A continuación se exponen los resultados.



## RESULTADOS

### ANÁLISIS CUANTITATIVO:

- Resultados de la encuesta de evaluación inicial. Ítems cuantitativos

De los 84 encuestadas, el 50% era personal fijo del HGUA y el 46,42 % eventual (3,57% de la muestra no contesta). Las enfermeras pertenecían a 11 unidades asistenciales: COT, Unidad de rodilla, MIN/Reumatología, Polivalente, Hospital de día de oncología, Oncología, neumología, Cirugía cardiaca y torácica, escolares, ginecología MIN y neurología. Le edad media de la muestra es de 40,1 años.

**Tabla 1: Ítem 4 ¿De cuántas fases se compone el proceso de enfermería?:**

Correcto	Incorrecto	No sabe / No contesta
37 (44,05%)	19 (22,62%)	28 (33,33%)

**Tabla 2: Ítem 6: ¿Utilizas en tu trabajo diario los diagnósticos de enfermería?:**

Sí	No	No sabe / No contesta
17 20,24%	64 76,19%	3 3,57%

**Tabla 3: De los 64 encuestados que contestaron que no:**

Opciones de respuesta	Frecuencias
No, porque no sé cómo formularlos	11 (17,18%)
No, porque no sirven para nada	0
No, porque mis compañeros no me van a entender	0
No, porque no me parece que se pueda aplicar a nuestro contexto	16 (25%)
No, porque nadie lo hace	25 (39,06%)
No, por falta de tiempo	6 (9,37%)
No contesta	6 (9,37%)

**Tabla 4: Ítem 7: El diagnóstico de enfermería se refiere a :**

Opciones de respuesta	Frecuencias
Aspectos formales	0
Problemas que, como profesionales de la salud, podemos y debemos tratar de forma independiente.	64(76,19%)
Etiquetas identificativas de procesos biológicos alterados	4(4,76%)
Resúmenes de alteraciones de los individuos	11(13,09%)
No contesta	5(5,95%)

**Tabla 5: ítem 8: ¿ Existe una clasificación de intervenciones de enfermería?**

<b>Correcto</b>	<b>Incorrecto</b>	<b>No sabe / No contesta</b>
15 (17,85%)	36 (42,85%)	33 (39,28%)

**Tabla 6: Ítem 9: ¿Trabajas a diario, en el cuidado de tus pacientes, con planes de cuidados previamente establecidos?**

<b>Sí</b>	<b>No</b>	<b>No sabe / No contesta</b>
21 (25%)	58 (69,04%)	5 (5,95%)

**Tabla 7: de los 58 encuestados que contestaron negativamente a la pregunta 9 se les pregunta ¿Por qué?:**

<b>Opciones de respuesta</b>	<b>Frecuencias</b>
No, porque no hay tiempo para elaborarlos	27(46,55%)
No, porque tengo dificultades para hacerlos	5(8,62%)
No, porque no sirven para nada	0
No, porque en mi servicio nadie lo hace	18(31,03%)
No contesta	8(13,79%)

**Tabla 8: De los encuestados que contestaron negativamente a la pregunta 9 se les pregunta por las necesidades para poder trabajar con planes de cuidados (pueden elegir más de una opción de respuesta), se producen 126 respuestas de las cuáles:**

<b>Opciones de respuesta</b>	<b>Frecuencias</b>
Formación en planes de cuidados	51(40,47%)
Más personal en las unidades	33(26,19%)
Apoyo de un experto externo a la unidad	7(5,5%)
Nada pues no me parecen útiles	0
Trabajo en equipo	23(18,25%)
Conocer otras unidades donde lo estén llevando a cabo	7(5,5%)
No contesta	5(3,96%)

**Tabla 9: ítem 10: ¿Cómo clasificarías tus conocimientos en informática a nivel usuario?**

Opciones de respuesta	Frecuencias
No tengo ningún tipo de conocimientos	22(26,19%)
Nivel básico	47(55,95%)
Nivel medio	9(10,71%)
Nivel alto	0
No contesta	6(7,14%)

• Resultados de la encuesta de evaluación final. Ítems cuantitativos  
 Se recogieron 83 encuestas (hubo una pérdida). La encuesta de evaluación final constaba de 12 ítems.

**Tabla 10: Ítem 3: ¿El PAE consta de cuantas etapas?**

Correcto	Incorrecto	No sabe / No contesta
68 (81,92%)	13 (15,66%)	2 (2,4%)

**Tabla 11: Ítem 4: ¿La tercera etapa del PAE se corresponde con:?**

Correcto	Incorrecto	No sabe / No contesta
75 (90,36%)	8 (9,63%)	0

**Tabla 12: Ítem 5: Los tipos de planes de cuidados pueden ser:**

Correcto	Incorrecto	No sabe / No contesta
17 (20,48%)	64 (77,11%)	2 (2,4%)

**Tabla 13: Ítem 6: ¿La definición del diagnóstico de enfermería es:?**

Correcto	Incorrecto	No sabe / No contesta
58 (69,87%)	21 (25,30%)	4 (4,81%)

**Tabla 14: Ítem 7: ¿La documentación escrita del plan de cuidados, en que etapa del proceso se realiza?**

Correcto	Incorrecto	No sabe / No contesta
44 (53,01%)	35 (42,17%)	4 (4,82%)

**Tabla 15: Ítem 8: ¿Y el registro de las actividades realizadas?**

<b>Correcto</b>	<b>Incorrecto</b>	<b>No sabe / No contesta</b>
43 (51,80%)	34 (40,96%)	6 (7,23%)

**Tabla 16: Ítem 9: ¿Qué significan los términos NIC y NOC?**

<b>Correcto</b>	<b>Incorrecto</b>	<b>No sabe / No contesta</b>
78 (93,97%)	2 (2,4%)	3 (3,6%)

**Tabla 17: Ítem 10: Tras los seminarios ¿Te sientes capaz de trabajar con planes de cuidados previamente establecidos?**

<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>No sabe / No contesta</b>
72 (86,75%)	11 (13,25%)	0

**Tabla 18: De los 11 encuestados que contestaron que no se sienten capaces de trabajar con planes de cuidados tras los seminarios se les preguntó el porqué:**

<b>Opciones de respuesta</b>	<b>Frecuencias</b>
No, porque no hay tiempo para elaborarlos	5 (45,45%)
No, porque tengo dificultades para hacerlos	5 (45,45%)
No, porque no sirven para nada	0
No, porque en mi servicio nadie lo hace	0
No contesta	1 (9,09%)

**Tabla 19: De los encuestados que contestaron negativamente a la pregunta 10 se les pregunta por las necesidades para poder trabajar con planes de cuidados (pueden elegir más de una opción de respuesta), se producen 21 respuestas de las cuáles:**

<b>Opciones de respuesta</b>	<b>Frecuencias</b>
Más horas de formación en planes de cuidados	4 (19,1%)
Más personal en las unidades	8 (38,09%)
Apoyo de un experto externo a la unidad	2 (9,5%)
Nada pues no me parecen útiles	0
Trabajo en equipo	4 (19,1%)
Conocer otras unidades donde lo estén llevando a cabo	3 (14,28%)
No contesta	0

## ANÁLISIS CUALITATIVO:

Para el análisis cualitativo se emplea el software NUDIST 5.0 con el que se realiza el análisis de contenido de los ítems de respuesta abierta de la evaluación inicial que evalúan actitudes y creencias de las enfermeras.

Así el ítem 3 ¿Qué es para ti un plan de cuidados de enfermería?, pretende explorar el marco conceptual de las enfermeras hacia los planes de cuidados.

De las 135 unidades de texto que contestaron las enfermeras, se crean las siguientes categorías:

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencias</b>
Normas/ pautas de actuación	36 % (48 unidades de texto)
Un proceso	22% (30 unidades de texto)
Una visión global del paciente	18% (24 unidades de texto)
Instrumento de trabajo	8,9% (12 unidades de texto)
Registro	7,4% (10 unidades de texto)
Guía de cuidados	5,2% (7 unidades de texto)
No contesta	2,5%

El ítem 5 ¿Qué tipo de actividades crees que son las más registradas en los registros de enfermería?, se pregunta con la intención de investigar las creencias de las enfermeras sobre lo que registran.

De las 103 unidades de texto generadas, se establecen estas categorías:

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencias</b>
Actividades delegadas por el médico	8,7% (9 unidades de texto)
Actividades relacionadas con el proceso enfermero	28% (29 unidades de texto)
Cuidados de enfermería:	61,7% (64 unidades de texto)
• Técnicas	32% (33 unidades de texto)
• Necesidades básicas	20% (21 unidades de texto)
• Dolor	9,7% (10 unidades de texto)
No contesta	1,6%

El ítem 11: ¿Qué ventajas crees que puede tener informatizar los registros de enfermería? esta pregunta pretende explorar las fortalezas de la informatización de los registros de enfermería, en cuanto a creencias de las enfermeras.

Surgen 108 unidades de texto que se agrupan en:

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencias</b>
Unificar criterios/ estandarizar	15% (16 unidades de texto)
Rapidez	24% (26 unidades de texto)
Ahorro tiempo	14% (15 unidades de texto)
Reflejar el trabajo enfermería	14% (15 unidades de texto)
Mejorar acceso a la información del paciente	13% (14 unidades de texto)
Otras	8%
No contesta	12,03%

El ítem 12: ¿y que inconvenientes?, esta pregunta pretende explorar las debilidades de la informatización de los registros de enfermería, en cuanto a creencias de las enfermeras.

De las 115 unidades de texto generadas:

<b>Categorías</b>	<b>Frecuencias</b>
Falta formación	11% (unidades de texto)
Problemas técnicos	10% (unidades de texto)
Más carga de trabajo	9,6% (unidades de texto)
Falta de tiempo	12% (unidades de texto)
Cumplimiento	9,6% (unidades de texto)
Otras	28,1%
No contesta	19,7%

## **DISCUSIÓN**

A la vista de los resultados expuestos anteriormente podemos afirmar que ha habido un aumento de conocimientos en torno al proceso enfermero y su metodología. Estudios similares (10,11) demuestran que las intervenciones formativas acerca del proceso enfermero y manejo de planes de cuidados aumentan los conocimientos y habilidades de las enfermeras en estos aspectos, así como aseguran el éxito en la fase de implantación de planes de cuidados (12). Así, nuestros resultados, en cuanto a las variables de conocimientos el 44,05% de las enfermeras sabían cuáles eran las etapas del proceso enfermero antes de la intervención, tras la formación el 81,92% de las enfermeras contestaron correctamente a las preguntas sobre las etapas del proceso. Antes de la formación tan sólo el 17,85% de las enfermeras le sonaba que existía clasificaciones internacionales de enfermería (NANDA-NIC-NOC), tras la intervención formativa el 93,97% conocían y sabían el significado y utilidad de las clasificaciones. El 69,04% de las enfermeras previo a la intervención afirmaban no trabajar con planes de cuidados pero tras la intervención formativa el 86,75% de las mismas se sentía capaz de trabajar con planes de cuidados estandarizados. En la encuesta de evaluación inicial se preguntaba a las enfermeras si utilizaban en su trabajo diario los diagnósticos de enfermería, el 20,24% afirman que si los utilizan. Estos datos contrastan con un estudio de Gómez J et al(13) que analizaba los registros de enfermería en el HGUA donde el índice de utilización de diagnósticos de enfermería es del 0%, en cambio las enfermeras al preguntar sobre la utilización de los mismos creen que si los utilizan, este hecho podría deberse al concepto que de diagnóstico de enfermería tengan las enfermeras. De otro estudio anterior realizado en el hospital por Domingo et al(14) donde se analizaban las opiniones y creencias de las enfermeras acerca del proceso enfermero, asistimos a un cambio importante en las creencias de las mismas sobre que actividades son las más registradas, hemos podido ver que en nuestro estudio un 28% de las enfermeras afirman que las actividades más registradas tienen que ver con el proceso enfermero y un 61,7 % con cuidados de enfermería. Tan sólo un 8,9% de las encuestadas piensan que lo que más se

registran son actividades delegadas por el médico, este aspecto entra en controversia con otros autores como Hernández Rivas (15) que en su estudio detectan que en el discurso de las enfermeras se ocupan y preocupan más de registrar las actividades derivadas de la prescripción médica en detrimento de las suyas propias. Si se comparan estas respuestas con las obtenidas en el estudio anteriormente citado(14) realizado en el HGUA en el año 2003 donde las enfermeras afirmaban que las actividades más registradas eran las delegadas por el médico. Así mismo existe un cambio en el concepto de plan de cuidados. El concepto de plan de cuidados para las enfermeras de los datos obtenidos en este estudio se deduce que es una visión global del paciente, un proceso que guía la práctica. En el año 2003 el plan de cuidados era un programa de resolución de problemas.

Las estrategias que se planteó la comisión de planes de cuidados en el año 2003 tras realizar la encuesta fueron: formación en metodología enfermera, supervisión continua, soporte técnico y ayuda en la elaboración de planes de cuidados, formación en informática a nivel de usuario, apoyo de experto externo a la unidad, sesiones clínicas de exposición de casos. Este cambio espectacular de las creencias de las enfermeras que se produce en estos 3 años de trabajo y formación en planes de cuidados, quizás es muy aventurado afirmar que dicho cambio es atribuible a la formación en metodología enfermera y al resto de estrategias desarrolladas que se llevan realizando en el hospital en estos últimos años pero lo que no cabe duda es que algo está ocurriendo...y esperamos que ese “algo” beneficie la futura implantación de los 50 planes de cuidados estandarizados que llevamos hasta el momento realizados y donde se hayan implicadas más de 200 enfermeras de este hospital. Sólo desde la interiorización y asimilación de esta metodología se conseguirá implantar los planes de cuidados. Este trabajo va dedicado a las todas las enfermeras anónimas que han trabajado duramente y con mucha ilusión en los planes de cuidados estandarizados del HGUA. A ellas nuestras más sinceras gracias por todo lo aprendido con ellas durante las largas sesiones de trabajo.

Limitaciones del estudio: las encuestas utilizadas en la investigación son elaboradas para el estudio y por lo tanto no están validadas a través de estudios de validez, fiabilidad y sensibilidad. El sesgo de selección está controlado puesto que se pasa las encuestas a toda la población a estudio. En cuanto a los cambios en el nivel de conocimientos de las enfermeras se pueden atribuir a la intervención aunque sería necesario hacer una evaluación transcurridos unos meses de la intervención formativa para determinar si se han afianzado esos conocimientos.

## **CONCLUSIONES FINALES:**

- La formación acerca del proceso enfermero facilita la adopción y cambio de conocimientos, creencias y actitudes para la introducción de esta metodología en la práctica.
- La supervisión continua, el apoyo de un experto, ayuda en la elaboración de los planes de cuidados son estrategias fundamentales para la introducción del proceso enfermero en la práctica.

- Conocer el punto de vista y las creencias de las enfermeras sobre el proceso enfermero y su utilidad en la práctica es fundamental si se quiere alcanzar tasas de implantación aceptables.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Matud Calvo, MC; Cos Octavio, MI; Díaz-Prieto Huidobro, A y Mayoral Blay, JM. La medida del nivel de cuidados de los pacientes de UCI. Comparación de los métodos PRN, TISS y APACHE. *Enfermería Clínica*, vol 2, nº 2:43-50, 1995.
2. Görel Hansebo, Mona Kihlgren y Gunnar Ljunggren .Review of nursing documentation in nursing home wards- changes after intervention for individualized care. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 29 (6): 1462-1473, 1999.
3. Serrano Sastre, R. Et al. "Estandarizar los cuidados. Cuando lo hecho es válido- Rev. Rol de enfermería nº 227-228, julio-agosto 1997
4. Sánchez Linares, A; Sans Penon, C. Protocolizar las actividades de enfermería. *Rev Rol de Enfermería*. Vol 24(1): 67-74, 2001.
5. Teixidor Freixa, M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (II). *Rev. Rol Enf* 2002; 25(5):328-330.
6. Teixidor Freixa, M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (IV). *Rev. Rol Enf* 2002; 25(10):650-652
7. Teixidor Freixa, M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (y V). *Rev. Rol Enf* 2002; 25(11):774-778
8. Teixidor Freixa, M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (I). *Rev. Rol Enf* 2002; 25(4):254-256
9. Teixidor Freixa, M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales (III). *Rev. Rol Enf* 2002; 25(6):408-410
10. FROMETA MATOS, Mirna, ALBA IGARZA, Maricela, MOMBLANCH GARCIA, Dayamí et al. Modo de actuación en proceso de enfermería. *Rev Cubana Enfermer*, Mayo-ago. 2000, vol.16, no.2, p.101-105. ISSN 0864-0319.
11. Zaragoza A. Introducción del proceso de enfermería en una unidad de hospitalización de un hospital universitario: una investigación acción. Tesis doctoral de la Universidad de Navarra. 2004
12. García Sánchez F, Roncero Roncero A, Pulido de la Torre MD, García Pliego A. Experiencia de implantación del proceso enfermero en el área de atención primaria de Ciudad Real. *Enfermería Comunitaria* 2005;1(2):32-36
13. J. Gómez Robles, M. Domingo Pozo, EM. Gabaldón Bravo, C. Terrés Ruiz, M. Torres Figueiras, MA. Fernández Molina. Terminología utilizada por las enfermeras del Hospital General de Alicante en la hoja de cuidados de enfermería. *Index Enferm*. 2003;40-41:16-19
14. Domingo M, Gómez FJ, Ballesta F et al. Opinión de las enfermeras del HGUA sobre la implantación de planes de cuidados. Comunicación presentada en las IX Jornadas de Enfermería del HGUA. Alicante noviembre 2003 pp: 273-274
15. Hernández Rivás A, De Andrés Gimeno B, Caamaño Vaz C, Solís Muñoz M, García López F. Análisis del grado de aplicación del proceso de cuidados enfermero en las unidades de hospitalización de un hospital de atención especializada. Libro ponencias. VIII Encuentro de investigación en Enfermería. Madrid 2004.



## ANEXO I: ENCUESTA EVALUACIÓN INICIAL.

Por favor no pongen vuestro nombre, ni DNI... pues la encuesta es anónima. Gracias.

Servicio: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Situación laboral:            Fijo             Eventual

3. ¿Qué es para ti un plan de cuidados de enfermería?

4. ¿De cuántas fases se compone el proceso de enfermería?

5. ¿Qué tipo de actividades crees que son las más registradas en los registros de enfermería?

7. ¿Utilizas en tu trabajo diario los diagnósticos de enfermería?    Sí             No

Si tu respuesta es negativa: ¿Por qué?

No, porque no sé cómo formularlos

No, porque no sirven para nada.

No, porque mis compañeros no me van a entender

No, porque no me parece que se pueda aplicar a nuestro contexto.

No, porque nadie lo hace.

8. El diagnóstico de enfermería se refiere a:

a. Aspectos formales.

b. Problemas que, como profesionales de la salud, podemos y debemos de tratar de forma independiente.

c. Etiquetas identificativas de procesos biológicos alterados.

d. Resúmenes de alteraciones en los individuos.

9. Existe una clasificación de intervenciones de enfermería:

a. Verdadero; se denomina NANDA.

b. Verdadero; se denomina NOC.

c. Verdadero; se denomina NIC.

d. Ninguna de las opciones anteriores es cierta.

10. ¿Trabajas a diario, en el cuidado de tus pacientes, con planes de cuidados previamente establecidos?    Sí             No

Si tu respuesta es negativa:

a. ¿Por qué?:

- No, porque no hay tiempo para elaborarlo
- No, porque tengo dificultades para hacerlo.
- No, porque no sirve para nada.
- No, porque en mi servicio nadie lo hace.

b. ¿Qué necesitarías para poder trabajar con planes de cuidados?

- Formación en metodología de trabajo con planes de cuidados.
- Más personal en las unidades.
- Apoyo de un experto externo a la unidad.
- Nada, pues no me parecen útiles.
- Trabajo en equipo.
- Conocer otras unidades donde lo estén llevando a cabo.

11. ¿Cómo clasificarías tus conocimientos en informática a nivel de usuario?

- No tengo ningún tipo de conocimientos
- Nivel básico.
- Nivel medio.
- Nivel alto.

12. ¿Qué ventajas crees que puede tener informatizar los registros de enfermería?

13. Y por el contrario, ¿Qué inconvenientes?

## ANEXO II: ENCUESTA EVALUACIÓN FINAL.

Por favor no pongen vuestro nombre, ni DNI... pues la encuesta es anónima. Gracias

Servicio: \_\_\_\_\_

1. Edad: \_\_\_\_\_

2. Situación laboral:            Fijo                             Eventual

3. El P.A.E. consta de:

- a. Cinco etapas.
- b. Tres etapas
- c. Cuatro etapas.
- d. Dos etapas.

4. La tercera etapa del P.A.E se corresponde con:

- a. Valoración.
- b. Diagnostico.
- c. Evaluación.
- d. Planificación.

5. Los tipos de planes de cuidados en enfermería pueden ser:

- a. Individuales.
- b. Protocolizados.
- c. Individualizados y estandarizados.
- d. Todas las opciones son correctas.

6. "Un juicio clínico que se hace de una familia, individuo o comunidad sobre sus respuestas a los problemas reales o potenciales de salud o procesos vitales. ofrece la base para la selección de las intervenciones de enfermería para alcanzar resultados de los cuales enfermería es responsable" se corresponde con el concepto de:

- a. Evaluación de la valoración.
- b. Ejecución.
- c. Diagnóstico de enfermería.
- d. Evaluación.

7. La documentación escrita del plan de cuidados, ¿En qué etapa del proceso se realiza?:

- Ejecución
- Valoración
- Diagnóstico
- Evaluación
- Planificación

8. ¿Y el registro de las actividades realizadas?

- Ejecución
- Valoración
- Diagnóstico
- Evaluación
- Planificación

9. ¿Qué significan los términos NIC y NOC?

10. Tras los seminarios, ¿Te sientes capaz de trabajar con planes de cuidados previamente establecidos?

Si  No

Si tú respuesta es negativa:

c. ¿Por qué?:

- No, porque no hay tiempo para elaborarlo
- No, porque tengo dificultades para hacerlo.
- No, porque no sirve para nada.
- No, porque en mi servicio nadie lo hace.

d. Aparte de estos seminarios, ¿Qué más necesitarías para poder trabajar con planes de cuidados?

- Más horas de formación.
- Más personal en las unidades.
- Apoyo de un experto externo a la unidad.
- Nada, pues no me parecen útiles.
- Trabajo en equipo.
- Conocer otras unidades donde lo estén llevando a cabo.

***“ME FALTA EL AIRE...”***

Adela Alonso Gallegos, M<sup>a</sup> Luz Paz Parra, José Ant<sup>o</sup> Morante Argudo, Adolf  
Guirao Gomis, Pepa Soler Leiva y M<sup>a</sup> José Dasi García.  
*C.S. Florida*



## **SINOPSIS**

Marivi, 37 años, diagnosticada de asma en 1969, en los últimos años ha tenido varias reagudizaciones, infratratada, abandona el tratamiento en cuanto esta mejor. Su médico del Centro de Salud Florida en Marzo del 2005, decide derivarla a consulta enfermería para iniciar autocontrol del asma. Su nivel de gravedad del asma es “persistente moderada” (según SEMFYC 1996) (1), la espirometría muestra un patrón obstructivo y el tratamiento actual es de corticoides inhalados 2 inhalaciones (budesonida 800ug) cada 12 horas y broncodilatador B2 de larga duración 2 inhalaciones cada 12 horas, el broncodilatador de acción corta a demanda según los síntomas.

## **VALORACIÓN INICIAL**

Para la Valoración del paciente se utilizan los Patrones Funcionales de Marjory Gordon (2), por ser la valoración más utilizada en el territorio español, se adapta bien en el ámbito de Atención Primaria, esta relacionada con los diagnósticos NANDA y permite realizar una valoración integral e integrada del paciente. En la primera visita, en Marzo del 2005, se realiza una valoración lo más exhaustiva posible para poder detectar los diagnósticos más importantes, priorizar y desarrollar un plan de cuidados para los próximos meses.

### **1. PATRÓN PERCEPCIÓN-CONTROL DE LA SALUD**

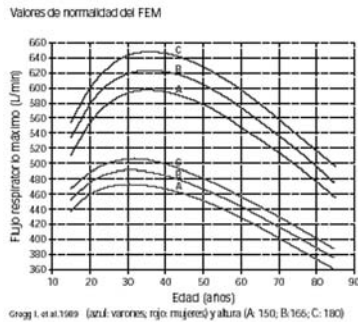
- ¿Conoce su problema de salud?: Sabe que tiene asma desde los 8 años, que es alérgica al polvo y pelos de perros y gatos y que la humedad le perjudica, sabe que es una enfermedad para toda la vida. También tiene rinitis y muchos problemas de piel.
- ¿Conoce los cuidados que precisa?: Sabe que debe tener un ambiente en casa sin muchos objetos, sin alfombras, le perjudica ambientes cargados y que fumen en casa.
- ¿Conoce el tratamiento farmacológico que debe llevar?: Sabe que debe tomar los inhaladores cuando se encuentra mal, pero cuando esta mejor los deja y solo toma el broncodilatador de acción corta.
- ¿Número de ingresos hospitalarios? Ninguno, pero en el último año ha tenido reagudizaciones casi todos los meses y ha tenido que tomar en muchas ocasiones antibióticos, pues el resfriado le baja siempre al pecho.
- Hábitos tóxicos: No fuma y no bebe.
- ¿Qué vacunas tiene puestas? Vacunaciones del adulto correctas.

## 2. PATRÓN NUTRICIONAL-METABÓLICO

- Peso: 63 kgr.
- Talla 153 cm.
- IMC: 27
- Presión arterial: 130/80
- Frecuencia cardiaca: 85
- Dieta: Variada y equilibrada en nutrientes. Dos vasos de leche al día, 3 piezas de fruta al día, verdura todos los días, 2 veces a la semana legumbres, 3 veces a la semana pescado, menos carnes roja y mas aves.
- Ingesta de líquidos: 1500cc al día

## 3. PATRÓN ACTIVIDAD-EJERCICIO

- ¿Practica algún tipo de ejercicio físico? No realiza ejercicio físico, ir al trabajo, recoger a sus hijas del colegio, pero siempre que va a comprar o a algún sitio utiliza el coche.
- Tipo de respiración en el momento de la valoración: Normal. Comenta que tiene “pitos” al realizar esfuerzos y también por la noche que la despiertan 2 o 3 veces a la semana.
- Tos: Diurna y nocturna. Seca, irritativa y poco productiva.
- Secreciones: Abundantes de color blanquecino, pero cuando se le baja al pecho son amarillentas y verdes. No conoce técnica para mejorar la expectoración.
- Utiliza inhaladores: Cartucho presurizado sin cámara y polvo seco. Realiza técnica de ambos inhaladores incorrecta. No conoce para que sirve cada inhalador.
- FEM actual 290 63% del FEM teórico que es 460. Para obtener el FEM teórico se utiliza la tabla de valores del flujo espiratorio máximo “Modificada de Grieg. Jun AJ Br Md J 1973;



## 4. PATRÓN SUEÑO- DESCANSO

- Número de horas que duerme por la noche: De 7 a 8 horas.
- Tiene problemas de sueño: Sueño interrumpido por los síntomas del asma varias veces a la semana, por lo que muchos días no se levanta descansada.
- ¿Utiliza medidas auxiliares? No. Cuando tiene los síntomas, se levanta y utiliza el broncodilatador de acción corta, cuando se le pasa se vuelve a acostar.



## 5. ROL-RELACIONES

- Casada con dos hijas de 9 y 7 años.
- Relaciones familiares: Satisfactorias
- Satisfacción laboral.
- ¿El problema de salud lo comparte con alguien?: Con su marido y con su madre.
- ¿La situación actual de salud ha supuesto un cambio en las relaciones sociales?  
Si, pues muchas veces no estoy en condiciones de salir con los amigos.

## 6. ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

- ¿Cómo siente el problema de salud que tiene? Esta preocupada por su salud, “me falta el aire...para cuidar a mis hijas..para trabajar...no puedo disfrutar de diversiones...”
- ¿Cómo podría afrontar este problema? “Yo se que tengo que cuidarme más”.
- Especifique: “Tendría que caminar, pero no puedo porque me fatigo. El médico me dice que no tengo que dejar la medicación...pero cuando me encuentro bien no la tomo.”
- ¿Cree que la van apoyar en casa? “Si, no hay ningún problema”.

## DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:

Después de realizar la valoración se seleccionan varios diagnósticos NANDA (3):

- **00031: Limpieza ineficaz de las vías aéreas.**
- **00126: Conocimientos deficientes.**
- **00168: Sedentarismo.**
- **00069: Afrontamiento inefectivo.**
- **00001: Desequilibrio nutricional por exceso.**

Se procede a su priorización mediante la red de razonamiento clínico propuesto por Daniel Pesut y se llega a la conclusión que la respuesta humana de Marivi es:

**00031: Limpieza ineficaz de las vías aéreas**, relacionado con tos ineficaz, abundantes secreciones, disnea y conocimientos deficientes de su enfermedad, técnicas inhalatorias incorrectas, faltan medidas de evitación y desconocimiento de los beneficios del ejercicio físico.

**Definición:** Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables.

### Características definitorias:

- Disnea.
- Disminución de los sonidos respiratorios.
- Ortopnea
- Sonidos respiratorios adventicios (sibilancias, estertores, crepitantes, roncus).
- Ausencia o inefectividad de la tos.
- Producción de esputo.
- Cianosis
- Dificultad para vocalizar
- Ojos abiertos

- Cambios en la frecuencia y ritmo respiratorios
- Agitación.

**Factores relacionados:**

- Ambientales: Tabaquismo, irritación por el humo, fumador pasivo.
- Obstrucción de las vías aéreas: Espasmo de las vías aéreas, retención de las secreciones, mucosidad excesiva, vía aérea artificial, cuerpos extraños en las vías aéreas, secreciones bronquiales, exudado alveolar.
- Fisiológicos: Disfunción neuromuscular, hiperplasia de las paredes bronquiales, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infección, asma, vías aéreas alérgicas.

**INDICADORES DE RESULTADO**

En marzo del 2005 se escoge el indicador siguiente(4):

**0704: Autocontrol del asma:**

**Definición:** Acciones personales para revertir la situación inflamatoria secundaria a la constricción bronquial de las vías respiratorias.

La Escala Liker va de (1) nunca demostrado a (5) siempre demostrado.

INDICADOR	INICIO 03/2005	FIN 04/2005
070413: Demuestra un uso apropiados inhaladores, difusores y nebulizadores	2	5
070406: Duerme toda la noche sin tos o sibilancias	1	5
070407: Se levanta descansado	2	5
INDICADOR	INICIO 03/2005	FIN 07/2005
070403: Realiza las modificaciones ambientales apropiadas	3	5
070410: Monitoriza habitualmente el flujo máximo	1	5
070414: Autocontrola las exacerbaciones	1	5
070415: Contacta con profesionales sanitarios cuando los síntomas no se controlan	1	5
070420: Utiliza un diario para controlar los síntomas	1	5
INDICADOR	INCIO 07/2005	FIN 02/2006
200405: Ejercicio habitual	1	5
200408: Forma física aeróbica	1	5
200409: Índice de masa corporal	3 (27)	4 (26)

A partir de Julio se avanzara en el tema del ejercicio físico y gimnasia respiratoria, utilizando otros resultados que mejoraran su calidad de vida resolviendo problemas de sedentarismo, disminuir IMC de 27 a 25, así como aumentar su capacidad pulmonar.

**2004: Forma física:**

**Definición:** Ejecución de actividades físicas con vigor.

La Escala Liker va de (1) gravemente comprometido a (5) no comprometido.

**INTERVENCIONES**

Se realizan 9 visitas de enfermería (marzo 2005- febrero 2006). Desarrollando de forma gradual 8 intervenciones NIC con 25 actividades (5):

**5602: Enseñanza proceso enfermedad**

**5616: Enseñanza medicamentos prescritos:**

**2311: Administración de medicación inhalada.**

**3350: Monitorización respiratoria.**

**3140: Manejo de las vías aéreas.**

**6410: Manejo de la alergia.**

**0200: Fomento del ejercicio.**

**5230: Aumentar afrontamiento.**

**Marzo del 2005:****1ª visita:****- 5602: Enseñanza proceso enfermedad:**

- 560203: Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede.
- 560204: Describir el proceso de la enfermedad:
- 560210: Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y / o controlar el proceso enfermedad.

**- 5616: Enseñanza medicamentos prescritos:**

- 561602: Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- 561604: Instruir al paciente acerca de la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicamento.
- 561615: Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosis y subdosis.

**- 2311: Administración de medicación inhalada:**

- 231104: Determinar la habilidad del paciente para manipular y administrar la medicación.
- 231105: Ayudar al paciente a utilizar el inhalador según esté prescrito.
- 231106: Enseñar al paciente a utilizar la cámara de aire (espaciador) con el inhalador según sea conveniente.
- 231199: Enseñar al paciente a utilizar el polvo seco.

**- Contenido básico de las tres intervenciones:**

- El asma es una enfermedad respiratoria crónica e inflamatoria. Los bronquios normalmente están inflamados, pero este estado es reversible. Además se estrechan fácilmente en respuesta a gran variedad de estímulos ambientales o de otro

tipo. Ello determina episodios de obstrucción bronquial de intensidad variable con tos, disnea y con frecuencia hay abundantes secreciones.

- Hay dos tipos de inhaladores:
  - Los fármacos antiinflamatorios (corticoides básicamente), son la medicación de mantenimiento o controladora.
  - Los fármacos broncodilatadores se usan como sintomáticos, son la medicación aliviadora o de rescate.
- Uso correcto de los inhaladores: De la cámara con cartucho presurizado y del polvo. Se insiste en la necesidad de no utilizar el cartucho presurizado sin cámara, pues su principal desventaja es que requiere una correcta coordinación entre la pulsación y la inhalación, mientras que con la utilización de la cámara no es necesaria la coordinación, además la cámara mejora la distribución y la cantidad de fármaco que llega al árbol bronquial (evidencia A), reduce el depósito de partículas del fármaco en la boca y orofaringe, y disminuye la tos y posibilidad de candidiasis oral que puede asociarse al uso de corticoides inhalados (evidencia A).

### **2ª visita (a la semana):**

- Se comprueba técnicas de inhaladores con cámara y polvo seco. Realización correcta.
- No se propone ninguna intervención nueva y se refuerza la técnica y contenido de la visita inicial.
- 3350: Monitorización respiratoria: En cada visita realizaremos el FEM en la consulta: 310
- 335012: Vigilar los valores PFT, sobre todo de la capacidad vital, fuerza respiratoria máxima, volumen respiratorio forzado en un segundo (FEV1) y FEV1/FVC, según disponibilidad.

### **3ª visita: (a los 15 días):**

- Se comprueba técnicas de inhaladores con cámara y polvo seco. Realización correcta.
- **3140: Manejo de las vías aéreas:**
  - 314007: Fomentar una respiración lenta y profunda, giros y tos.
  - 314009: Enseñar a toser de manera eficaz.
  - 314099: Enseñar a eliminar secreciones nasales, utilizando lavados nasales, si procede.
- **Contenido básico:**
  - Más adelante se le enseñaran distintos ejercicios de gimnasia respiratoria, pero ahora lo que nos interesa es que aprenda a toser antes de tomar la medicación, para eliminar las secreciones y siempre que las tenga.
  - Técnica: Inspirar profundamente para hinchar pecho y barriga, retener 3 segundos y tirar todo el aire con boca abierta tosiendo fuertemente 2 o 3 veces.

- Se le enseña la técnica de lavados nasales para realizar por la mañana y noche antes de tomar la medicación.

- **3350: Monitorización respiratoria:** En cada visita realizaremos el FEM en la consulta: 330

- 335012: Vigilar los valores PFT, sobre todo de la capacidad vital, fuerza respiratoria máxima, volumen respiratorio forzado en un segundo (FEV1) y FEV1/FVC, según disponibilidad.

## **Abril del 2005:**

### **4ª visita: (a los 15 días)**

- Se comprueba técnica para toser: Realización correcta. Los lavados nasales realiza algunos días, pero en general tiene menos secreciones.

- **2311: Administración de medicación: Inhalación**

- 231197: Enseñar al paciente la técnica y registro en las gráficas del FEM obtenido con el peak-flow.
- 335017: Anotar aparición, características y duración de la tos.
- 335018: Vigilar las secreciones respiratorias del paciente.
- 335019: Observar si hay disnea y sucesos que la mejoren o empeoren.

### **- Contenido básico:**

- El Peak Flour Meter es un instrumento que sirve para medir el flujo espiratorio máximo (FEM). El FEM es una medida objetiva de la obstrucción bronquial que se correlaciona bien con el volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV1).
- La automonitorización del paciente con FEM a largo plazo es capaz de reducir hasta un 50% los incidentes relacionados con el asma y mejorar la calidad de vida, respecto al sistema tradicional de seguimiento (nivel de evidencia 2-POEMS)
- Los valores de normalidad se determinan por la talla, edad y sexo, pero se recomienda como valor de referencia la mejor marca obtenida por el paciente en fase no crítica, que llamaremos mejor marca personal. Utilizaremos Modificada de Gregg. Jun AJ Br Med J 1973; 3:282.
- En la consulta de Atención Primaria nos permite valorar el grado de obstrucción bronquial. Se considera que el descenso del FEM superior al 20% del teórico es orientativo de obstrucción. Nos permite valorar la respuesta al tratamiento. Detectar descensos del FEM relacionados con algunos factores desencadenantes como el frío, ejercicio, alérgenos domésticos...
- Por lo tanto enseñamos la técnica del FEM, le proporcionamos una gráfica para que anote los valores por la mañana, tarde y noche, la medicación y los síntomas que vaya teniendo.

Días	1			2			3			4			5			6		
M/T/N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N	M	T	N
750																		
700																		
650																		
600																		
550																		
500																		
Ideal 460																		
450																		
400																		
350 (mejor marca)																		
300																		
Empezó con 290																		
250																		
200																		
150																		
100																		
Medicación																		
Sintomas																		

- **3350: Monitorización respiratoria: En cada vista realizaremos el FEM en la consulta: 350**

- 335012: Vigilar los valores PFT, sobre todo de la capacidad vital, fuerza respiratoria máxima, volumen respiratorio forzado en un segundo (FEV1) y FEV1/FVC, según disponibilidad.

**Mayo del 2005: (al mes)**

**5ª visita:**

- Se comprueba registro en grafica del flujo expiratorio máximo y de síntomas. Gráfica registro correcto. Al realizar bien la técnica y mejorar el FEM se le indica que solo lo realice mañana y noche.

- **6410: Manejo de la alergia:**

- 641017: Enseñar al paciente / padre para que evite sustancias alérgicas, si procede.
- 641020: Debatir los métodos de control de alérgenos ambientales (polvo, moho y polen).

**- Contenido básico:**

- Marivi ya ha manifestado en la primera visita, que conoce algunas medidas, como no utilizar alfombras, no utilizar cortinas que no se puedan lavar a menudo, no tiene animales en su casa, y debe evitar que los amigos fumen en su casa.
- La única medida antiácaros que ha evidenciado una eficacia relativa en el control de síntomas de asma es el uso de fundas en el colchón y almohada, asociado a su lavado frecuente. Más que la utilización de físicos o químicos para la reducción de los mismos.

**- 3350: Monitorización respiratoria: En cada visita realizaremos el FEM: 360**

- 335012: Vigilar los valores PFT, sobre todo de la capacidad vital, fuerza respiratoria máxima, volumen respiratorio forzado en un segundo (FEV1) y FEV1/FVC, según disponibilidad.

**Julio del 2005: ( a los dos meses)**

**6ª visita:**

- Se comprueba registro en grafica del flujo expiratorio máximo y de síntomas. Gráfica registro correcto.
- **2311: Administración medicación: inhalación.**
- 231198: Fomentar el autocontrol de la mediación mediante el uso del peak-flow.

**- Contenido básico:**

- Una vez que la paciente esta registrando bien las cifras de FEM le enseñamos a valorar los resultados, para ello utilizamos una estrategia clara y didáctica para el autocontrol que es el sistema de zonas. Consiste en establecer unos niveles de gravedad basados en el FEM y en los síntomas que el paciente puede reconocer relacionándolos con los colores del semáforo.
- Zona verde: Asma controlada sin síntomas: FEM entre el 80-100% del mejor valor del paciente, 296 a 370. En esta zona mantener el mismo tratamiento y las medidas higiénico dietéticas.
- Zona amarilla: Precaución: FEM entre el 60 –80% con síntomas nocturnos, al levantarse o con actividad diaria, 222 a 296. En esta zona revisar si se esta tomando la medicación todos los días, las medidas de evitación y si es todo correcto doblar dosis de corticoides inhalados (esto es pautado con el médico), si en 48 horas no hay mejoría se consulta con la enfermera.
- Zona roja: Peligro, crisis grave, hay que contactar con el médico: FEM entre 40-60%, el empeoramiento diario de los síntomas es progresivo, aparecen en reposo, alteran el sueño e interfieren con la actividad diaria, 140 a 222. Tratamiento con b2 adrenérgico inhalados de acción corta en cámara (4-6 inhalaciones cada 20 minutos)

**- 3350: Monitorización respiratoria: En cada vista realizaremos el FEM: 370**

- 335012: Vigilar los valores PFT, sobre todo de la capacidad vital, fuerza respiratoria máxima, volumen respiratorio forzado en un segundo (FEV1) y FEV1/FVC, según disponibilidad.
- El FEM 370 supone un 80% del FEM ideal, han disminuido los síntomas nocturnos y diurnos, por tanto, se consulta con su medico y se reduce el corticoide inhalado ( budesonida 400 ug) 1 inhalación cada 12 horas y de B2 de larga duración 1 inhalación cada 12 horas.

**Septiembre del 2005:**

**7ª visita:**

- Se comprueba registro en grafica del flujo expiratorio máximo y de síntomas. Gráfica registro correcto. Y comprensión del sistema de zonas para el autocontrol.

**- 3140: Manejo de las vías aéreas:**

- 314005: Realizar fisioterapia torácica, si está indicado.

**- Contenido básico:**

- La gimnasia respiratoria mejora la calidad de vida, reduce la dependencia y aumenta la tolerancia al ejercicio. Antes de enseñar los ejercicios respiratorios habrá que tener en cuenta unas consideraciones generales:
  - Realizarla dos veces al día, antes de desayunar y antes de cenar.
  - Lavado nasales por las mañanas
  - Tomar aire contando 4 segundos, mantener 3 segundos y tirar durante 5 segundos.
  - Una mano en el pecho y otra en la barriga.
  - Realizarla en la cama, en el suelo ó sentado con la espalda recta, nunca en el sofá.
  - Ejercicios de gimnasia respiratoria:

- 1.- Tapar orificio derecho de la nariz y tirar el aire por el izquierdo. Hacer 5 veces.
- 2.- Tapar orificio izquierdo de la nariz y tirar el aire por el derecho. Hacer 5 veces.
- 3.- Respirar hinchando el pecho. Hacer 5 veces.
- 4.- Respirar hinchando la barriga. Hacer 5 veces
- 5.- Respirar hinchando el pecho y la barriga. Hacer 5 veces

- Los ejercicios se realizan en la consulta, para comprobar que ha comprendido las instrucciones. Marivi nos comenta que no va a poder realizar la gimnasia por las mañanas, que le parece muy interesante hacerlo por las noche o por la tarde. SE queda así y insistimos que por las mañanas realice el ejercicio de toser y los lavados nasales.



**- 3350: Monitorización respiratoria: En cada vista realizaremos el FEM: 400**

- 335012: Vigilar los valores PFT, sobre todo de la capacidad vital, fuerza respiratoria máxima, volumen respiratorio forzado en un segundo (FEV1) y FEV1/FVC, según disponibilidad.
- Cambiamos zonas, pues la mejor marca personal es de 400:
  - Zona verde: 320 a 400
  - Zona amarilla: 240 a 320
  - Zona roja: 160 a 240.

**Noviembre del 2005:**

**8ª visita:**

**- 0200: Fomento del ejercicio:**

- 020005: Informar al paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- 020007: Instruir al paciente acerca de la frecuencia e intensidad deseada de los ejercicios del programa.

**- 5230: Aumentar afrontamiento.**

- 523035: Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.

**- Contenido básico:**

- Se le ofrece un programa de ejercicio, que va a mejorar su capacidad pulmonar, además que le va a ayudar a reducir peso (peso actual) beneficios del ejercicio aeróbico.
- Caminar durante 30 minutos 3 veces a la semana con una intensidad moderada.
- Se le enseña a tomar la frecuencia cardiaca, pues debe estar entre 92 y 153 como máximo.
- Para iniciar el programa:
  - 1ª, 2ª y 3ª semanas 10 minutos dos veces a la semana.
  - 3ª, 4ª y 5ª semanas 20 minutos tres veces a la semana.
  - a partir de la 6ª semana 30 minutos 3 veces a la semana.

**- 3350: Monitorización respiratoria: En cada vista realizaremos el FEM: 400**

- 335012: Vigilar los valores PFT, sobre todo de la capacidad vital, fuerza respiratoria máxima, volumen respiratorio forzado en un segundo (FEV1) y FEV1/FVC, según disponibilidad.

**Febrero del 2006:**

**9ª visita:**

- Evaluación

## EVALUACIÓN

Puntuación indicadores (febrero 2006):

<b>INDICADOR</b>	<b>INCIO</b>	<b>FIN 02/2006</b>
<b>070413: Demuestra un uso apropiados inhaladores, difusores y nebulizadores</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>070406: Duerme toda la noche sin tos o sibilancias</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>070407: Se levanta descansado</b>	<b>2</b>	<b>5</b>
<b>070403: Realiza las modificaciones ambientales apropiadas</b>	<b>3</b>	<b>5</b>
<b>070410: Monitoriza habitualmente el flujo máximo</b>	<b>1(290)</b>	<b>5(400)</b>
<b>070414: Autocontrola las exacerbaciones</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>070415: Contacta con profesionales sanitarios cuando los síntomas no se controlan</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>070420: Utiliza un diario para controlar los síntomas</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>200405: Ejercicio habitual</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>200408: Forma física aeróbica</b>	<b>1</b>	<b>5</b>
<b>200409: Índice de masa corporal</b>	<b>3 IMC (27)</b>	<b>4 IMC (26)</b>

Nivel de gravedad del asma “persistente leve”, ha reducido a la mitad corticoide inhalado, no necesita broncodilatador de larga duración y FEM 400 (86% del FEM ideal).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Naberan Toña, K.X. Manejo del Asma en Atención Primaria. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Barcelona. 1996.
2. Marjory Gordon. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. Harcourt Bracede España. Madrid. 1999.
3. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2005 – 2006.
4. Moorhead, S. Jonson, M. Maas, M. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). Elsevier, 3ª edición. Madrid. 2005.
5. McCloskey Dochterman, J. Bulechek, Gloria M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier, 4ª edición. Madrid. 2005.

# **LA FORMACIÓN EN BASE A LAS EVIDENCIAS**

Modesta Salazar Agulló, Antonio Peña Rodríguez y Ana M<sup>a</sup> Pereira Zapatero.  
*CEU Cardenal Herrera. Elx*



## INTRODUCCIÓN

La enfermería como ciencia social, es una actividad apasionante en donde se produce, básicamente, una relación de comunicación entre las personas. A los alumnos de enfermería de la Universidad Cardenal Herrera se les exige una excelencia no sólo técnica, sino humana.

La Diplomatura en Enfermería en la Universidad CEU de Elche está regulada por el Plan de Estudios, aprobado por Orden de 1 de Julio 2000 (Anexo I), para la Universidad Cardenal Herrera-CEU. La sede central está en Moncada (Valencia). La Diplomatura está adscrita a la Facultad de Ciencias Experimentales y de la Salud a cuyo frente se sitúa un Decano y hay también un Director de Departamento. En el año 2000 se puso en marcha la Diplomatura en Enfermería en Valencia y el Consejo de Gobierno decidió que los estudios debían implantarse también en la ciudad de Elche, comenzando en el curso académico 2003/2004.

El plan aprobado contempla la realización de 200 créditos en tres cursos académicos, con clases teóricas, teórico-prácticas y prácticas. El objetivo es conseguir que el alumno esté capacitado para desempeñar su trabajo como enfermero generalista con preparación científica y humana y capacitación suficiente para valorar, identificar y evaluar las necesidades de salud y de cuidados de las personas sanas y enfermas de las familias y la comunidad. Así, la función de los enfermeros al cuidar de las personas sanas o enfermas, es la de evaluar sus respuestas a su estado de salud o a su restablecimiento o a una muerte digna, ayudándoles si es posible, a recuperar lo más pronto posible su independencia.

La formación en enfermería exige que el alumno adquiriera una serie de competencias o capacidades esenciales para poder llevar a cabo su función como enfermeras generalistas. Las competencias suponen un nivel básico de conocimientos, actitudes, comportamiento y habilidades técnicas necesarias que un estudiante una vez graduado debe poseer para poder abordar el conjunto de situaciones que surgen en la práctica profesional general.

Se trata de la primera promoción española que se gradúa sin techo en la Universidad,

La Enfermería Basada en la Evidencia (EBE), consiste (1) en el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible a la hora de tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, procedente de investigación válida y fiable.

Su campo de actuación está muy claramente definido en la práctica asistencial, hacia la que mayoritariamente se dirigen los objetivos formativos de los alumnos de

pregrado. Y sus beneficios parecen estar fuera de toda duda en cuanto a la mejora de la calidad del cuidado sanitario, contención de costos, etc.

Por ello los profesores, procedentes fundamentalmente del medio sanitario, nos planteamos ¿por qué no aplicar la EBE en el campo docente?. Sin embargo, la realidad es que existe escasa bibliografía sobre la Evidencia en la formación de enfermeras.

Al inicio de la Diplomatura de Enfermería en nuestra Universidad, una de las cuestiones que nos planteamos fue la “adaptación” o conversión ante el Nuevo Espacio de Educación Superior, incluso la transcripción en créditos ECTS (Sistema Europeo de transferencia y acumulación de créditos); si bien, ante las incertidumbres convenimos en mantener el sistema tradicional, aunque la enseñanza tenía que cumplir, al menos, estas dos premisas:

- Que los docentes fueran competentes en sus materias y capaces de impartir los contenidos más actualizados y basados en evidencias.
- Que la formación práctica, complementaria de la teórica, se asemejara al máximo a las condiciones reales, es decir, capacitar para la acción.

Las prácticas clínicas abren un mundo nuevo al alumno de Enfermería, donde tiene la oportunidad de poder aplicar los conocimientos adquiridos en el aula, de impregnarse de los valores que rigen la actividad enfermera, utilizando la reflexión como instrumento para la realización de su actividad práctica.

La reflexión como instrumento para el aprendizaje ha sido descrita por Schön (2) quien ha definido dos formas de reflexión básicas.

Reflexión en la acción la que realizan las enfermeras en su actividad diaria, reflexión que influye en las decisiones que toman para la realización de los cuidados a las personas que atienden.

Reflexión sobre la acción. Ésta tiene un carácter retroactivo; nos sitúa en la actividad realizada y analizamos todo lo que ha ocurrido. La reflexión pone en juego muchas de nuestras capacidades, como la orientación, la concentración y la imaginación.

A continuación expondremos los objetivos generales que pretendemos conseguir bajo las premisas enumeradas.

## **OBJETIVOS GENERALES**

Los alumnos, durante su periodo de prácticas, deberán participar con los Diplomados de Enfermería en las actividades relacionadas con la función asistencial, lo que les llevará a:

- Tomar contacto con el medio hospitalario, de forma que conozcan la filosofía, las metas, las políticas, los procedimientos, las expectativas y las instalaciones. En definitiva deberá conocer la organización del centro asistencial.
- Conocer y experimentar de cerca, el trabajo enfermero, sus dificultades y compensaciones.

- Integrarse en el equipo sanitario, estableciendo relaciones positivas, destacando la importancia del trabajo en equipo.
- Poner en práctica los conocimientos teóricos aprendidos en el Aula de Simulación y adquirir destrezas y habilidades dirigidas a la prevención, promoción y cuidados del individuo, familia y sociedad.
- Ser capaz de ponerse en el lugar del enfermo y así ser consciente de sus necesidades.
- Desarrollar el máximo respeto a los derechos del paciente y ser capaz de tomar decisiones de acuerdo con unos valores éticos.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Para los estudiantes de la primera promoción (egresada en el curso académico 2005/2006) los objetivos fueron tutorizados por los propios docentes de las asignaturas con créditos clínicos (Fundamentos de Enfermería, en 1º curso; Enfermería Médico Quirúrgica I y II, Enfermería Maternal y Enfermería Infantil en 2º curso y en 3º curso Salud Pública y Enfermería Médico-Quirúrgica III).

Las clases teóricas se imparten en horario de tarde, desde Septiembre a finales de Junio (según calendario oficial establecido por la Universidad). El lugar es en el Centro del CEU en Elche (Calle Carmelitas, 3, en el centro de la ciudad).

El modelo de enfermería utilizado se basa en Virginia Henderson y las Necesidades Humanas Básicas (NHB) en primer curso, profundizando en metodología de intervenciones (NIC – NOC) en segundo curso y en tercero con los diagnósticos de la NANDA ( x).

Sin embargo, tenemos que admitir que tenemos que trabajar más a fondo para unificar la metodología de enseñanza, teórica y práctica, para que el alumno perciba UNIDAD DE PENSAMIENTO Y DE ACCION, actividad que se realizará probablemente en el presente curso académico, utilizando como hemos indicado previamente la metodología del caso y el aprendizaje basado en problemas, sistema que permite al alumno aprender a desenvolverse en situaciones similares a las que encontrará durante el desarrollo profesional.

Todo ello va precedido de un sistema de trabajo en grupos reducidos en los entornos de prácticas (de simulación, laboratorio de nutrición, microbiología, fundamentos, etc.), para conseguir los profesionales de enfermería que la institución ha definido.

La Universidad Cardenal Herrera-CEU puso en marcha a partir del curso 2005/2006 las siguientes novedades:

- Plan de Acción Tutorial personalizado.
- Selectividad en cuanto a la superación de créditos del primer curso que, de no conseguirse, obligarían al alumno a dejar los estudios.
- Prueba de Inglés en el cambio de ciclo (lo que no afecta a los estudiantes de Enfermería).
- Trabajo con la Metodología del Caso, programa impartido por profesores de la Academic and Professional Programs for the Americas (LASPAU) de Harvard University. Programa Platón (ANEXO II).

El curso académico 2005/2006 iniciamos la puesta en marcha de una intranet propia denominada PORTAL DE PRACTICAS CLINICAS ENFERMERIA ELCHE, para que fuera el principal elemento favorecedor de la comunicación entre profesores y alumnos durante el curso académico, y muy especialmente en los periodos de prácticas clínicas. (ANEXO III)

Para el curso académico 2006/2007 y en concreto, en la titulación de Enfermería, vamos a incorporar las siguientes novedades:

- Incorporación de dieciocho nuevos profesores asociados pertenecientes a los centros asistenciales donde los alumnos realizan prácticas. Con ello se pretende mejorar la calidad tutorial. (Anexo IV: distribución por centros de prácticas). Estos profesores asociados dispondrán de todas las herramientas para el aprendizaje y enseñanza que precisen, incluso el uso de la intranet de la Universidad.
- Adscripción de alumnos al programa de SALUD ESCOLAR. Según acuerdo firmado con el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, los estudiantes de enfermería de 3º curso de la Universidad Cardenal Herrera-CEU acudirán en el curso académico 2006/2007 a los colegios e institutos de la provincia para desarrollar prácticas en el programa de “Enfermería Escolar”.
- La evidencia sobre la necesidad de concretar los objetivos prácticos nos ha hecho elaborar diversos documentos sobre la definición de objetivos de prácticas en cada servicio o unidad clínica (proceso en el que aplicamos de manera continua el proceso de evaluación)
- Evaluación del profesorado. Todos los profesores (incluidos los asociados de prácticas) son evaluados anualmente por los alumnos, lo que favorece la toma de decisiones sobre introducir elementos de mejora.

## RESULTADOS

El perfil de los alumnos graduados en la primera promoción de Enfermería de la Universidad Cardenal Herrera CEU de Elche es el siguiente:

- Compuesto inicialmente por 82 alumnos, de los cuales se graduaron 63 el 15 de Junio de 2006.
- Solo el 11,1% son hombres.
- La media de edad es de años (DS +- );
- Uno de cada cuatro proceden de Formación Profesional y Pruebas de acceso de mayores de 25 años.
- En cuanto a la procedencia geográfica, el mayor porcentaje corresponde a alumnos domiciliados en Elche (29), seguidos de Alicante (18). Sin embargo también acudieron alumnos de muchos lugares (Huelva, Cádiz, Toledo, Ciudad Real...). Del norte y sur de la provincia (respectivamente 5 en cada caso).
- El 100% de los alumnos realizaron prácticas en centros asistenciales de la provincia de Alicante, con la máxima cercanía posible al domicilio habitual (durante el curso).

Estamos pendientes de conocer los resultados del Observatorio Laboral, aunque todas las informaciones que nos llegan sobre la colocación hacen referencia a una



tasa muy elevada en la época estival (incluso en algunos casos con pluriempleo). Parece que la continuidad a partir de Octubre es similar a la de los alumnos de otras Universidades. Otro aspecto a destacar, aunque no tenemos constancia fidedigna del número de alumnos, es la matriculación en programas de Master de Enfermería en la Universidad de Alicante, Universidades catalanas y madrileñas.

Otro grupo de egresados preparan exámenes EIR para la obtención del acceso a la especialidad de Matrona.

### **CONCLUSIONES: De la tradición a la evidencia**

- La formación de enfermeras de la Universidad Cardenal Herrera-CEU acaba de iniciarse, de ahí que haya datos que no pueden ofrecerse todavía.
- Hemos pretendido que la formación tenga un alto contenido científico, basado en la mejor evidencia disponible en cada momento. La Universidad ofrece los medios para ello tanto al profesorado como a los alumnos.
- La formación práctica del alumno se basa en escenarios reales (aunque la formación inicial se realiza en condiciones de laboratorio, en salas de simulación). La tutorización de los alumnos por los profesionales sanitarios permite que éstos se enfrenten con la realidad asistencial desde el primer día de las prácticas, y que por tanto evidencien las necesidades con que se van a encontrar a diario y apliquen el cuidado enfermero en las mejores condiciones para cada paciente.
- El apoyo de los profesionales del ámbito asistencial a los alumnos se constata año tras año, agradecimiento que hacemos extensivo nuevamente a todo el foro, y al que felicitamos por su búsqueda incansable de la excelencia a través de la evidencia científica; también somos conscientes del reto que supone trabajar con alumnos de enfermería y el estímulo que supone para la mejora profesional.
- En unos años se prevén grandes modificaciones del plan de estudios, en la conversión de la Diplomatura a estudios de Grado, según marcan los acuerdos europeos.
- La Universidad Cardenal Herrera-CEU tiene entre sus objetivos formar profesionales en Enfermería con la misión fundamental de saber cuidar (para lo que se ofrecen los mejores medios técnicos y humanos), pero también de buscar el crecimiento personal.
- Seguimos buscando la excelencia en la formación, a través de los instrumentos de mejora que hemos dado a conocer y que, en resumen, se basan en la constatación de la evidencia como argumento científico, la incorporación de nuevos profesionales y extensión de las prácticas a nuevos ámbitos.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- [www.scele.es](http://www.scele.es)
- 2.- Forneris, Susan G; Peden-McAlpine, Cynthia J. Contextual Learning: A Reflective Learning Intervention for Nursing Education. University of Minnesota. <http://www.bepress.com/ijnes/vol3/iss1/art17/> (consultado 15 Oct 2006)
- 3.- Agencia Laín Entralgo. El Aprendizaje Basado en Problemas. Una herramienta para toda la vida. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.

- 4.- Enfermería docente. Hospital Virgen de la Victoria. Málaga. <http://www.index-f.com/edocente/revista.php> (consultado 15 Oct 2006)
- 5.- Escuela Univ. de Enfermería La Paz. Metodología de Enseñanza de Enfermería.
- 6.- Otra bibliografía consultada
  - Fernández Ferrín, C; Novel Martí, G. (1993) El proceso de atención de Enfermería. Estudio de Casos. Edic. Científicas y Técnicas, S.A. Barcelona.
  - Programa Platón. Fundación Sergio Arboleda-San Pablo (LASPAU), 2005.
  - Mompart García, M.P. (2999), Administración de Servicios de Enfermería. Masson, S.A., Serie Manuales. Barcelona.
  - [http://www.who.int/whr/2006/media\\_centre/06\\_chap3\\_fig10\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2006/media_centre/06_chap3_fig10_es.pdf) (OMS: recomendaciones formación enfermeras) Consultado acceso oct 2006

**ANEXO I:  
PLAN DE ESTUDIOS DE LA DIPLOMATURA EN ENFERMERÍA  
FACULTAD DE CIENCIAS EXPERIMENTALES Y DE LA SALUD  
(MONCADA)**

**Diplomatura en Enfermería**

**PRIMER CURSO Impartición Créditos**

TR Estructura y Función del Cuerpo Humano Anual 12

TR Fundamentos de Enfermería Anual 14

TR Psicosociología del Cuidado Cuatrim. 6

TR Bioestadística y Demografía Cuatrim. 4,5

TR Microbiología y Parasitología Cuatrim. 6

TR Nutrición y Dietética Cuatrim. 4,5

TR Epidemiología Cuatrim. 4,5

TR Patología General Cuatrim. 6

TR Libre configuración 9

**SEGUNDO CURSO Impartición Créditos**

TR Enfermería Médico-Quirúrgica I Anual 14

TR Enfermería Médico-Quirúrgica II Anual 14

TR Enfermería Maternal Anual 9

TR Enfermería Infantil Anual 9

TR Farmacología Clínica Cuatrim. 4,5

Optativa 1 Cuatrim. 4,5

Optativa 2 Cuatrim. 4,5

Libre configuración 9

**TERCER CURSO Impartición Créditos**

TR Salud Pública Anual 12

TR Enfermería Médico-Quirúrgica III Anual 14

TR Enfermería Geriátrica Cuatrim. 6

TR Enfermería Psiquiátrica y de Salud Mental Cuatrim. 6

TR Administración de Servicios de Enfermería Cuatrim. 7

TR Legislación Sanitaria y Deontología Cuatrim. 4,5

OB Bioética Cuatrim. 4,5

Optativa 3 Cuatrim. 4,5

Optativa 4 Cuatrim. 4,5

Libre configuración 4

## **ANEXO II: PROGRAMA PLATÓN**

El objetivo del Programa Platón es ofrecer a los profesores la oportunidad de ampliar el conocimiento de la filosofía y las técnicas de discusión de clase, particularmente del método del caso, y mejorar sus habilidades para utilizarlas como sistema pedagógico en sus cursos. El método es especialmente útil para desarrollar el criterio de los estudiantes, que recurren a sus propios procesos de análisis y síntesis. Se trata de propiciar un aprendizaje centrado en el estudiante (enseñanza activa). Programa impartido por profesores de la Academic and Professional Programs for the Americas (LASPAU) de Harvard University.

### **Necesidad de una nueva metodología**

La iniciativa del Programa Platón surge de la percepción de que el sistema de enseñanza actual, basado en la tradicional clase magistral, se muestra, en gran medida, inadecuado para las nuevas generaciones de estudiantes que llegan a las aulas universitarias: sus intereses, sus valores, su capacidad de trabajo y su preparación ya no son los mismos. Se hace, por tanto, necesario trabajar en una nueva metodología docente, es decir, en una nueva forma de transmitir los conocimientos, que logre captar la atención y el interés del universitario de hoy.

Esta nueva metodología se basa en la concepción del aula como un lugar de trabajo y no de mera transmisión del conocimiento que está en los libros. La asistencia regular del alumno a clase permite que pueda ser evaluado de manera continua por el trabajo que en ella va desarrollando a lo largo del curso, de tal modo que ese trabajo tiene un valor y un reflejo en la nota finalmente obtenida. En esta metodología, el papel del docente queda reforzado como la figura que acompaña al alumno en el estudio, que le ayuda a afrontar por sí mismo cada asignatura y que le presta el acompañamiento necesario para alcanzar el nivel exigido.

**ANEXO III**  
**PROFESORES ASOCIADOS DE PRACTICAS EN CENTROS**  
**ASISTENCIALES DE LA PROVINCIA DE ALICANTE, QUE PARTICIPAN**  
**EN LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS**

Hospital de la Vila . . . . .	1
Hospital de Elda . . . . .	1
Hospital de San Joan . . . . .	2
Hospital de Alicante . . . . .	2
Hospital de Elche . . . . .	4
Departamento 19 – A.P.S.- . . . . .	4
Hospital de Orihuela . . . . .	1
Sanatorio Perpetuo Socorro . . . . .	1
Clínica Vistahermosa . . . . .	1
Clínica San Jaime – Torrevieja- . . . . .	1



**NECESITO CONTÁRSELO A ALGUIEN.  
RELACIÓN DE AYUDA EN LOS CUIDADOS  
DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON  
CÁNCER Y FAMILIARES**

Elena Ferrer Hernández, Beatriz Llorens Mira, Vanesa Morales Camacho,  
Ana Alenda Botella y Ignacio González Jimenez.  
*Hospital de Elda*





*“Concédete palabras a la pena...La pesadumbre que no habla, ata nuestro agotado corazón y lo muerde hasta romperlo” Shakespeare*

## **RESUMEN**

Nuestra comunicación se plantea como una propuesta de cuidados y como iniciativa para detectar las percepciones de un grupo de pacientes oncológicos y sus familiares, que constituyen una Asociación Comarcal de Afectados por el Cáncer de Villena, para seguir desarrollando otros encuentros que contribuyan a mejorar la relación de ayuda, fortalecerles en su autonomía ante la toma de decisiones, clarificar cuales son los canales de información y orientarles en el conocimiento y control de sus sentimientos. Para tal fin concertamos una reunión en la Sede de la Asociación, donde acudieron un grupo de quince personas dispuestas a compartir sus experiencias. Para abrir el debate se proyectó un cortometraje que suscitaba la reflexión de determinadas situaciones que aparecen durante el proceso de la enfermedad.

Las manifestaciones de las personas allí reunidas fueron recogidas para ser analizadas posteriormente. Estos encuentros resultan enriquecedores ya que aportan propuestas de mejora y contribuyen a fomentar el sentimiento de pertenencia e integración en los grupos sociales.

**PALABRAS CLAVE:** Cáncer, relación de ayuda, información, sentimientos

## **INTRODUCCIÓN**

Obligar a las personas a recordar, posiblemente uno de los momentos más difíciles de su vida, hace que algunos revivan sus miedos. Conocer el diagnóstico de cáncer provoca reacciones psicoemocionales de gran impacto para el paciente y su entorno familiar. El ser humano que mantiene buenas relaciones de apoyo familiar y lazos significativos con otros se encuentra en mejores condiciones psicofisiológicas para poder superar la propia enfermedad. Con el apoyo de los otros, el enfermo es capaz de mejorar y de afrontar la enfermedad. Para el enfermo oncológico el apoyo social marca la diferencia entre abandonar la esperanza y no ceder, entre querer vivir y desear morir.

Todos queremos y necesitamos de alguien en quien confiar, para apreciarlo, para dar y recibir información, consejo, retroalimentación, validación. En el ambiente hospitalario el equipo sanitario constituye el sistema de apoyo social, con el fin de reducir los diversos trastornos psíquicos que acompañan a la enfermedad.

La experiencia previa vivida en cada familia, el nivel cultural, la seguridad, el grado de ansiedad, etc., determinan el balance de actuación en cada familia, existiendo miembros que desempeñan roles de alarma y otros que actúan neutralizando la ansiedad y/o preocupación que ha surgido en la familia.

## **OBJETIVOS**

- Obtener información sobre las actitudes y vivencias de los pacientes afectados de cáncer y sus familiares desde que fueron informados que tenían la enfermedad.
- Identificar las necesidades de atención sanitaria y social de los enfermos con cáncer tal y como son percibidas y expresadas por éstos y sus familiares.
- Crear un encuentro de dialogo y expresión de sus sentimientos, generando así un estado de bienestar físico y afectivo en donde el paciente se siente admirado, respetado, amado y siendo conscientes de que hay personas disponibles para proporcionarle cariño y seguridad.
- Hacer sentir a los pacientes y familiares su pertenencia y grado de aceptación en el contexto de redes sociales como son las asociaciones que promueven su salud y estimulan su recuperación psicofísica.

## **MÉTODO**

Se ha proyectado un cortometraje, interpretado y realizado por nosotros mismos y que escenifica la vivencia de María, una paciente diagnosticada de cáncer. Tras conocer los resultados de las pruebas que le han realizado, la paciente se plantea su futuro y su proyecto de vida. Gracias a la intervención del equipo sanitario, utilizando la relación de ayuda, María vuelve a retomar la esperanza y la ilusión de seguir viviendo.

La muestra de las personas que formaban parte del estudio, un total de 15, eran pacientes oncológicos y familiares de la Asociación Comarcal de Afectados por el Cáncer de Villena, situándose en edades comprendidas entre 45 y 70 años. El diagnóstico generalizado de los asistentes era cáncer de mama. Todos los pacientes habían finalizado su tratamiento. La invitación a la sesión se hizo de forma voluntaria y se les comunicó a todos el respeto a la confidencialidad y anonimato de las personas allí presentes. Tras la proyección del corto se constituyó un grupo de discusión donde se plantearon una serie de preguntas abiertas para posteriormente realizar una puesta en común.

## **RESULTADOS**

Los resultados obtenidos muestran las vivencias y necesidades sanitarias y sociales percibidas y expresadas por los pacientes oncológicos y sus familiares. Según se desprende de los comentarios manifestados, destaca la falta de comunicación y tacto a la hora de transmitir el médico el diagnóstico. Los pacientes expresan la sensación de que en el proceso asistencial se les atiende bien pero no se les acompaña, no se detienen a escuchar sus sentimientos. No hay una comunicación compartida con la familia. En la asistencia sanitaria se demanda una atención más rápida sin demora en

el diagnóstico inicial, a promover una atención más global que tenga en cuenta además de la enfermedad orgánica la alteración emocional asociada.

Las distintas manifestaciones de las personas participantes las hemos estructurado en diversas categorías para ser analizadas.

### **Pensamientos generados ante la espera del diagnóstico**

Una de las características del proceso de la enfermedad es que los acontecimientos se desarrollan con demasiada rapidez.

*Todo se desencadena muy rápido, la persona no asimila la realidad y sigue viviendo.*

*Me puse malísima, solo quería que me dijeran enseguida lo que tenía. Era una incertidumbre.*

*El tiempo de espera entre las pruebas y el resultado definitivo fue muy rápido, ni siquiera me planteé que pudiese tener cáncer; no me he parado a pensarlo hasta ahora que hace ya un año.*

La ausencia de síntomas que avise a la persona de que sufre una enfermedad hace que aceptar el diagnóstico de cáncer sea más difícil, puesto que la persona no asume el rol de enfermo.

*Aun sabiendo el diagnóstico como no tenía síntomas, solo un bultico y todo sucedió tan rápido que no pensaba que era tan malo.*

### **Al recibir la información**

Queda patente en las manifestaciones de las personas presentes que la información que dan los médicos no es la más adecuada y genera una gran insatisfacción. Habitualmente hay una gran discordancia entre lo informado por el médico y lo retenido por el paciente. Tenemos la vivencia de una mujer que reclama una información entendible a su nivel cultural y se encuentra con una contestación poco apropiada.

*Yo estaba tranquila hasta que recogí los resultados, el médico me explicó todo con palabras técnicas y como mi hija no lo entendía le preguntó si se lo podía explicar otra vez de forma que ella lo entendiera mejor, y el médico le dijo...—le estoy diciendo que su madre tiene un cáncer malo, malísimo—. Mi hija psicológicamente se quedó muy mal. Lo dijo de tal manera que parecía que me iba a morir al mes siguiente. No deberían dar las noticias así tan bruscas y tan mal dichas.*

La comunicación e información personalizada, centrada en las necesidades multidimensionales del paciente, aparece como un elemento fundamental para amortiguar el impacto emocional y facilitar su percepción de control, de tal modo que el enfermo pueda sentirse entendido y respetado en su mundo de valores y disponga del espacio de participar en la toma de decisiones que le afecten.

*Creo que la conversación de médico/enfermera a paciente tendría que ser mejor de lo que es, y es necesario para todos aunque las personas sean más o menos fuertes, es imprescindible.*

Los pacientes pueden tener referencia de mayor información y necesidades en unas situaciones que en otras, pueden necesitar con más intensidad información y volverse especialmente vulnerables ante una comunicación escasa. La Ley es muy clara cuando dice que bajo ningún concepto si el paciente lo desea o está capacitado legalmente para ello, puede sustituirse su voluntad por la de cualquier otra persona.

*Yo le dije al médico que lo que tuvieran que decir que me lo dijeran a mí.*

*El servicio de Oncología debería dar mucha más información de la que da, porque yo por ejemplo me enteré que este brazo tenía peligro porque me lo dijeron las que ya estaban operadas, porque el médico no me comentó nada.*

La verdad tiene un amplio espectro con la suavidad en un lado y la dureza en el otro, los pacientes siempre prefieren la verdad delicada. Tristemente esta persona tuvo que escuchar la parte dura.

*A mi me dijeron si te lo quitas podrás vivir, sino morirás.*

El tiempo es el que marca, en cada persona, el tomar la decisión de demandar la información que precisa. Por lo tanto es conveniente valorar cuando una persona esta dispuesta a recibir la información que queremos dar. La verdad soportable es el eje de la comunicación con el enfermo. El paciente como expresión del ejercicio de su Autonomía puede ejercer el “derecho a no saber” de su enfermedad; toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada pudiendo restringirse cuando sea estrictamente necesario en beneficio de la salud del paciente o por las exigencias terapéuticas del caso.

*Yo no quería saber, por eso no preguntaba, lo iba aceptando poco a poco.*

*Me dieron un papel explicándome lo de la bolsa pero no leí el papel de la información no lo quería saber. Yo quería vivir el día a día, no quería saber, voy a pasar la operación y ya esta, fue conforme llegue a casa cuando iba pensando.*

### **Compartir la información con los demás**

¿Es fácil hablar de la enfermedad en la familia?, ¿puedo llorar delante de mi familia? ¿Puedo expresar mi enfado porque un ser querido tiene cáncer?. Evitar el dialogo sobre la enfermedad que sufre el paciente no hace mas que aislarle de su entorno más inmediato y querido. No poder compartir una experiencia tan dolorosa como el cáncer con los más allegados afecta profundamente a una persona.

*Yo no delegue en nadie la información lleve el mal yo sola.*

*El que esta al lado lo pasa peor que el que lo tiene. Es mi marido y fue salir del médico y me dio un bajón. Yo he entrado en una depresión y todo, lo pienso y me da por llorar otra vez.*

*Yo pienso que hay que compartirlo todo con los familiares, alegría, lágrimas...todo.*

### **Percepción del apoyo de los profesionales, familia, Asociación**

Con frecuencia el enfermo sufre, a lo largo del proceso de su enfermedad, una alternancia cíclica de esperanza y desesperanza. Está demostrado que la disminución

del impacto emocional mediante el apoyo del personal sanitario y la familia influye positivamente en la capacidad del paciente de soportar el proceso y en la atenuación del malestar físico y psíquico.

*Un 10, felicité a la gente cuando me fui de allí.*

*Yo pienso que hay que compartirlo todo con los familiares, alegrías, lágrimas... todo*

*Yo tuve mucho apoyo en mi casa, mi marido, mis hijos, mis hermanos, mis padres, todos...*

*También recibí muchísimo apoyo de la asociación que vinieron a verme enseguida y me sentí muy arropada y eso te da más fuerzas.*

### **Aceptando el tratamiento**

Una de las consecuencias derivadas de la administración de la quimioterapia es el cambio de imagen. La persona intenta ocultar su situación con el fin de conservar su propia autoestima e integridad que se ve mermada en estas circunstancias. Por ello las personas tienden a aislarse con el fin de no ser reconocidas. Algunas personas valoran con más intensidad los efectos secundarios del tratamiento antes que la gravedad de la misma enfermedad.

*Me mataba el tratamiento y que la gente preguntara por mí, no quería nada de la gente, no me apetecía saber nada de nadie.*

*Lo que más me costo fue la caída del pelo y ducharme.*

*Yo incluso lo tenía tan asimilado que fui a comprarme la peluca antes de que me lo dijera la oncóloga.*

### **Superando la enfermedad emocionalmente, nuevos planteamientos de vida**

Además del impacto psicológico, el paciente sufre también en el aspecto emocional y lo hace de forma individual, ya que cada uno desarrolla diversos estilos de afrontamiento ante la enfermedad. La respuesta depende de la percepción de la enfermedad y viene determinada por las características de la persona, aunque hay una serie de factores que parecen influir: la edad, la fe religiosa, las experiencias previas con el cáncer, las actitudes culturales, las circunstancias vitales, la personalidad.

El padecimiento y el tratamiento del cáncer constituyen un importante trauma psicológico que, junto a la conciencia de riesgo de recaída y a la incapacidad consecuente de las secuelas físicas, condicionan el comportamiento y la adaptación a una nueva vida de relaciones intra e interpersonales.

*En las revisiones aparecen otra vez los miedos.*

*Yo me pongo muy nerviosa cuando llegan las temporadas de las pruebas, entonces si que estoy con una cosa aquí, que no puedo...*

*Durante el proceso de superación se suceden alternativamente pensamientos contradictorios que el paciente ha de superar continuamente.*

*Piensas que te ha tocado la lotería pero luego piensas en las cosas malas que hay en el mundo y te consuelas.*

*Yo tengo muchos altibajos, paso de estar machacándome a decir yo no he vivido nada, pero eso si, tengo mas días buenos que malos.*

La influencia de las vivencias y superaciones de otras personas ayudan a mantener la esperanza.

*Ves a las que hace más años que han operado y vas cogiendo confianza, pasan los años y dices pues todavía estoy aquí.*

*Las que estamos más años venimos a animar a las que llevan menos tiempo y a las que están malicas. Y hay que hacerlo porque nosotras no teníamos esto, costó mucho de empezar, pero mira aunque se haga poquito y vallamos pasico a pasico...*

La desesperanza constituye un retroceso en el avance de la superación de la enfermedad. El no vivir el presente y continuar con los sucesos pasados impide ver hacia delante y optar por otras alternativas existentes más positivas que contribuyan a readaptar la propia vida.

*Me siento muy emocionada, con un nudo en la garganta, con ganas de llorar, rabia, impotencia, porque en un segundo tu vida te cambia, truncando parte de tus sueños.*

*Lo llevo ahí, eso no se me va a olvidar en la vida.*

Por lo contrario, también podemos ver proyectado el futuro de vida desde una perspectiva positiva y esperanzadora, apoyada por la confianza en los profesionales y también en la creencia religiosa, como así lo indicaba una de las personas.

*Hoy en día estoy estupenda. Por todo el proceso de mi enfermedad me he sentido muy bien, no se si será mi modo de ser o también la confianza que me dio el médico cirujano. Gracias a Dios hoy día estoy estupenda y tengo ganas de vivir.*

La evitación es un mecanismo de defensa que puede aparecer en la fase de reacción al no aceptar el proceso de la enfermedad, a pesar de estar superando la misma.

*Yo es como si no quisiera darle importancia, incluso a mi hija no le quise decir el diagnóstico cuando me lo dieron porque se iba de viaje y para que no se preocupase. Me dieron un papel donde ponía como te puede cambiar la vida cuando te quitan un pecho y yo el papel ese no lo he leído, lo tengo en casa y no me he atrevido a leerlo, es que no lo quiero saber, o sea yo se lo que tengo, se lo que te puede venir por eso yo vivo el día a día.*

En los nuevos planteamientos de vida que aparecen, el disfrutar del presente intensamente conlleva a ver la vida como una oportunidad. Nos encontramos en la valoración positiva de los pacientes que obtienen beneficios psicológicos de la experiencia en el sentido de cambios positivos en su actitud vital, como mayor aprecio por la vida, menos materialismo y más autoconfianza.

*Yo antes guardaba mucho el dinero y no me quería ir de viaje y ahora me quiero ir en todo momento.*

*Yo lo vivo diferente porque antes vivía más agitada y ahora vivo el día a día y más descansada.*

*Antes te disgustabas por cualquier cosa y ahora no, no merece la pena ¿para qué?*

Podemos ver reflejados juntos, el mecanismo de negación, el de evitación y el de aislamiento al no querer compartir con nadie sus sentimientos. Intentan relegar la idea del cáncer a lo más profundo de su pensamiento.

*Yo no he estado enferma en ningún momento, si hay gente que quiere compartirlo me parece perfecto. Yo estaba con mi marido y con mi hijo pero porque no tenía más remedio, porque vivíamos en la misma casa. Quería estar sola, no quería ver a nadie y que no preguntarán por mí, vamos que no se acordara nadie de mí, era mi actitud y me tenían que respetar, pero no se respeta y me parece muy mal, pues todas las personas no somos iguales.*

## CONCLUSIONES

Este tipo de iniciativas en el que se interviene de forma grupal, dando la oportunidad de expresar los sentimientos, desahogándose con personas que han vivido la misma experiencia, favorece la integración y el desarrollo del apoyo social, obteniendo resultados terapéuticos, neutralizando muchos de los problemas psicossomáticos, actuando de forma catártica y enfrentándose a una nueva situación psicossocial.

Observamos que tras las intervenciones de los participantes se hacen patentes la existencia de diferentes fases del proceso de la enfermedad, tales como la fase de reacción, fase de reorientación, fase de negación y fase de superación.

Los resultados sugieren que la perspectiva de los pacientes oncológicos puede añadir aspectos muy importantes a nuestra comprensión en la relación de ayuda. Por ello como meta, tras este primer contacto, nos trazamos unas líneas de actuación y proponemos desarrollar en dicho grupo de pacientes actividades que contribuyan y favorezcan ese clima de integración y superación en sus vidas.

La evaluación que hemos obtenido ha sido muy positiva en el sentido de que prácticamente las 15 personas presentes en la reunión se sintieron escuchados, teniendo la oportunidad de expresar en su lenguaje sus satisfacciones e insatisfacciones. Nuestra experiencia fue muy gratificante, nos sentimos cercanos a sus preocupaciones y pudimos reflexionar junto a ellos que los problemas tienen diferentes dimensiones y que podemos aminorar la importancia de los mismos para contemplar la vida con más riqueza, con menos sufrimiento y más esperanza.

Nuestro agradecimiento a todas las personas que constituyen la Asociación Comarcal de Afectados por el Cáncer de Villena.

## BIBLIOGRAFÍA

- Barreto Martín, M.P., Molero Zafra, M., Pérez Martín, M. A. Evaluación e intervención Psicológica en Familias de Enfermos Oncológicos. En Manual de Psico-Oncología. Ed. Nova Sidonia 2000; 137-171.
- Bayés R. Los tiempos de espera en medicina. En Psicología del Sufrimiento y de la Muerte, Ed. Martínez Roca 2001; 193-210.
- Cruzado, J.A., Olivares M.E. Intervención psicológica en pacientes con cáncer. En Tratamiento Psicológico de hábitos y enfermedades. Ed. Pirámide 1998; 496-535.
- García Girón, C, Hernández García, R, Nieto Mangudo B. Largos supervivientes; manejo de su problemática. En Manual SEOM de Cuidados Continuos 2005; 571-577.

- Gómez Sancho, M. Decir o no decir la verdad. En Como dar las malas noticias en Medicina Paliativa en la cultura Latina, Arán Ediciones 2000; 35-42.
- Gómez Sancho, M. Reacciones y proceso de adaptación del enfermo y la familia. En Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Arán Ediciones 1999; 893-913.
- Ley 1/2003 de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana
- Ojeda Martín, M. La comunicación en las relaciones de ayuda. En Medicina Paliativa en la Cultura Latina. Arán Ediciones 1999; 833-843.
- Pire, T; Grau, J.; Llantá, M.C. La información médica al paciente oncológico. Revista Cubana Oncol 2001; 17 (2): 105-10.
- Sirgo Rodríguez, A, Gil Moncayo, F. Intervención Psico-educativa y terapia de grupo en pacientes con cáncer. En Manual de Psico-Oncología. Ed. Nova Sidonia 2000; 57-74.



***PROYECTO DE ATENCIÓN  
A CUIDADORES FAMILIARES***

M<sup>a</sup> Jesús Luzan González y Teresa Caceller Migallón.  
*C.S. El Toscar*



## **INTRODUCCIÓN**

A lo largo de casi diez años de trabajo como Enfermeras en el Programa de Inmovilizados, en el Centro de Salud “El Toscar”, hemos comprobado el importante papel que juega el Cuidador Familiar en la Atención del paciente encamado.

Nos damos cuenta con bastante frecuencia, cómo en ocasiones hemos “llegado tarde” en la prevención de problemas de salud, del paciente Inmovilizado por no trabajar a fondo al Cuidador Familiar.

Presentamos este proyecto, como parte de nuestra responsabilidad en la tarea de “cuidar”, con la esperanza de aportar a los órganos gestores del Sistema Sanitario, experiencias vividas en el día a día de nuestro trabajo, tan cercano a la figura del Cuidador Familiar, que pueda facilitar la puesta en marcha de estrategias de prevención de la claudicación familiar y/o otros problemas de salud.

Hay dos Comunidades Autónomas pioneras en la creación de sistemas de soporte a los Cuidadores de pacientes encamados o discapacitados. Desde 2004 el SAS ha puesto en marcha la Enfermería de Enlace, que gestiona la adecuada transición del paciente desde el alta hospitalaria hasta su domicilio

El presente trabajo consta de dos partes:

- En primer lugar un estudio realizado durante tres meses con los Cuidadores Familiares de nuestros pacientes, incluidos en el Programa de Inmovilizados. Llevamos a cabo Talleres y grupos de trabajo, para conocer a fondo sus expectativas y necesidades sentidas.
- En segundo lugar un proyecto de intervención sobre este colectivo, basado en sus propias respuestas y peticiones, aún en proceso de revisión

## **JUSTIFICACIÓN**

El aumento de la población mayor de 65 años y el aumento de la esperanza de vida, hacen necesaria la atención al mayor en el ambiente familiar. Esta tarea está siendo asumida por los familiares mas allegados del paciente, que reciben este encargo con generosidad, añadiéndolo a las obligaciones contraídas previamente con su propia familia, lo que con frecuencia supone una sobre carga de trabajo.

Somos conscientes, de que nuestros “cuidadores Familiares” están llevando a cabo ésta tarea de “cuidar”, la mayor parte de las veces en solitario, lo que con frecuencia supone un desgaste físico y/o psíquico y a la larga puede derivar en diferentes problemas de salud.

Cuidar a un ser querido, que sufre de algún trastorno incapacitante para su autonomía personal, cambia para siempre la vida de sus familiares y cuidadores. Pueden aparecer devastadores efectos en aquellos que proveen cuidados a largo plazo: problemas financieros y de la salud, incertidumbres legales y sufrimiento emocional

Sobre el Cuidador Familiar recae una parte nada desdeñable de los cuidados en el domicilio de nuestros pacientes, hasta el punto de que sin este valioso trabajo se podrían colapsar los recursos institucionales existentes en nuestro Sistema de Salud.

Vale la pena “cuidar” un recurso de tan gran potencial, como es el Cuidador Familiar, para evitar la “claudicación” (Burn out), que supondría el abandono del enfermo por incapacidad de cuidar, obligando al Sistema Sanitario a asumir esa tarea.

Como profesionales de la salud, muy vinculados a la Atención Domiciliaria y a la formación de Cuidadores, vemos necesario tomar en serio a este sector de trabajadores que están haciendo posible la calidad de vida de nuestros mayores y tantas cosas que benefician a toda la sociedad.

Los motivos en los que apoyamos la justificación de este trabajo, se pueden resumir en que para dar soluciones, es necesario conocer el problema. Por esta razón, nos planteamos realizar una toma de contacto con los Cuidadores Familiares, fuera de nuestras visitas programadas a sus domicilios, para conocer más fondo su problemática, sus necesidades sentidas y sus propuestas de mejora.

Nos damos cuenta de que con muy pocos recursos por parte del Sistema Sanitario en cuidar al cuidador, se consiguen efectos muy beneficiosos, sobre el propio Cuidador Familiar en relación a:

- La calidad de cuidados que proporcionan. Esto repercute a nivel de los enfermos encamados, en disminución de patologías, ingresos hospitalarios, menor presión asistencial y en definitiva una disminución de problemas de salud, con el consiguiente ahorro de recursos sanitarios.
- La satisfacción en la tarea de cuidar. Esto facilita a nuestros cuidadores seguir en su papel de Cuidadores Familiares disminuyendo el riesgo de “Claudicación”
- La gratificación que supone para ellos, sentir el apoyo de los profesionales de Enfermería, que atienden a sus familiares enfermos en el domicilio. No solo nos interesan que sigan en su tarea de cuidar hasta el final, sino que lleguen en las mejores condiciones de salud física y psíquica, para, mantener su calidad de vida y retrasar en si mismos, la dependencia por la edad.

Creemos que es conveniente emplear tiempo y recursos de todo tipo, para proporcionar a los Cuidadores Familiares los conocimientos, apoyo y respiros en la tarea de cuidar, que sean necesarios para que den verdaderamente cuidados de calidad y ellos mismos estén, en la medida de lo posible, libres de riesgo de convertirse demasiado pronto, en pacientes dependientes.

Animadas con las respuestas recogidas en los Talleres y grupos de opinión de nuestros Cuidadoras nos proponemos elaborar el siguiente trabajo, deseando transmitir fielmente sus necesidades y expectativas como Cuidadores Familiares.

## **OBJETIVOS**

El primer objetivo que nos ha impulsado a llevar a cabo este trabajo, es realizar un acercamiento de los profesionales de Enfermería, que trabajamos en Atención Domiciliaria, a los Cuidadores Familiares de nuestros pacientes, que son atendidos en el Programa de Inmovilizados.

Este acercamiento lo concretamos en conseguir los siguientes objetivos:

1. Prestar apoyo en concreto a nuestros Cuidadores Familiares
2. Descubrir cuales son sus necesidades sentidas
3. Conocer la verdadera situación socio-familiar en la que realizan su tarea de “cuidar”
4. Medir cual es el nivel de estrés y ansiedad al que están sometidos
5. Valorar el riesgo de depresión de los Cuidadores Familiares
6. Evaluar cual es su percepción de “carga por cuidado” de su familiar

Para llevar acabo estos objetivos nos propusimos una serie de actividades que hemos realizado a lo largo del curso 2005 y 2006, en nuestro propio Centro de Salud

## **ACTIVIDADES Y RESULTADOS**

a) Para llevar a cabo los objetivos propuestos, organizamos un Taller dirigido a nuestros Cuidadores Familiares, pensando en procurarles un apoyo en su formación como Cuidadores. Priorizamos los temas que queríamos abordar y resultó el siguiente programa:

1. Actuación básica para curas de urgencia. Riesgos del paciente inmovilizado. Prevención y tratamiento adecuado de las úlceras y heridas crónicas. Proceso de una cura: lavado, desinfección, aplicación de tratamiento y protección con apósito. Vendajes compresivos, indicaciones y modo de realizarlos
2. Movilidad del paciente encamado. Posturas de seguridad y alineamiento corporal. Protección del Cuidador en las movilizaciones de los pacientes. Nociones de dinámica postural
3. Cuidados básicos en los pacientes con Hipertensión y Diabetes. Como actuar en situación de urgencia o crisis. Valores normales de TA y glucemia. Formas de control
4. Incontinencia urinaria. Clases de incontinencia y problemas que ocasiona. Diferentes formas de abordaje en los pacientes inmovilizados. Riesgo y tratamiento. Recursos existentes en el mercado
5. Estrés y ansiedad en el Cuidador Familiar. Aprender a manejar la ansiedad y el estrés que produce el cuidar, sin dañar la propia salud mental. Estilo de vida sana para el propio Cuidador. Necesidades sentidas del Cuidador Familiar. Importancia de la relajación. Cómo y cuando se debe hacer
6. La depresión en el Cuidador Familiar. Incidencia. Reconocer los signos y síntomas depresivos. Formas de afrontamiento.
7. Motivación y la autoestima. Definición. Factores de riesgo para el Cuidador Familiar. Mejoramiento de la autoestima. Estrategias para la motivación. Trabajo en grupo

Distribuimos los temas en 8 sesiones, de forma que se diera en cada tema un pequeño fundamento teórico y una amplia posibilidad de práctica.

Los Talleres tuvieron lugar en la sala de la Matrona del Centro de Salud el Toscar durante ocho jueves consecutivos, en horario de 4 a 6 de la tarde y las clases fueron impartidas por la Enfermera que lleva el Programa de Inmovilizados.

Asistieron un total de 54 cuidadores, teniendo una pérdida a lo largo de las sesiones de 15 personas que fueron abandonando paulatinamente la asistencia a las clases. Los talleres se mantuvieron hasta el final con 39 Cuidadoras, (mujeres) que presentan el siguiente perfil de edad.

#### PERFIL DE EDAD

20-40 años	41-65 años	66-70 años	> 70
9	25	5	0

*Tabla 1*

El hecho de llevar a cabo la realización del Taller, cubre el primero de los objetivos que nos propusimos al organizar esta actividad: “Prestar apoyo, en concreto, a nuestros Cuidadores Familiares”.

En la encuesta de satisfacción que pasamos en la última sesión el 100% de las asistentes consideró que:

- Ha merecido la pena asistir a los Talleres
- Ha aprendido cosas que no sabía
- Le gustaría que se hicieran cada año sobre otros temas
- Le interesaría un Taller de Ejercicio Físico dirigido al Cuidador

Las asistentes se mostraron a lo largo de las sesiones, participativas, colaborando en las cuestiones que se planteaban y con interés de aprender técnicas, para prestar cuidados de mayor calidad.

Algunas reflejaron la ilusión que suponía para ellas, la realización de este curso, planteándose como un estímulo de superación personal.

También les ayudó cualitativamente, la relación que mantuvieron con otras cuidadoras, en su misma situación, lo que llevó a tener un cambio de impresiones y experiencias, muy positivas para su motivación en la tarea de Cuidar.

- b)** El 2º objetivo que nos propusimos: “Descubrir cuales son sus necesidades sentidas”, lo planteamos a través de una sesión de trabajo en grupo, en la que les invitamos a reflejar cuales eran sus propuestas para mejorar la calidad de vida del Cuidador Familiar.

Se organizaron 8 grupos de 5 personas en cada uno, del que resultaron las siguientes necesidades:

- Falta de formación en cuidados
- Falta de información de los recursos existentes y de los circuitos a seguir para conseguir esas prestaciones
- Respiros en la tarea de “Cuidar” de carácter semanal o mensual
- Respiros en la tarea de Cuidar, de periodicidad anual
- Que se considere su tarea como trabajo profesional, al menos admitiéndolo como tiempo trabajado para la cotización
- Grupos de apoyo para el Cuidador, a nivel personal
- Talleres para aprender a manejar los síntomas de las diferentes patologías de los enfermos que cuidan, sin desesperarse o perder el control

Todos los Cuidadores han coincidido en que se sienten solos en el cuidado, con frecuencia se agobian de “no saber hacer”. Esto les lleva a ir con más frecuencia al médico, por la falta de control de los síntomas de su familiar enfermo.

c) Para el objetivo de “Conocer la verdadera situación socio-familiar en la que realizan la tarea de Cuidar”, nos planteamos la elaboración de un cuestionario que recogiera diferentes ítems. Utilizamos preguntas cerradas, combinando variables como aparecen en la tabla 2

#### PERFIL DE TAREA CUIDADOR

	<b>Cuida a un enfermo</b>	<b>Cuida dos enfermos</b>
En su casa	15	7
Fuera de su casa	4	9

*Tabla 2*

Nos damos cuenta, de que nuestros Cuidadores, prefieren cuidar a su familiar enfermo en su propia casa. Solo el 37.5% los atiende fuera de su casa. También apreciamos que casi la mitad de los Cuidadores atiende a dos personas dependientes, en casa o fuera de casa, con el consiguiente aumento de tiempo de dedicación.

En la tabla siguiente aparecen otros datos de carácter cualitativo en cuanto a cuales son las preocupaciones e intereses personales de las Cuidadoras de nuestros pacientes

**PERFIL DE INTERESES PERSONALES  
EN EL CUIDADOR FAMILIAR**

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>	<b>N/C</b>
Desde que ha asumido la tarea de cuidar se preocupa algo de usted misma	6	28	1
Pide ayuda al resto de la familia para que colaboren en cuidar	26	8	1
Ha solicitado ayuda al Trabajador Social para que le ayuden en el cuidado	9	25	1
Le preocupa su futuro económico cuando deje de cuidar	22	12	1
Conoce los signos de alarma de cansancio del Cuidador	10	24	1

*Tabla 3*

Cabe destacar según reflejan los datos de la tabla:

- La preocupación por su futuro económico cuando deje de cuidar (62.8%). Muchas de esas personas han dejado su actividad laboral, desarrollado en situación precaria, por lo que no se les ha admitido una excedencia, u otro tipo de paréntesis laboral.
  - La despreocupación por su propia persona (80%), lo que lleva a una desmotivación y baja autoestima, repercutiendo en la calidad de vida y en la calidad de cuidados prestados
  - No han solicitado ayuda social para el cuidado, por desconocimiento del recurso, un 71.4%, mientras que en esa misma proporción si lo han solicitado a su propia familia.
  - Es también alarmante el desconocimiento que tienen los Cuidadores, sobre los riesgos de salud del propio Cuidador, cerca del 70% no reconoce los signos/alarma de cansancio del Cuidador, cuando hemos comprobado por otros cuestionarios, que esos signos son altamente positivos.
- d)** Para valorar el nivel de estrés y ansiedad utilizamos la Escala de Hamilton (Anexo 1). Esta escala valora la ansiedad, basándose en manifestaciones de signos y síntomas somáticos, sobre aspectos anímicos, intelectuales y afectivos de la persona.

Con la aplicación de la escala aparecieron los siguientes resultados



### Escala de Hamilton

Valores	Resultados
1-14 Nivel bajo	7
15-29 Nivel medio	17
30-48 Nivel alto	6

Tabla 4

Es de destacar que un porcentaje alto de las asistentes, están en situación límite de desarrollar, estados ansiosos, que afectan a su calidad de vida y pongan en riesgo su tarea de “cuidar”

No podemos olvidar que gran parte de las patologías atendidas en las consultas de Atención Primaria, (insomnio, dolores musculares, palpitaciones, ahogos, vértigos, cefaleas etc.), se refieren a somatizaciones por exceso de ansiedad.

En un trabajo por grupos, recogimos cuales eran a su parecer, los principales estresores, a los que se encuentra sometido el Cuidador Familiar y reflejaron los siguientes:

- No tener tiempo libre para el cuidador y desconectar del paciente
- Gritos y exigencias del paciente
- No poder descansar por la noche
- El control que el paciente ejerce sobre el Cuidador
- Falta de comprensión de la propia familia, por la atención que se dedica al paciente
- Que el paciente te pida cosas continuamente
- Cuando el paciente se queja y no sabes el porqué
- Tener que dejar solo al paciente encamado, por necesidades familiares
- Cuando el paciente no quiere comer
- Cuando tiene manías y no consiente en otras formas de hacer
- Cuando el paciente no es amable y no agradece lo que haces por él
- Cuando estas sola y no puedes atender a todas sus necesidades básicas
- Agobios económicos por haber dejado el propio trabajo
- Cuando nadie ni siquiera tu propia familia, valora lo que estas haciendo por tu padre
- Cuando piensas en todas las cosas a las que renuncias por atender al paciente

**d)** Para conocer el “riesgo de depresión de los Cuidadores Familiares”, utilizamos el test de Yesavage (Anexo 2). Se trata de una Escala de valoración de la depresión geriátrica, muy útil para la detección/apoyo al diagnóstico de depresión.

En el valor de “Probable depresión” tiene una sensibilidad del 84% y una especificidad del 95%, mientras que en el valor “Depresión establecida” la sensibilidad es del 80% y la especificidad del 100%.

Pasando el test a nuestras cuidadoras, obtuvimos los siguientes resultados:

#### Test de Yesavage

Valores	Resultados
0-5 No depresión	11
6-9 Probable depresión	17
> 9 Depresión establecida	2

Tabla 5

Nos damos cuenta del alto riesgo de padecer una depresión, al que están sometidos nuestros Cuidadores. El 56.6% arrojan valores de “Probable depresión”, sabiendo que este valor tiene una S=95%, mientras que el 6.5% tiene ya una Depresión establecida.

Ninguna de estas personas, han sido diagnosticadas ni tratadas en Salud Mental ni en su Medico de Familia por estas patologías.

e) Para evaluar la percepción de “carga por cuidado” de su familiar, utilizamos el test de Zarit (Anexo 3)

Valores	Resultados
< 47 No sobrecarga	7
47-55 Sobrecarga leve	17
> 55 Sobrecarga intensa	2

Tabla 6

Aunque en este estudio de corte longitudinal dado en un momento concreto a los Cuidadores de nuestro Programa de Inmovilizados, no se aprecia una sobrecarga intensa, podemos afirmar que solo el 26.9% no manifiesta sobrecarga.

## CONCLUSIONES

Observando los resultados obtenidos en estos Talleres, podemos concluir que es necesario prestar atención a las necesidades del Cuidador Familiar, “Cuidar al Cuidador”.

Creemos que este trabajo podría llevarlo a cabo Enfermería, dentro del Programa de Atención Domiciliaria del Centro de Salud en colaboración con los Servicios Sociales y el Trabajador Social del Centro.

Por este motivo, nos animamos a elaborar el siguiente proyecto de trabajo con Cuidadores Familiares.

## **PROYECTO DE INTERVENCIÓN**

Nos proponemos ofrecer un proyecto sencillo, para poner en marcha a modo de prueba, en el Centro de Salud “El Toscar”, en relación a la formación de los Cuidadores Familiares de nuestros pacientes del Programa de Inmovilizados.

Este proyecto está en proceso de revisión, podría ser un tema a presentar en nuevos foro de discusión, relacionados con la atención a Cuidadores Familiares

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, dirigimos un agradecimiento muy especial a los Cuidadores Familiares de nuestros pacientes, sin los cuales no habría sido posible realizar este proyecto. En todo momento han manifestado su interés y su colaboración, aportando ideas e ilusiones, que nos han llevado a conocer, cuales son sus verdaderas necesidades sentidas.

Queremos también, agradecer el apoyo que hemos recibido desde la Dirección de nuestro Departamento de Salud, por parte de Dña. Josefa Asencio Adsuar, así como del Coordinador de la Comisión de Ulceras por Presión y Heridas Crónicas Pablo López Casanova y a todos los miembros de esta Comisión, que nos han alentado en todo momento y de los que nos consta su interés y preocupación por la figura del Cuidador Familiar.

Por último agradecemos también la ayuda que hemos recibido por parte de los administrativos del Centro de Salud, que han participado en la organización material de estos Talleres.



## 14. MESA DE TRABAJO N.º 4

Moderada por: **D. José Bernardo Planelles Fernández.** *Enfermero Centro de Salud de Babel. Alicante.*

### “EVIDENCIA VERSUS INVESTIGACIÓN: ESTADO DE LA CUESTIÓN”

Lo primero que deberíamos tratar, es el tema de la mesa, ya que en mi opinión la investigación no esta enfrentada con la evidencia. Quizás hubiera sido más clarificador plantear el debate, en términos de distinguir a que tipos de conocimiento, se puede llegar desde la investigación cualitativa y desde la investigación cuantitativa, así como de las metodologías más adecuadas a cada una de ellas y cuales son sus limitaciones. En un campo de conocimiento tan amplio, como el que abarca la enfermería, necesitamos de trabajos de investigación, que nos ayuden a elegir en cada caso, que planteamiento puede sernos más útil, según cuál sea el problema al que nos enfrentamos, así como a conseguir las herramientas que nos posibiliten el poder aunar los aspectos positivos de ambas metodologías.

A continuación, nombraremos brevemente, las bases históricas y filosóficas de ambas formas de investigación. El positivismo lógico o hipotético deductivo y el empirismo o método inductivo.

Finalmente se tratará de una propuesta integradora de estas dos corrientes de pensamiento. Existe una propuesta teórica cuyo objetivo es superar el enfrentamiento, cualitativo vs cuantitativo; la metasíntesis aúna ambas corrientes constituyendo un sistema de conocimiento que asume la posibilidad de analizar y sintetizar hallazgos cuantitativos y cualitativos.

La intención de esta exposición, es sobre todo, abrir un marco de reflexión, sobre cómo se encuentra esta cuestión actualmente, intentado no perdernos en conceptos intrincados, que nos alejen de nuestro objetivo.

## COMUNICACIONES DE LA MESA

### **1ª. Esterilización permanente por histeroscopia: Método Essure**

Nieves Maho Soha, Manuela Canales García, Inmaculada González Iglesias y M<sup>a</sup> Antonia Pérez Martínez  
*CC.EE. Gineología. HGUA*

### **2ª. Estudio de la frecuencia en la realización de la episiotomía y variables asociadas a la misma**

Dulce Marin Tordera, Paloma Luengo Arjona, Angel Sanchez Maestro, Pablo Roig Rico, José Sánchez Payá, Carmen Belmonte Martínez y Hermenegilda Mataix Mataix  
*Partos. HGUA*

### **3ª. Estudio comparativo de dos tipos de apósito en la compresión manual post-angioplastia cerebral**

José Vicente Bertomeu Ruiz y Fidel Climent Aragón  
*Neurorradiología. HGUA*

### **4ª. Uso de emulsiones de ácidos grasos hiperoxigenados, para la curación y prevención en recidivas de úlceras venosas en miembros inferiores**

José Luis Giménez Tebar, José Ramón González Antón, M<sup>a</sup> Jesús Más Pla y M<sup>a</sup> Peña Castaño Gómez  
*HGUA / H. Villajoyosa / Cons. Aaiún*

### **5ª. Estudio de casos clínicos con el uso de los nuevos apósitos de matriz moduladora de proteasas**

José Luis Giménez Tebar, José Ramón González Antón, M<sup>a</sup> Jesús Más Pla y M<sup>a</sup> Peña Castaño Gómez  
*HGUA / H. Villajoyosa / Cons. Aaiún*

***ESTERILIZACIÓN PERMANENTE POR  
HISTEROSCOPIA: MÉTODO ESSURE***

*N. Maho Soha, M. Canales García, I. González Iglesias y M. Pérez Martínez.  
Enfermería del Departamento de Consultas Externas Área de Ginecología del  
Hospital General Universitario de Alicante.*





## **INTRODUCCIÓN**

El método Essure es un procedimiento de esterilización femenina permanente e irreversible que se realiza ambulatoriamente y sin anestesia. Consiste en introducir por histeroscopia (OTH) unos microimplantes en las trompas de Falopio, que al obstruirlas producen una fibrosis que impide la fecundación de los óvulos.

El histeroscopio es un telescopio fino (5mm) acoplado a una cámara de televisión que se introduce por vía vaginal a través del cuello del útero, hasta llegar a las trompas por la cavidad uterina.

Los microimplantes que se depositan en las trompas son unos pequeños muelles (4 cm de largo por 0'8 mm. de diámetro), fabricados con una mezcla de titanio y níquel (nitinol), que se introducen a través de un mango y un cable guía en cuyo extremo está montado el microimplante.

## **OBJETIVO**

Valorar la tolerancia, aceptación y grado de satisfacción de las pacientes con éste nuevo método que se está realizando en nuestro hospital.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Realizamos un estudio descriptivo de los tratamientos realizados desde noviembre del 2003 hasta agosto de 2006, en el servicio de Ginecología, área de Histeroscopias y Colposcopias en consulta externa del Hospital General Universitario de Alicante.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron aquellas mujeres con:

- Uso de otros métodos de planificación familiar
- Enfermedades sistémicas graves que empeoran con los embarazos
- Número de hijos mayor o igual a dos
- Rechazo a someterse a anestesia general.

Recomendaciones previas a la realización de la OTH, son:

- Desayunar con normalidad.
- Tomar dos horas antes del procedimiento un analgésico (verificar no alergias) (ibuprofeno 600 mg) y un ansiolítico (diacepan 5 mg). A partir de ese momento no realizar actividades peligrosas que requieran un estado de completa alerta mental como conducir.
- Acudir a consulta de un/a acompañante.

Recomendaciones posteriores a la realización de la OTH, son.

- Reposo relativo domiciliario 12/24 horas.
- Puede presentar sangrado vaginal escaso y dolor leve en hipogastrio. Es normal. Si precisa puede tomar analgésicos de uso habitual.
- Debe realizarse una rx simple de abdomen pasados tres meses, para verificar la correcta colocación de los implantes.
- Durante 3 meses, tendrá que usar otro método de contracepción alternativo.

Preparación del material

- 10 minutos antes de pasar a la paciente, se pondrá el histeroscopio e instrumental en líquido desinfectante y esterilizante de ácido paracético Perasafe
- Preparamos suero salino de 3 litros en bomba de perfusión, para expandir la cavidad uterina con presiones, según tolerancia.
- Ácido acético para desinfección vaginal.
- Tendremos preparado un suero fisiológico de 500 ml, con analgesia (nolotil + buscapina) y una bránula del nº 20, por si hubiera que canalizar una vía periférica.

Registros:

- Cuantificación del dolor con la escala categórica de 5 palabras (no dolor, dolor leve, dolor moderado, dolor intenso y dolor muy intenso)
- Cuantificación de complicaciones (reacción vagal si /no)
- Requerimiento de anestesia local (si/no)
- Grado de satisfacción con la información , con el procedimiento y con el trato del personal sanitario, utilizando las siguientes palabras: no satisfecha, poco satisfecha, satisfecha y muy satisfecha

## RESULTADOS

Se incluyeron 162 mujeres (n = 162), de edad comprendida entre 22 y 47 (media 37'8 años )

Los microimplantes fueron colocados con éxito en 160 pacientes (98'77 %). En 2 mujeres (1'23 %) no se pudieron colocar por alteraciones anatómicas.

La complicación vasovagal se presento en 5 de ellas (3'08 %)

Presentaron dolor intenso o muy intenso que precisó la administración de anestesia local pericervical 10 mujeres (6'17%), dolor moderado 3 (1'85 %) el resto 88'88%) no sufrieron complicaciones.

El grado de satisfacción fue muy satisfecha, tanto en la información, el procedimiento y el trato recibido por parte del personal sanitario durante todo el tratamiento.

<b>Procedimiento realizados</b>	<b>162</b>	<b>100 %</b>
Con éxito	160	98'77 %
No realizados	2	1'23 %
Complicación vasovagal	5	3'08 %
Anestesia pericervical	10	6'1 %
Dolor moderado	3	1'85 %
Resto mujeres	sin complicaciones	88'88 %

## CONCLUSIONES

El sistema Essure en relación con la ligadura de trompas tradicional, es un método que no precisa hospitalización ni anestesia general por lo que no altera las actividades laborales, familiares y sociales de la mujer. Es rápido y fácil de colocar. No tiene efectos secundarios graves durante su implantación y no deja cicatrices.

## BIBLIOGRAFÍA

- Valle RF, Carignan CH S, Wrigt TC. Tissues response to the Stop microcoil transcervical permanent contraceptive device: results from pre hysterectomy study. *Fertil Steril* 2001; 76: 974-80.
- Lopes P, Menez C, Martigny H, Boudineau M. Sterilition por women using a hysteroscopic technique under local anesthesia. *Press Med* 2003; 32: 22-3.
- Cayuela E, Valle R, Cos R, Heredia F, Florensa R, Moros S. Programa de adiestramiento y resultados en la inserción histerocópica de dispositivos para la esterilización tubárica permanente. *Prog. Obstect Ginecol* 2003; 46: 283-90.
- Essure. Permanent Birth control by conceptus. [www.conceptus.com](http://www.conceptus.com)
- REV. CHIL OBSTECT GINECOL 2005; 70(1):28-32.
- [Htp://www.muschealth.com/women/services/essurespanish.htm](http://www.muschealth.com/women/services/essurespanish.htm)



***ESTUDIO DE LA FRECUENCIA EN LA  
REALIZACION DE LA EPISIOTOMIA Y  
VARIABLES ASOCIADAS A LA MISMA***

Dulce Marin Tordera, Paloma Luengo Arjona, Angel Sanchez Maestro, Pablo Roig  
Rico, José Sánchez Payá, Carmen Belmonte Martínez y Hermenegilda Mataix Mataix  
*Partos. HGUA*



## INTRODUCCIÓN

La episiotomía es una incisión en el periné:

Mediolateral: desde la línea media hacia la tuberosidad isquiática.

Media: incisión en los rafe medianos.

El desgarro perineal: Es la rotura espontánea de los tejidos perineales.

I - grado :afecta a una pequeña porción de la mucosa vaginal y/o piel.

II - grado: además, a los músculos del periné

III - grado: a lo anterior y esfínter del ano.

IV - grado: afecta a la mucosa rectal.

Los argumentos para la práctica rutinaria de la episiotomía desde que Pomeroy (1918) y De Lee (1920), lo defendieran basándose en los supuestos de que : Evitaba dolor ,prevenía desgarros ,acortaba el parto y disminuía la morbilidad perinatal y prevenía el prolapso uterino y sus consiguientes secuelas, han cambiado mucho.

En 1983, Thacker y Banta publicaron una extensa revisión de todos los artículos puben inglés sobre los beneficios y riesgos de la episiotomía hasta el año 1980. Luego de examinar estos autores los supuestos beneficios de ésta práctica, concluyeron que la investigación que se había hecho hasta ese momento, era muy poco confiable: porque ninguno aportaba un diseño y ejecución aceptables.

Tras esta revisión de Thacker, que tuvo gran impacto, la investigación sobre el tema se incrementó en cantidad y calidad metodológica así como en número.

En 1995 ,Woolley publica la segunda revisión, continuando con el trabajo de Thacker y col.: revisando el tema desde 1980-94. Sus conclusiones, de nuevo fueron contrarias al uso rutinario de la episiotomía; si bien ,la metodología también sufrió un sesgo.

La mejor revisión disponible hasta el momento (por tratarse de una revisión sistemática que incluye sólo investigaciones clínicas aleatorizadas de buena calidad metodológica) ha sido la publicada en la biblioteca Cochrane en 1997 y actualizada en 1999. Incluye seis investigaciones clínicas que brindan una evidencia sobre los efectos del uso restrictivo de la episiotomía comparado con el uso rutinario.

Sobre los argumentos que arriba se exponen sobre el uso de la episiotomía rutinaria, las conclusiones son:

Evita el dolor: la revisión muestra que no existe diferencias entre la episiotomías rutinaria y la selectiva. Más aún, el riesgo de sufrir dolor en el grupo de las que se le practicó episiotomía en forma selectiva es 29% menor que en el grupo de episiotomía rutinaria.

Previene desgarros: El uso rutinario de la episiotomía no disminuye la incidencia de desgarro perineal del 3º y 4º grado y su uso restrictivo muestra un menor riesgo de morbilidad, incluyendo menor trauma perineal posterior; menor necesidad de sutura del trauma perineal y menos complicaciones en la cicatrización a los 7 días. La evidencia que surge de esta revisión es que :el riesgo de desgarros perineales severos (3º y 4º grado), cuando se practica una episiotomía selectivamente, es 16% menor para nulíparas y 29 % menor para multíparas.

“Acorta el parto y disminuye por consiguiente la morbilidad perinatal”: Sólo un estudio ,de base seria, sugiere una reducción en la duración del 2º estadio del parto; en tanto que otros estudios muestran un efecto contrario o nulo sobre este resultado. En cuanto a la morbilidad perinatal, el riesgo de depresión moderada al minuto de nacer fue igual para ambos grupos, en tanto que el riesgo de ingreso en cuidados especiales para los recién nacidos del grupo de episiotomía selectiva fue del 26 % menor que el de episiotomía rutinaria. Woolley (1995) y (Lobb (1986).

Previene el prolapso uterino, la ruptura del septum véscico-vaginal y su consiguiente cadena de secuelas”: No está comprobado .Hasta el momento ,no hay investigaciones clínicas aleatorizadas que hayan evaluado como resultado la presenica de prolapso, dado que la evaluación requeriría un seguimiento a largo plazo ,costoso y difícil de lograr.

La evidencia disponible proviene solamente de estudios observacionales.

Un estudio que evaluó la fuerza de las musculatura del piso pélvico mediante colocación de conos vaginales ,mostró que las mujeres que habían tenido episiotomía tenían menos fuerza en la musculatura perineal que aquellas que habían tenido partos sin episiotomía pero con desgarros espontáneos. Rockner et al.(1991)

En cuanto a la incontinencia urinaria: fue evaluada mediante investigaciones clínicas aleatorizadas a los 3 años postparto, y se vió que el riesgo de padecerla no solo no fue mayor en el grupo de episiotomía selectiva sino que fue 5% menor comparado con el de episiotomía rutinaria. Handa y Harry (1996)

En el estudio de Sleep y col., a los 3 meses postparto ,el 19% de las mujeres de ambos grupos sufrían algún grado de incontinencia urinaria. Tres años más tarde se realizó una encuesta detallada de las mujeres del estudio ,que siguió sin encontrar diferencias entre los dos grupos en cuanto a la frecuencia de incontinencia urinaria.

## **OBJETIVOS**

Conocer la frecuencia de episiotomías y desgarros en los años 2003-2005 dentro del H. G .U .A.

Analizar las variables que influyen en estos resultados.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Es un estudio observacional de tipo transversal.

Los sujetos son mujeres gestantes con parto autóctico, atendidos en este Hospital, en el periodo comprendido entre : el 1 de Enero del 2003 al 31 de Diciembre del 2005, como período de estudio. El número total de casos utilizado en este estudio es de 5.705 .



Para la selección de los casos se utilizó el registro informatizado del libro de partos.

Se han excluido todos los partos instrumentados y cesáreas.

VARIABLES: Año, edad, semanas gestación, paridad (primíparas o multíparas), anestesia epidural (sí /no), episiotomía (sí /no), tipo de desgarro: tipo I-II-III: De los de tipo IV, no encontramos ningún registro.

En la recogida de variables: Se aplican los cuatro tipos de desgarros, agrupándolos como tipo I-II-III, III, y No desgarro.

ANÁLISIS: Para conseguir el primer objetivo de este estudio: Se ha cogido la variable año y episiotomía. Asimismo, se tomaron también: el año y los desgarros.

Para obtener el segundo objetivo: las variables que se estudiaron fueron: factores determinantes que influían en la aparición de desgarro y episiotomía.

Con estos datos se llevó a cabo un estudio estadístico de la incidencia de episiotomías en el periodo referido, así como de los factores determinantes en la aparición de desgarros.

El análisis estadístico se realizó con la aplicación de la chi-cuadrado para tendencia.

## RESULTADOS

De los 5.705 casos estudiados de partos vaginales, se encontró una disminución progresiva, estadísticamente significativa, de las episiotomías: desde el 2003 con un 77,7 %; a un 73,7 en el 2004, hasta el 57,9 % en el 2005. (Tabla 1 y 2).

El número de desgarros de tipo III en el 2005 ha sufrido también un incremento: Del 0,2 % en el 2003; 0,2 % en el 2004, al 0,5 % en el 2005 (manteniéndose globalmente estable sobre la muestra).

En cuanto a los factores que determinan la realización de Episiotomía (Tabla 3): Son estadísticamente significativas:

Edad: Por debajo de 30 años se incrementa el número de episiotomías (67,2%), mientras que  $\geq 30$  (72,8%)

La paridad: Se practican más en primíparas (87%) que en multíparas (54%).

La anestesia epidural: Se realizan más episiotomías en aquellas mujeres con anestesia epidural (77,9%), que en las que no se les administra tal analgesia (67,5%).

No influyen: Las semanas de gestación.

Considerando la aparición de desgarros -tipo III- (tabla 5), el único factor estadísticamente significativo es:

La paridad: Más en primíparas (0,4%) que en multíparas (0,1%).

Mientras que no son estadísticamente significativos, como factores en la aparición de este tipo de desgarros:

La edad (+/- 30 años), las semanas de gestación (+/-38 sem.), anestesia epidural (sí/no) y episiotomía (sí/no).

Analizando todos los tipos de desgarros encontrados en el estudio (I-II-III), son estadísticamente significativos en su aparición los siguientes factores (tablas 4 y 5):

La edad:  $\geq 30$  años (23,8%) y  $< 30$  años (18,7 %).

Las semanas de gestación: > 38 semanas (22,3%) y < 38 semanas (19,5%),  
 La paridad: Primíparas (14,9%) y multiparas (26,9%).  
 Episiotomía: SI (6,3%) / NO (56,1%).  
 No es estadísticamente significativo la aplicación o no de anestesia epidural.

**TABLA 1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PARTOS EUTOICOS ATENDIDOS EN EL H. G .U. ALICANTE EN EL PERIODO 2003-2005**

	Número	Porcentaje	Media +/-DE
<b>Año</b>			
2003	1869	32,8 %	
2004	2011	35,2 %	
2005	1825	32,0 %	
<b>Edad (años)</b>			29.3+/- 5,5
<b>Semanas de gestación</b>			38,7+/-2,1
<b>Paridad</b>			
Primíparas	2671	46,8 %	
Múltiparas	3034	53,2 %	
<b>Anestesia</b>			
Si	1344	23,6 %	
No	3034	76,4 %	
<b>Episiotomías</b>			
Si	3989	69,9 %	
No	1716	30,1 %	
<b>Tipo de desgarro</b>			
No	4490	78,7 %	
I	973	17,1 %	
II	226	4,0 %	
III	16	0,3 %	

**TABLA 2. EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍAS Y DE LA APARICIÓN DE DESGARROS EN EL PERIODO 2003-2005.**

	<b>Porcentaje Frecuencia</b>	<b>Número Realización</b>	<b>OR (IC 95 %) Episiotomías</b>	<b>p</b>
<b>Año</b>				
2003	77,6 %	2006/ 1869	1	
2004	73,7 %	1482/ 2011	0,8 (0,7-0,9)	< 0,01
2005	57,9 %	1056/ 1825	0,4 (0,3-0,5)	< 0,00 1
	<b>Frecuencia</b>	<b>Aparición</b>	<b>Desgarros (Tipo III)</b>	
<b>Año</b>				
2003	0,2 %	1/1869	N.S.	
2004	0,2 %	4/2011		
2005	0,5 %	9/1825		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Aparición</b>	<b>Desgarros (Tipo I-II-III )</b>	
<b>Año</b>				< 0,01
2003	14,8 %	277/1869		
2004	19,0 %	383/2011		
2005	30,4 %	555/1825		

**TABLA 3. FACTORES DETERMINANTES DE LA REALIZACIÓN DE EPISIOTOMÍAS**

	<b>Frecuencia Porcentaje</b>	<b>Realización Número</b>	<b>Episiotomías OR (IC95%)</b>	<b>p</b>
<b>Edad</b>				
=> 30 años	67,2 %	1983/ 3951	0,8 (0,7-0,9)	<0,001
< 30 años	72,8 %	2006/ 2754	1	
<b>Semanas de gestación</b>				
< 38	70,4 %	2611/3708	1,1 (0,9 -1,2)	N. S.
=<38	69,0 %	1378/1997	1	
<b>Paridad</b>				
Primipara	87,0 %	2324/2671	5,5 (4,8- 6,3)	<0,001
Múltipara	54,9 %	1665/3034	1	
<b>Anestesia</b>				
Si	77,9 %	1047/1344	1,7 (1,5- 2,0)	<0,001
No	67,5 %	2942/4361	1	

OR (IC95 %): Odds Ratio con intervalos de confianza al 95 %

**TABLA 4. FACTORES DETERMINANTES DE LA APARICIÓN DE DESGARROS TIPO (I-II-III)**

	<b>Frecuencia Porcentaje</b>	<b>Aparición Número</b>	<b>Desgarros OR (IC 95 %)</b>	<b>p</b>
<b>Edad</b>				
=> 30 años	23,8 %	701 / 2951	1,4 (1,2- 1,5 )	<0,001
< 30años	18,7%	514 / 2754	1	
<b>Semanas de gestación</b>				
> 38	22,3 %	826 / 3708	1,2 (1,1 -1,4)	< 0,05
= <38	19,5 %	389 / 1997	1	
<b>Paridad</b>				
Primípara	14,9 %	398 / 2671	0,5 (0,4- 0,5)	<0,001
Múltipara	26,9 %	817 / 3034	1	
<b>Anestesia</b>				
Si	19,6 %	263 / 1344	0,9 (0,8- 1,0)	N.S.
No	21,8 %	952 / 4361	1	
<b>Episiotomías</b>				
Si	6,3 %	253 / 3989	0,05 (0,04-0,06 )	<0,001
No	56,1 %	962 / 1716	1	

*OR (IC 95%): Odds Ratio con Intervalos de Confianza al 95 %.*

**TABLA 5. FACTORES DETERMINANTES DE LA APARICIÓN DE DESGARROS TIPO III**

	<b>Frecuencia Porcentaje</b>	<b>Aparición Número</b>	<b>Desgarros OR (IC95%)</b>	<b>p</b>
<b>Edad</b>				
=> 30 años	0,3 %	9 / 2951	1,2 (0,5- 3,2 )	N.S.
< 30años	0,3%	7 / 2754	1	
<b>Semanas de gestación</b>				
> 38	0,3 %	12 / 3708	1,6 (0,5-5,0)	N.S.
= <38	0,2 %	4 / 1997	1	

<b>Paridad</b>				
Primípara	0,4 %	12 / 2671	3,4 (1,1- 10,6)	<0,05
Múltipara	26,9 %	817 / 3034	1	
<b>Anestesia</b>				
Si	0,4 %	5 / 1344	1,5 (0,5- 4,3)	N.S.
No	21,8 %	952 / 4361	1	
<b>Episiotomías</b>				
Si	0,3 %	11 / 3989	0,9 (0,3-2,7 )	N.S.
No	0,3 %	5 / 1716	1	

*OR (IC 95%): Odds con intervalos de Confianza al 95%*

## CONCLUSIONES

Consideramos que las evidencias no apoyan el uso rutinario de la episiotomía y sí más restrictivo de la misma .

Se ha producido una disminución del uso de episiotomías asociado a un aumento de desgarros tipo leve (I y II)

La progresiva restricción en el uso de episiotomías no ha provocado un aumento significativamente estadístico de desgarros graves (tipo III y IV).

La revisión realizada nos lleva a plantearnos en un futuro estudio, el uso de otras posiciones para el parto por las mujeres ;el uso de masaje perineal y ejercicios de fortalecimiento del suelo pélvico durante el embarazo, lo que creemos redundaría en una significativa disminución de los desgarros y trauma perineal consiguiente en el parto.

## BIBLIOGRAFÍA

- Thacker, SB y Banta, HD.: Benefit and risks of episiotomy: an interpretative review of the English language literature, 1860-1980
- Sleep J, Grant A, García J, Elbourne D, Spencer J, Chalmers I. West Berkshire perineal management trial. BR Med J (Clin Res Ed) 1984;2896445) 587-590.
- Angiolini R, Gómez-Marín O, Cantuaria G, Osullivan MJ. Severe perineal lacerations during vaginal delivery: University of Miami experience. Am J Obstet Gynecol 2000;182:1083-1085.
- Wooley, R.J.: Benefit and risks of episiotomy: A review of the English –Language literature since 1980. Obstet Gynecol Survey 1995;50:806-835.
- Carroli G., Belizán J: Episiotomía en el parto vaginal (Revisión Cochrane traducida. En: La biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 2. Oxford: Update Software Ltd.
- Klein MC, Gauthier RC, Jorgensen SH, et al: Does episiotomy prevent perineal trauma and pelvic floor relaxation? The On Line Journal of Current Clinical Trials. American Association for the Advancement of Science 1:1992;1:10
- Althabe, F: Episiotomy rates in primiparous women in Latino America: hospital based descriptive study. BMJ 2002;324:945-6.
- Rockner G., Jonasson A, Olund A. The effect of mediolateral episiotomy at delivery on pelvic floor muscle strength evaluated with vaginal cones. Acta Obstet Gynecol Scand 1991; 70:51-54.

- Mejía ME, QuinteroVH, TovarMC, ¿La episiotomía debe ser un procedimiento de rutina?. Colomb 2004;35:75-81.
- Tomasso G y col.: Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela 2002;62 (2): 115- 121.
- Cunningham, F.G.: MacDonald, P.C.: Gant, N.F.; Leveno, K.J. y Gilstrap, L.C.III 8EDS): Williams Obstetrics. Conduct of normal labor and delivery. 19th Edition.Appleton and Lange, 1993:371-93.
- Avery MD, Burket BA. Effect of perineal massage on the incidence of episiotomy and perineal laceration in a nurse-midwifery service. J Nurser Midwifery 1986;31:128-134.

***ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS TIPOS DE  
APÓSITO EN LA COMPRESIÓN MANUAL  
POST ANGIOGRAFÍA CEREBRAL***

José Vicente Bertomeu Ruiz y Fidel Climent Aragón  
*Neurorradiología. HGUA*





## INTRODUCCIÓN

Actualmente, no existe unificación de criterios en lo referente a asegurar una buena forma de evitar el resangrado en el punto de punción.

Tras la realización de una arteriografía cerebral, se procede a la retirada del introductor, y a la posterior compresión manual del punto de punción hasta que este deja de sangrar.

Lo que sí existe es una gran preocupación por las complicaciones vasculares de la punción arterial, y su posterior hemostasia, ya que en algunas ocasiones llegan a originar cirugía reparadora y aumento de la estancia hospitalaria.

Además existe una gran laguna en cuanto a publicaciones sobre estudios sobre las arteriografías cerebrales, y la mayoría de ellos solamente hacen referencia a las arteriografías realizadas en los laboratorios y departamentos de hemodinámica.

Estos trabajos pueden tomarse como referencia, pero teniendo en cuenta que tanto la patología como la medicación administrada al paciente son diferentes en una y otra unidad.

En el ámbito de publicaciones referentes a las arteriografías Cerebrales, existe todavía menor cantidad de reseñas, quizá también coincidiendo con la ESCASA ENFERMERIA EXISTENTE EN LOS SERVICIOS DE RADIOLOGÍA.

Tras compartir experiencias con las distintas plantas de hospitalización en donde se ingresaban nuestros pacientes, (habitualmente en Neurología y Neurocirugía), nos dimos cuenta de que lo que peor llevaban los pacientes, era la retirada del apósito que colocábamos tras la compresión manual.

Dicho apósito consistía en la colocación de tres tiras de esparadrapo ancho marrón de tela, sobre un rollo de venda hidrófila sin desliar, en el punto de la punción arterial (en el 99% de los casos es la zona inguinal), el cual permanecía hasta veinte horas más tarde. Este apósito dejaba el punto de punción totalmente oculto para la observación.

Nos referían los pacientes que lo peor de la prueba, era cuando le quitaban el esparadrapo, ya que, aunque sé hacia con líquido disolvente la mayoría de las veces, se les quedaba toda la zona inguinal irritada.

Así nos lo hacían constar los compañeros de planta y sobre todo el propio paciente cuando acudía a nuestro servicio para realizarse un nuevo control angiográfico.

Para los pacientes, la colocación del esparadrapo y todo lo que sucedía a partir de ahí era lo que más les molestaba y preocupaba, hecho que también llegó a que nos planteásemos otras alternativas a este método, puesto que el periodo que abarca

desde la realización de la angiografía cerebral hasta que es retirado el vendaje compresivo, consideramos que es responsabilidad de enfermería.

Hemos de dejar claro que EL TIEMPO DE LA COMPRESIÓN POR NUESTRA PARTE NO VARÍA SEGÚN EL TIPO DE APÓSITO.

Partíamos de la observación clara, diaria y evidente que teníamos que cambiar el apósito de esparadrapo.

Queríamos evitar los problemas que ocasionaban al paciente.

## **OBJETIVOS**

El objetivo principal era la eliminación de las complicaciones y malestar a los que hacían referencia los pacientes.

Sabíamos de la existencia de varios sistemas y sobre todo teníamos constancia física de uno de ellos que ya estaba implantado en la Agencia Valenciana de Salud, denominado SAFE-GUARD.

Este apósito consistía en una especie de compresa con alas, de mayor tamaño, en cuya parte central lleva un pneumo de plástico transparente al cual se le puede insuflar hasta 50 ml de aire mediante una válvula de seguridad.

Viene envasado de forma estéril e individual, y una vez pegado sobre la zona, es cuando se procede a su inflado coincidiendo la zona transparente en el punto de punción. Es hipoalergénico y de fácil manejo.

Queríamos hacer un estudio comparativo, por cinco motivos bien delimitados:

- A. Por evitar las complicaciones en los pacientes.
- B. Por vigilar mejor el punto de punción.
- C. Por mayor comodidad del paciente.
- D. Por mayor implicación del paciente en el proceso de inmovilidad.
- E. Comparar su eficacia y comodidad.

## **METODOLOGÍA**

Es un estudio comparativo, no randomizado, de dos tipos de apósito tras la compresión manual.

La muestra objeto de este estudio, abarca solamente los pacientes a los cuales se les ha realizado una arteriografía cerebral, con indiferencia de sí es diagnóstica o terapéutica.

Hemos incluido todos los pacientes que pasan por la unidad de NEURORRADIOLOGÍA, y a los cuales se les realiza una arteriografía por vía femoral.

Quedan excluidos aquellos cuya vía de acceso es la humeral, o cualquier otra.

Se formaron dos grupos de pacientes de ochenta en cada uno de ellos.

A un grupo de ellos se les colocó apósito tradicional de esparadrapo y venda hidrófila. A este grupo le denominaremos TRADICIONAL.

A otro grupo se les colocó el nuevo apósito. A este segundo grupo le denominaremos NUEVO.

Se han tenido en cuenta una serie de variables, tanto cualitativas como cuantitativas.

A- Edad de los pacientes:

- I) De 0 a 50 años.
- II) De 51 a 90 años.

B- Tipos de exploración:

- a) Diagnosticas.
- b) Terapéuticas.

C- Numero de french de los introductores:

5F- 6f- 8F.

D- Nivel de conciencia:

- I) Desorientados, obnubilados y poco colaboradores.
- II) Colaboradores y obedientes a ordenes.

En el grupo I) hemos incluido a aquellos pacientes que por su situación clínica, resultan poco colaboradores.

En el grupo II) hemos incluido a todo el resto de pacientes.

E- Complicaciones del tipo de material empleado:

- 1. Eritemas.
- 2. Ampollas.
- 3. Maceración de piel.
- 4. Erupciones.
- 5. Despegue de apósito.

Según el diccionario de la Real Academia Española, en su vigésima segunda edición, se define:

Eritema.- inflamación superficial de la piel, caracterizada por manchas rojas.

Ampolla.- elevación local de la epidermis por acumulación de fluido.

Maceración (o efecto de macerar).- reblandecer la piel o los demás tejidos mediante contacto prolongado con un líquido.

Erupción.- aparición y desarrollo en la piel, o mucosa de granos, manchas o vesículas.

Desprendimiento Aposito.- se considera despredimineto involuntario a partir de 4 cm. Independientemente del extremo despegado.

## **RESULTADOS**

### **DATOS PACIENTES DE ESPARADRAPO O TRADICIONAL**

TOTAL PACIENTES- 80

GRUPOS DE EDADES

DE 0 A 50 AÑOS- 27 PACIENTES ..... 33.75%

DE 51 A 90 AÑOS- 54 PACIENTES ..... 67.75%

DIAGNOSTICOS- 56 PACIENTES .....	70%
TERAPEUTICA- 24 PACIENTES .....	30%
INTRODUCTORES DE 5F-56 .....	70%
INTRODUCTORES DE 6F-17 .....	21.25%
INTRODUCTORES DE 8F-7 .....	8.75%

#### **NIVEL DE CONSCIENCIA**

DESORIENTADOS- OMNIBILADOS- POCO COLABORADORES-	78.75%
COLABORADORES Y OBEDIENTES ORDENES- 73 .....	91.25%
COMPLICACIONES DEL ESPARADRAPO- 32 total .....	40%
DESPEGUE ESPARADRAPO- 7 .....	8.75%
AMPOLLAS- 9 .....	11.25%
ERITEMAS- 7 .....	8.75%
MACERACION HERIDAS PIEL- 6 .....	7.5%
ERUPCIONES- 3 .....	3.75%

#### **DATOS PACIENTES SAFE-GUARD O NUEVO**

TOTAL PACIENTES- 80

GRUPO DE EDADES

DE 0 A 50 AÑOS- 30 .....	37.50%
DE 51 A 90 AÑOS- 50 .....	62.50%
DIAGNOSTICOS- 59 .....	73.75%
TERAPEUTICA- 21 .....	26.25%
INTRODUCTORES DE 5F- 63 .....	78.75%
INTRODUCTORES DE 6F- 11 .....	13.75%
INTRODUCTORES DE 8F- 6 .....	7.5%

#### **NIVEL DE CONSCIENCIA**

DESORIENTADOS-OMNIBILADOS-POCO COLABORADORES -9	11.25%
COLABORADORES Y OBEDIENTES- 71 .....	88.75%
COMPLICACIONES DEL SAFE-GUARD- 23 total .....	28.75%
DESPEGUE DE APOSITO- 15 .....	18.75%
ERITEMAS- 5 .....	6.25%
AMPOLLAS- 3 .....	3.75%
MACERACION PIEL- 0 .....	0%
ERUPCIONES- 0 .....	0%

#### **RESPUESTA DE LOS PACIENTES AL APOSITO DE ESPARADRAPO O TRADICIONAL**

- El tenerlo fue lo peor.
- Estuve casi un mes quitándome pegamento del esparadrapo.
- Tuve la piel blanda lo menos quince días.

## **RESPUESTA DE LOS PACIENTES AL APOSITO SAFE-GUARD O NUEVO**

- Es una maravilla.
- No me enteraba que lo llevaba puesto.
- No me entero cuando me lo ha quitado.

## **RESPUESTA DE LOS PACIENTES QUE HAN PROBADO LOS DOS TIPOS DE APOSITO**

- Menuda diferencia.
- Es mucho más cómodo.
- Era a lo que más temía.
- Era lo que menos me gustaba de la prueba.
- Lo que más miedo me daba era que me quitaran el esparadrapo.

### **CONCLUSIONES: -I-**

- En cuanto a las complicaciones, hemos visto que los problemas en la piel de los pacientes que han llevado apósito de esparadrapo o tradicional son del 25% ,frente a un 8% del apósito nuevo.
- En lo referente a la mejor vigilancia del punto de punción, también hay diferencias, ya en la definición vemos que mientras en el primero está totalmente ocluido, en el segundo está visible el punto de punción.
- La implicación del paciente es mucho mayor, puesto que en todo momento esta viendo el estado del punto de punción, pudiendo así prevenir cualquier anomalía.
- Como se ha visto en las diapositivas, mientras el primero abarca desde la cara interna del muslo hasta la cadera, el segundo apenas abarca unos 15 cm. , de ahí su comodidad.

### **CONCLUSIONES: -II-**

Después de estudiar todas las variables, hemos observado que:

- Las complicaciones cutáneas están relacionadas con el tipo de apósito que se utilice.
- A igualdad de nivel de conciencia el apósito que más se despegas es el segundo.
- El hecho de que el esparadrapo se despegue antes o después, no se observo que el riesgo de sangrado sea mayor.
- La edad y el ni de introductor, no es motivo diferenciador.
- Tampoco existen diferencias estadísticamente significativas relacionadas, tanto si la prueba es DIAGNOSTICA o TERAPEUTICA.

### **CONCLUSIÓN FINAL**

1. CON LA IMPLANTACIÓN DEL NUEVO APOSITO SE HA OBSERVADO UNA REDUCCION DE LA FRECUENCIA, EN LAS ALTERACIONES CUTÁNEAS (17%).

2. HA MEJORADO CONSIDERABLEMENTE LAS RESPUESTAS DE LOS PACIENTES EN LO REFERENTE AL CONFORT.

### **PROYECTOS FUTUROS**

1. TODAVIA FALTA PERFECCIONAR EL APÓSITO EN LO REFERENTE AL ADHESIVO, PERO VALE LA PENA EL CAMBIO.
2. EN OTROS HOSPITALES PARA ALGUNOS PACIENTES ESPECÍFICOS, NO UTILIZAN NINGÚN TIPO DE APÓSITO COMPRESIVO POST ARTERIOGRAFÍA, PERO ESO AQUÍ YA SE ANDARÁ.

### **BIBLIOGRAFÍA**

- Juan L. Gonzalez, M<sup>a</sup> Luz Capote, Vera Rodríguez y Paloma Ruiz.- HEMOSTASIA VASCULAR POSTCATETERISMO basada en la evidencia.- Fundaciòn Médica Investigación, y Desarrollo. Area Cardiovascular.- Madrid. 2004.
- Henderson V. Principios básicos de los cuidados de enfermería. Ginebra 1971.
- Serrano C, AlarcónD, Delgado I, García S, Gómez A, Achútegui T, Izquierdo A, Capote ML y col. Estudio multicéntrico ,aleatorizado y prospectivo de las complicaciones vasculares tras el cateterismo cardíaco. Comparación de dos métodos de compresión femoral: C-Clamp y neumática. Rev Enferm Cardiol 2000;21:19-24.
- Navarro f, Iñiguez A, Córdoba M, García S, Serrano C, De la Paz J y col. Factores relacionados con la aparicion de complicaciones vasculares periféricas tras procedimientos intervencionistas vasculares percutaneos. Rev Esp Cardiol. 1997;50:480-490

***USO DE EMULSIONES DE ÁCIDOS GRASOS  
HIPEROXIGENADOS, PARA LA CURACIÓN Y  
PREVENCIÓN EN RECIDIVAS DE ÚLCERAS  
VENOSAS EN MIEMBROS INFERIORES***

José Luis Giménez Tebar, José Ramón González Antón,  
M<sup>a</sup> Jesús Más Pla y M<sup>a</sup> Peña Castaño Gómez  
*HGUA / H. Villajoyosa / Cons. Aaiún*





## **INTRODUCCIÓN**

Las úlceras vasculares afectan del 0.1 - 0.3% de los adultos de la población occidental, alcanzando hasta el 2% en los mayores de 80 años. (Callum 1985)

- Enfermedad venosa 70%
- Enfermedad arterial periférica 10%
- Enfermedad arterial periférica y venosa mixta 10 - 15%
- Otras causas (diabetes, enfermedades malignas de la piel, alteraciones sanguíneas, vasculitis) 5 - 10% (Cullum 1995)

La incidencia es mayor en la población femenina con una proporción de mujer/hombre de 1.6/1.

## **OBJETIVOS**

Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia de las emulsiones de ácidos grasos esenciales hiperoxigenados (AGHO), combinados con las medidas compresivas en úlceras venosas.

Se desarrolló un estudio descriptivo sobre cinco casos clínicos, con curas cada 72, 96 o 120 horas según la evolución de las lesiones.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

La terapia compresiva nunca debe aplicarse a pacientes con problemas arteriales. Como regla general, un ITB>0.8 permitirá la aplicación segura de la terapia compresiva en úlceras venosas. Además emplear una emulsión de AGHO para mejorar la microcirculación, aumentando también la resistencia cutánea en la zona de riesgo de nuevas úlceras y disminuyendo la inflamación. Esta emulsión debe presentar una rápida absorción para el uso de medidas compresivas después de su aplicación. El tratamiento se realizará cada 72, 96 o 120 horas según la evolución de las lesiones.

## **RESULTADOS**

### **CASO I. ANAMNESIS**

La paciente (VTJ) es una mujer de 77 años con patología venosa crónica, localizada en ambas piernas. En los últimos 6 años ha presentado 2 úlceras que se han resuelto tras meses de curas. 21 puntos en la Escala de Braden. Hay pulso en el pie y un ITB>1. Corregir la hipertensión venosa aplicando un vendaje compresivo adecuado. Emplear una emulsión de AGHO para mejorar la microcirculación, aumentando la resistencia cutánea en la zona de riesgo de nuevas úlceras y que además dis-

minuya la inflamación. Reducir el número de recidivas de heridas venosas, usando medias de compresión adecuadas y emulsiones de ácidos grasos esenciales hiperoxigenados. Curación a las 8 semanas.

### **CASO 2. ANAMNESIS**

La paciente (ADM) es una mujer de 72 años con insuficiencia venosa crónica, localizada en ambas piernas. En los últimos 8 años ha presentado 6 úlceras que se habían resuelto tras meses de curas. 19 puntos en la Escala de Braden. Hay pulso en el pie y un ITB>0.8. Corregir la hipertensión venosa aplicando un vendaje compresivo adecuado. Emplear una emulsión de AGHO para mejorar la microcirculación, aumentando la resistencia cutánea en la zona de riesgo de nuevas úlceras y que además disminuya la inflamación. Esta emulsión debe presentar una rápida absorción para el uso de medidas compresivas después de su aplicación. Se debe elegir un apósito que gestione correctamente el exudado y no dañe la piel periulceral frágil. Curación a los 50 días

### **CASO 3. ANAMNESIS**

La paciente (PHR) es una mujer de 68 años con insuficiencia venosa crónica, localizada en ambas piernas. En los últimos 4 años ha presentado 2 úlceras que se habían resuelto tras meses de curas. 20 puntos en la Escala de Braden. Hay pulso en el pie y un ITB>1. Corregir la hipertensión venosa aplicando un vendaje compresivo adecuado. Emplear una emulsión de AGHO para mejorar la microcirculación, aumentando la resistencia cutánea en la zona de riesgo de nuevas úlceras y que además disminuya la inflamación. Curación 20 días.

### **CASO 4. ANAMNESIS**

- EL paciente (JARM) es un varón de 39 años con insuficiencia venosa crónica, localizada en ambas piernas. En los últimos 6 años ha presentado múltiples úlceras que se habían resuelto tras meses de curas locales, realizadas por él. De profesión: peluquero. 23 puntos en la Escala de Braden. Hay pulso en el pie y un ITB>1. Corregir la hipertensión venosa aplicando un vendaje compresivo adecuado. Emplear una emulsión de AGHO para mejorar la microcirculación, aumentando la resistencia cutánea en la zona de riesgo de nuevas úlceras y que además disminuya la inflamación.

Esta emulsión debe presentar una rápida absorción para el uso de medidas compresivas después de su aplicación. Se debe elegir un apósito que gestione correctamente el exudado y no dañe la piel periulceral frágil. Evolución favorable de la lesión a las 3 semanas.

### **CASO 5. ANAMNESIS**

La paciente (CRJ) es una mujer de 75 años con insuficiencia venosa crónica, localizada en ambas piernas. En los últimos 10 años ha presentado más de 10 úlceras que se habían resuelto tras meses de curas. 22 puntos en la Escala de Braden.

Hay pulso en el pie y un ITB>1. Emplear una emulsión de AGHO para mejorar la microcirculación, aumentando la resistencia cutánea en la zona de riesgo de nuevas úlceras y que además disminuya la inflamación. Mejoría del aspecto general de miembros inferiores en 8 semanas.

## **CONCLUSIONES**

- A todo paciente, anamnesis previa, en busca de la etiología de su problema.
- Tenga en cuenta al paciente en su conjunto y a la piel perilesional a la hora de elegir el tratamiento mas adecuado (apósito+emulsión+compresión).
- Paute el cambio del apósito en función del exudado y del estado de la piel perilesional.
- Para el tratamiento de las úlceras de etiología venosa, utilizar siempre la terapia compresiva, cuidando de la piel perilesional, con apósitos que gestionen adecuadamente el exudado, y emulsiones de ácidos grasos esenciales hiperoxigenados que mejoren la microcirculación y disminuyan la inflamación.
- Reducir el número de recidivas de heridas venosas, usando medias de compresión adecuadas y emulsiones de ácidos grasos esenciales hiperoxigenados.



***ESTUDIO DE CASOS CLÍNICOS CON EL USO  
DE LOS NUEVOS APÓSITOS DE MATRIZ  
MODULADORA DE PROTEASAS***

José Luis Giménez Tebar, José Ramón González Antón,  
M<sup>a</sup> Jesús Más Pla y M<sup>a</sup> Peña Castaño Gómez  
*HGUA / H. Villajoyosa / Cons. Aaiún*



## **INTRODUCCIÓN**

### ***1. LAS PROTEASAS Y SUS FUNCIONES***

Las proteasas son enzimas presentes en el exudado que juegan un papel primordial en la curación de heridas.

Se clasifican según la estructura de su zona activa, especialmente la metaloproteinasa de matriz, proteinasa de serina, cisteína y aspártico. En general, se fabrican en forma latente o proactiva en distintos tipos celulares, granulocitos, queratinocitos y fibroblastos. Sólo cuando son activadas ejercen su efecto proteolítico.

Las proteasas regulan el equilibrio entre síntesis tisular y degradación. La actividad proteolítica está estrechamente regulada a nivel celular (expresión génica) y extracelular (enzimas reguladoras de activación e inhibición). Un fallo en algún mecanismo de control creará un aumento en la actividad proteolítica, como en las heridas complicadas, y se considera una de las principales causas de trastornos en la cicatrización.

Las metaloproteinasas de matriz (MMPs) representan una subfamilia conocida de 17 endopeptidasas dependientes de zinc, aunque se están realizando identificaciones adicionales. Estas MMPs se activan al retirar un pequeño fragmento propéptido, y su actividad es máxima a pH fisiológico.

La MMP-1, -8, -13 y .18 (colagenasas) son muy específicas y rompen la triple hélice del colágeno fibrilar. La molécula de colágeno desnaturalizada es susceptible al ataque por otras proteasas, en particular gelatinasas MMP-2 y .9.

#### ***CARACTERÍSTICAS COMUNES A LAS MMPs:***

1. El mecanismo catalítico de acción requiere  $Zn^{2+}$
2. Se sintetizan como zimógeno inactivo
3. Degradan una o más proteínas MEC
4. Su actividad proteolítica se inhibe con TIMPs

#### **• CONCENTRACIÓN DE PROTEASAS EN HERIDAS CRÓNICAS**

En múltiples estudios se ha comprobado que las concentraciones de proteasas están masivamente aumentadas en el exudado de estas heridas en relación con las heridas agudas.

Las metaloproteinasas de matriz (MMPs) están particularmente elevadas mientras que sus inhibidores están disminuidos. Wysocki y cols. Encontraron un incre-

mento de 5 a 10 veces en MMP-2 y .9 respecto a las heridas agudas. Schultz y Mast demostraron un incremento de 116 veces en las concentraciones de MMP-1 en el exudado de úlceras venosas de pierna.

Las elastasas, miembros de la familia de las proteinasas de serina, también estaban elevadas. Una vez activada ayuda en la degradación de matriz extracelular directamente por degradación de componentes individuales, e indirectamente activando otras proteinasas como MMPs.

Las proteinasas de cisteína (Catepsina B, H, K, L y S) y de aspártico (Catepsina D) actúan óptimamente a pH ácido (pH 3-5) y se acumulan intracelularmente, por ejemplo, los lisosomas degradan péptidos y fragmentos por fagocitosis.

La acción combinada de estas proteinasas completa la degradación de componentes proteínicos de la matriz extracelular como el colágeno y sus residuos. Entre el 75-80% de los aminoácidos se usan en la síntesis de nuevas proteínas. Los residuos se transforman en urea por transaminación y se eliminan.

## **2. PAPEL DE LOS FACTORES DE CRECIMIENTO**

Se han identificado numerosos factores de crecimiento y su número va en aumento. Todos tienen en común:

Rasgos característicos:

- Estructura polipeptídica
- Inicio de la respuesta celular fuera de la célula diana
- Mecanismo de acción endocrino, exocrino o autocrino
- Respuesta celular mediante complejos receptores especiales
- Formación de complejos polipéptido . receptor
- Inactivación por endocitosis del complejo polipéptido - receptor

El tratamiento de una úlcera vascular comprende una serie de actuaciones de carácter general (desbridamiento, limpieza de la herida, control de la infección, medidas de descarga...). En los últimos años se ha desarrollado una nueva vía de tratamiento local que consiste en una TERAPIA ACTIVA que estimula el desarrollo de tejido de granulación y finalmente la cicatrización de la herida. Esta terapia activa comprende tanto la adición de factores de crecimiento exógenos (rhPDGF-BB) como el control de la actividad proteolítica y protección de los factores de crecimiento presentes en el lecho de la herida.

Dentro de las medidas generales de tratamiento, en primer lugar, tiene que realizarse un buen desbridamiento y limpieza de la herida, eliminando el tejido desvitalizado e infectado junto con los patógenos que impiden la proliferación, facilitando así la granulación de la herida. La limpieza debe realizarse con solución salina isotónica a una presión que no cause trauma en el lecho pero que facilite el arrastre mecánico de los restos necróticos. No se recomienda el uso de ningún producto antiséptico en el lecho de la herida debido a su capacidad citotóxica. Esta ha de ir seguida de un escrupuloso secado siempre por presión y nunca por fricción.



El siguiente paso es el desbridamiento, imprescindible si se presenta necrosis, esfácelos o detritus, ya que son caldo de cultivo para infecciones y suponen un retraso en la curación. El desbridamiento puede ser quirúrgico, mediante tijeras y/o bisturí, por medio de preparados enzimáticos, como la colagenasa y también mediante hidrogeles y productos de cura húmeda que permiten la autodigestión del tejido desvitalizado por la enzimas normalmente presentes en los fluidos de la úlcera.

Es importante el control del exudado para conseguir una óptima cicatrización de las heridas. Ante una herida infectada debe comenzarse un tratamiento sistémico con antimicrobianos tras comprobar el antibiótico específico para ese patógeno. Este antimicrobiano debe eliminar la mayoría de los patógenos habituales identificados como causantes de heridas que no cicatrizan. Cuando la infección es persistente se destruye tejido viable y se impide la formación de tejido de granulación.

La descarga de la zona afectada debe conseguirse con dispositivos ortopédicos y -en el caso de úlceras por presión- con camas apropiadas. Esta descarga debe prolongarse incluso cuando la herida ha cicatrizado para prevenir úlceras recurrentes en la misma localización. El tratamiento de la úlcera neuropática se basa por lo tanto en la eliminación de la presión en esa zona.

Es imprescindible mantener un ambiente húmedo en la herida. También debe conseguirse un nivel óptimo de glucosa, buena circulación sanguínea mediante cirugía vascular para un tratamiento satisfactorio.

Los resultados del tratamiento de las úlceras vasculares en términos de cicatrización y de disminución en el número de amputaciones, se han conseguido mejorar gracias al empleo de una nueva terapia activa que modula el lecho de la herida y facilita la regeneración del tejido.

En las heridas vasculares se produce un desequilibrio entre el depósito tisular estimulado por factores de crecimiento y la destrucción mediada por proteasas.

Este desequilibrio favorece al proceso destructivo. Varios estudios preclínicos han demostrado que al añadir factores de crecimiento exógenos se acelera la síntesis tisular y la cicatrización.

Con el desarrollo de los apósitos de matriz moduladora de proteasas se pretende reducir los niveles de enzimas proteolíticas del exudado atrapándolas física y mecánicamente, inhibiendo su acción.

Esto disminuiría la destrucción tisular y evitaría la degradación de factores de crecimiento, contribuyendo a una mayor formación de tejido de granulación y una reparación más precoz.

Los componentes de los apósitos de matriz moduladora de proteasas son celulosa oxidada regenerada (45%) y colágeno bovino (55%). El colágeno es un material biológico muy abundante en la dermis. Además de ser una de las proteínas más frecuentes de los tejidos, juega un importante papel en muchos procesos fisiológicos, incluyendo la reparación de heridas.

El colágeno se ha empleado durante muchos años en el tratamiento de las heridas porque reduce la retracción, es bioreabsorbible y hemostático. Tras su degradación,

los péptidos del colágeno son quimiotáxicos y atraen a fibroblastos y macrófagos. La celulosa es un material no reabsorbible que debe ser modificado químicamente para poder reabsorberse en el organismo. La celulosa está compuesta por polisacáridos con glucosa. Las moléculas de glucosa en celulosa se oxidan para obtener Celulosa Oxidada Regenerada (ORC). Al absorber fluidos, como suero salino o exudado, la ORC se transforma en un gel que es totalmente reabsorbible. La ORC estimula la proliferación celular y es hemostático.

La matriz de los apósitos de matriz moduladora de proteasas está diseñada para modular el microentorno de la herida crónica.

### **3. PROMOGRAN® (los apósitos de matriz moduladora de proteasas): ACELERADOR BIOACTIVO DE LA CICATRIZACIÓN**

#### ***3.1 MECANISMO DE ACCIÓN DE PROMOGRAN®***

##### **3.1.1. Unión e inactivación de MMPs**

A través de este efecto

- Reduce la destrucción proteolítica de la matriz extracelular
- Reduce la degradación proteolítica de moléculas que actúan positivamente en la cicatrización

##### **3.1.2. Unión, liberación y protección de factores de crecimiento endógenos**

##### **3.1.3. Efecto de PROMOGRAN® sobre la quimiotaxis y proliferación celular**

- Colágeno: Efecto en quimiotaxis y hemostasia
- Celulosa oxidada regenerada: Efecto en quimiotaxis y proliferación celular. Es hemostática.

##### **3.1.4. Absorción de radicales libres**

##### **3.1.5. Hemostasia de heridas sangrantes**

##### **3.1.6. Creación de un medio húmedo para la cicatrización**

Según la literatura científica publicada y los datos de laboratorio, el principal mecanismo de acción de PROMOGRAN® es a través de una matriz de colágeno y ORC que atrapa proteasas y modula mecánicamente su actividad. Este mecanismo de acción no es un proceso químico en el cuerpo humano ni en otros animales y no depende de su metabolización para conseguir sus propósitos.

### **4. HEMOSTASIA DE HERIDAS SANGRANTES**

Los productos que contienen colágeno y/o celulosa oxidada regenerada han demostrado sus propiedades hemostáticas al ser aplicados en heridas sangrantes. Tales productos (por ejemplo INSTAT® o SURGICEL®) tienen licencia para esa aplicación.

Por eso no es de extrañar que PROMOGRAN®, compuesto por colágeno y ORC tenga un efecto hemostático similar en un modelo in vitro.

## **5. CREACIÓN DE UN MEDIO HÚMEDO PARA LA CICATRIZACIÓN**

Los apósitos de matriz moduladora de proteasas aplicados a la herida absorben el exudado de la herida y se transforman en un gel deformable. En casos de escasa exudación este efecto se consigue hidratando los apósitos de matriz moduladora de proteasas con solución salina. Este gel mantendrá el ambiente húmedo e incrementará el ritmo de cicatrización.

## **6. INFORMACIÓN DE PRODUCTO**

Matriz moduladora de proteasas PROMOGRAN®

### **• DESCRIPCIÓN DE PRODUCTO**

La matriz PROMOGRAN® es un tratamiento tópico que interactúa con la herida. Es un producto estéril, congelado, compuesto por celulosa oxidada regenerada (ORC) y colágeno. En presencia de exudado se transforma en un gel suave, biodegradable que permite el contacto con toda la superficie de la herida. Se puede emplear suero salino o solución Ringer para hidratar la matriz PROMOGRAN® en heridas secas.

La matriz PROMOGRAN® modula y equilibra el medio de la herida crónica por su exclusiva combinación de:

1. Unión e inactivación de proteasas (es decir metaloproteinasas, elastasa y plasmina), las cuales en exceso tienen un efecto negativo sobre la herida crónica.
2. Unión y protección de factores de crecimiento de la degradación excesiva por estas proteasas.

Estos factores de crecimiento naturales protegidos se liberan nuevamente a la herida, mientras que las proteasas permanecen inactivas hasta la biodegradación de la matriz PROMOGRAN®.

La matriz PROMOGRAN® ha demostrado sus propiedades de reducir radicales libres.

### **• INDICACIONES DE USO**

PROMOGRAN® está indicada en heridas que cierran por segunda intención y están libres de tejido necrótico, y muy especialmente en úlceras de pie diabético y en úlceras vasculares.

PROMOGRAN® ha demostrado sus cualidades hemostáticas.

La matriz PROMOGRAN puede emplearse con terapia compresiva.

### **• CONTRAINDICACIONES**

La matriz PROMOGRAN® está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida a sus componentes, es decir ORC y colágeno. Discontinuar su utilización en caso de aparecer signos de sensibilización.

## OBJETIVOS

1. Los objetivos del presente estudio son valorar la eficacia de los nuevos apósitos de Matriz moduladora de proteasas (PROMOGRAN®) , en heridas complicadas.
2. Se desarrolló un estudio descriptivo sobre tres casos clínicos, con curas cada 48 ó 72 horas con PROMOGRAN®.

## MATERIAL Y MÉTODOS

- Preparación del lecho

Desbridamiento inicial

Antes del tratamiento el tejido necrótico debe eliminarse previamente con métodos quirúrgicos, enzimáticos o autolíticos (Nugel® - Hidrogel).

Tratar con ACTISORB® PLUS 25 durante al menos 15 días (5 cambios) antes de la aplicación de PROMOGRAN®

Ante escaso o nulo exudado, hidratar PROMOGRAN® con solución Ringer salino 0.9% .

### Aplicación:

1. Para un efecto óptimo PROMOGRAN® debe aplicarse en todo el lecho de la herida.
2. En heridas con escaso o nulo exudado, hidratar previamente PROMOGRAN® con suero salino o solución Ringer. Esto iniciará la formación de gel
3. Tras su hidratación el gel PROMOGRAN® contacta íntimamente con la herida.
4. El gel biodegradable se reabsorbe espontáneamente en el tiempo.
5. La matriz PROMOGRAN® se cubre con gasa, un apósito no adherente o un hidropolímero para mantener el medio húmedo (apósito hidropolimérico TIELLE®).
6. Repetir el tratamiento con matriz PROMOGRAN® cada 48 ó 72 horas, según la cantidad de exudado. No es necesario retirar el PROMOGRAN® residual.

PROMOGRAN® es un método completamente novedoso en el tratamiento activo de las úlceras vasculares.

## RESULTADOS

### CASOS CLÍNICOS

#### PRIMERO

AHC, mujer de 86 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2 y de Insuficiencia mixta en ambas piernas. ITB < 0,6.

Presenta una puntuación en la escala de Braden de 16 puntos.

Tras 2 años de curas con todos los productos disponibles en el Centro de Salud, se opta por aplicarle el nuevo apósito de celulosa oxidada regenerada (45%) y colágeno bovino (55%), PROMOGRAN® de Johnson & Johnson®. Se inician las curas el 05/02/2006 y la evolución de la herida cambió espectacularmente.

## SEGUNDO

RMC, mujer de 81 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2 y de Insuficiencia mixta en ambas piernas. ITB < 0,7.

Presenta una puntuación en la escala de Braden de 20 puntos.

Tras 10 meses de curas con múltiples, se opta por aplicarle el nuevo apósito de PROMOGRAN®. Se inician las curas el 06/03/2006 y la evolución de la herida cambió favorablemente.

## TERCERO

RRM, mujer de 76 años de edad, diagnosticado de diabetes Mellitus tipo 2 y de Insuficiencia mixta en ambas piernas. ITB < 0,7.

Presenta una puntuación en la escala de Braden de 19 puntos.

Tras 8 meses de curas con múltiples productos, se opta por aplicarle el nuevo apósito de PROMOGRAN®. Se inician las curas el 13/03/2006 y la evolución de la herida cambió satisfactoriamente.

## CONCLUSIONES

1. Como conclusión se comprobó la eficacia del empleo de la nueva terapia activa que modula el lecho de la herida y facilita la regeneración del tejido.
2. Aumenta el ritmo de cicatrización completa de heridas cronificadas (probado en estudios clínicos).
3. Se ha comprobado que sus componentes son degradados y reabsorbidos en el cuerpo, no dejando residuos.
4. Es suave y confortable; se transforma en gel en contacto con el exudado o solución salina.
5. Modula y equilibra el medio de las heridas, uniendo e inactivando proteasas y protegiendo factores de crecimiento.
6. Es un producto estéril absorbente (producto sanitario clase III) fabricado con colágeno y celulosa oxidada regenerada.
7. Puede emplearse en heridas sangrantes gracias a su efecto hemostático.
8. Excelente perfil de seguridad.
9. Fácil de usar.
10. Fácil de almacenar (estable durante 2 años a temperatura ambiente).
11. La disminución de costes (materiales y de tiempos de curas) que representa la utilización de PROMOGRAN® en heridas cronificadas durante años.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- A randomized, controlled trial of PROMOGRAN (a collagen/oxidized regenerated cellulose dressing) vs standard treatment in the management of diabetic foot ulcers. Veves A., Sheehan P, Pham HT. Arch Surg. 2002; 137: 822 – 827

- An in use Observational Study of the Treatment of Diabetic Foot Ulcers with ORC/Collagen & Becaplermin Gel. Morbach S, Hoffmeier H, Ochs HR. Poster Presentation 17th Annual Clinical Symposium on Advances in skin & Wound Care. Dallas, TX, 2002

- Cost .effectiveness of treating deep diabetic foot ulcers with PROMOGRAN in four European countries. Ghatnekar O, Willis M, Persson U. Journal of Wound Care, vol. 11, N° 2, 2002

- PROMOGRAN AND THE MANAGEMENT OF DIABETIC FOOT WOUNDS: A CASE SERIES. J.Shaw, J McCarry. Comunicación Oral en "II WUWHS Meeting", París 8-13 Julio 2004. Abstract

# 15. MESA REDONDA

Moderada por: **Fco. Javier Gómez Robles**

## **DE LA TRADICIÓN A LA EVIDENCIA: PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA**

La primera definición sobre Medicina Basada en la Evidencia (MBE) la realizó el profesor Sackett en 1996: "el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible, en la toma de decisiones sobre la atención de los pacientes considerados en su individualidad". Los términos MBE, práctica basada en la evidencia y atención sanitaria basada en la evidencia se utilizan en la actualidad como sinónimos o términos muy cercanos en su significado. Por lo tanto a partir de ahora hablaremos del término Práctica Basada en la Evidencia (PBE) El uso de la PBE requiere la integración de:

La maestría clínica individual: El dominio creciente del conocimiento y el juicio que cada clínico adquiere a través de la experiencia clínica y de la práctica clínica, con la mejor evidencia clínica externa disponible derivada de la investigación sistemática

Los buenos profesionales de la salud utilizan a la vez la maestría clínica y la mejor evidencia externa disponible, y ninguna se basta por sí sola.

Sin la primera, los riesgos de la práctica son tiranizados por las evidencias externas, porque hasta las evidencias externas calificadas como excelentes pueden ser inaplicables o inapropiadas para un paciente concreto.

Sin la segunda, los riesgos de la práctica quedan desfasados en seguida, en detrimento del paciente

La PBE requiere un enfoque de abajo a arriba que integre las mejores evidencias externas con la maestría clínica individual y las preferencias del paciente.

Las evidencias clínicas externas pueden conformar, pero nunca sustituir a la maestría clínica, y es esta maestría la que debe decidir si las evidencias externas son aplicables al paciente individual y, si así ocurriera, cómo deben integrarse en una decisión clínica.

De la misma forma, toda directriz externa debe ser integrada con la maestría clínica individual para decidir si se ajusta y de qué manera con la situación clínica, las dificultades y las preferencias del paciente y así decidir si se debe aplicar.

Cuando la asistencia a nuestros pacientes crea la necesidad de información, hay que:

- 1 Convertirla en preguntas susceptibles de respuesta.
- 2 Localizar eficientemente la mejor evidencia en:
  - historia clínica / exploración física

- diagnósticos de laboratorio
- publicaciones (“evidencias de la investigación”)
- otras fuentes

3 Evaluar críticamente la evidencia en términos de validez (aproximación a la verdad) y utilidad (aplicabilidad clínica).

4 Aplicar los resultados de la evaluación crítica (“critical appraisal”) a la práctica clínica.

5 Evaluar nuestro rendimiento.

Desde que se acuñó este término han sido muchos los profesionales que han intentado aplicar esta metodología, no sin grandes dificultades. En particular, la aplicación de los pasos 2 y 3 requiere que los profesionales tengan herramientas sobre la búsqueda de información sobre evidencia y de conocimientos y habilidades en la lectura crítica de literatura, además de tiempo disponible para dedicarse a esta empresa. Por estas razones, y asumiendo que no todos los profesionales que precisan de información para resolver problemas en su práctica diaria reúnen estas premisas, se ha llegado a simplificar la metodología antes citada. Por eso se habla de dos niveles de aplicación de la PBE: nivel básico y nivel avanzado.

En el nivel básico el profesional, tras formularse su pregunta de interés para dar respuesta a un problema en su práctica clínica, restringe la búsqueda de información a las llamadas fuentes documentales precitadas (fuentes de información de alta calidad sobre la efectividad de las intervenciones clínicas), y debido a la alta calidad de la información disponible en estas fuentes, el clínico asume su validez y puede así responder a su pregunta inicial. De esta manera se simplifica bastante la aplicación de los puntos 2 y 3.

El nivel avanzado implica reunir las condiciones antes citadas sobre conocimientos y habilidades en búsqueda de información y lectura crítica, además de disponer de este tiempo tan preciado necesario. Así, en este nivel las búsquedas se realizan sin ninguna restricción, utilizando todo tipo de fuentes disponibles y no solo las precitadas.

Resumiendo esta división entre nivel básico y avanzado, el tipo de fuentes que consultaría cada uno sería el siguiente:

- Nivel básico: guías de PBE, textos e informes basados en la evidencia, revisiones sistemáticas y resúmenes estructurados de documentos filtrados.
- Nivel avanzado: todas las fuentes precitadas anteriores más los estudios originales disponibles.

A continuación se presenta una clasificación de algunas de las fuentes sobre efectividad de intervenciones clínicas disponibles en la red (modificado de Montaña y Rivas)



**1. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia:** son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a los profesionales y a los pacientes en la toma de decisiones acerca de la atención más adecuada en circunstancias clínicas concretas.

- Guía Salud: guías de práctica clínica en el sistema nacional de salud español.
- Documentos de actuación clínica de la Agència Valenciana de Salut (Conselleria de Sanitat Comunitat Valenciana).
- National Guidelines Clearinghouse.
- Scottish intercollegiate Guidelines Network.
- National Institute of Clinical Excellence.
- New Zeland Guidelines Network.
- National Health and Medical Research Council.
- US Preventive Services Task Force
- Canadian Task Force on Preventive Health Care

**2. Informes y textos basados en la evidencia:** se trata de documentos que revisan de forma sistemática un determinado tema. Se diferencian fundamentalmente de las revisiones sistemáticas en que responden a más de una pregunta, y que las guías de práctica clínica se centran en la síntesis de la evidencia sin recomendar cursos de acción concretos.

- Clinical Evidence.
- Evidencia Clínica: traducción al español disponible su consulta gratuita desde todos los puestos conectados al servidor central de la Conselleria de Sanitat Comunitat Valenciana, a través de su página web.
- Agency for Healthcare Research and Quality Evidence Reports.

**3. Revisiones Sistemáticas e Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias:** las revisiones sistemáticas son el resultado de aplicar una metodología formal y explícita para localizar, seleccionar, analizar y sintetizar los resultados de las investigaciones sobre una determinada cuestión. Responden a la necesidad de contar con síntesis no sesgadas de toda la evidencia relevante sobre un tema. Los Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias utilizan como base central las revisiones sistemáticas, pero incorporan otros elementos vinculados a decisiones específicas, aplicables a un sistema sanitario concreto, como análisis de necesidades, utilización y variabilidad de servicios y evaluaciones económicas.

- Tripdatabase
- The Cochrane Library.
- Biblioteca Cochrane en español.
- International Network of Agencies of Health Technology Assessment.
- Database of Abstracts of Reviews of Effectiveness (solo las revisiones sistemáticas evaluadas).
- Pubmed, a través de la sección Clinical Queries (búsqueda automática con filtros metodológicos).

**4. Resúmenes estructurados de documentos filtrados:** son resúmenes estructurados de estudios primarios o de los diferentes tipos de documentos mencionados anteriormente que previamente han sido sometidos a un doble filtro: la importancia clínica de los resultados que comunican y la credibilidad de los mismos (validez de la metodología para alcanzar dichos resultados).

- ACP Journal Club/ Evidence- Based Medicine.
- Otras revistas de resúmenes estructurados (EB Mental Health, EB cardiovascular medicine, EB Obstetrics & Gynaecology, EB Sports Medicine, etc.).

**5. Recursos específicos de Enfermería Basada en la Evidencia:**

- Observatorio de EBE de la Fundación Index.
- Revista electrónica Evidentia de la Fundación Index.
- Best Practice Information Sheet: es una serie de publicaciones derivadas de revisiones sistemáticas realizadas por el Instituto Joanna Briggs y sus Centros Colaboradores. Están diseñadas específicamente para profesionales de la práctica clínica y tiene una gran distribución a nivel internacional, abriendo camino a un gran número de profesionales sanitarios para lograr la mejor evidencia disponible. Las publicaciones originales están en inglés y castellano y pueden consultarse en la página web del Instituto Joanna Briggs: <http://www.joanna-briggs.edu.au/> o a través de la página del Grupo Investen perteneciente al Instituto de Salud Carlos III.

En la mesa redonda, los moderadores de las mesas de comunicaciones de las jornadas van a presentar varios documentos traducidos por el Instituto Joanna Briggs para los cuidados de salud basados en la evidencia, incidiendo en las conclusiones principales y en las recomendaciones que se derivan para la práctica clínica. En concreto, los cuatro documentos sobre los que se van a tratar son los siguientes:

1. Manejo de los dispositivos intravasculares periféricos.
2. Signos vitales.
3. Soluciones, técnicas y presión para la limpieza de heridas.
4. Impacto de la eliminación del vello en las infecciones de la zona quirúrgica.

Para poder entender bien los hallazgos de los documentos sobre los que vamos a tratar, previamente vamos a dar unas pinceladas sobre las clasificaciones de los niveles de evidencia y los grados de evidencia y su nivel de recomendación.

## NIVELES DE EVIDENCIA

<b>NIVEL</b>	<b>TIPO DE EVIDENCIA – DESCRIPCIÓN</b>
Ia	Evidencia obtenida de un meta-análisis de ensayos randomizados y controlados
Ib	Evidencia obtenida al menos un ensayo randomizado y controlado.
IIa	Evidencia obtenida al menos de un estudio bien diseñado, controlado pero sin randomización
IIb	Evidencia obtenida al menos de un estudio bien diseñado cuasi-experimental
III	Evidencia obtenida al menos de estudios bien diseñados, descriptivos no-experimentales (tales como, estudios comparativos o de correlación o series de casos)
IV	Evidencia obtenida de informes de comités de expertos, opiniones o experiencias clínicas de autoridades en la materia.

## GRADOS DE EVIDENCIA

<b>GRADO</b>	<b>NATURALEZA DE LA RECOMENDACIÓN</b>
A	Basada en estudios clínicos de buena calidad y consistencia que se refieren específicamente a la recomendación e incluyen al menos un ensayo randomizado y controlado
B	Basada en estudios clínicos bien ejecutados, pero sin que existan ensayos randomizados y controlados sobre el tema específico de la recomendación.
C	Opinión de expertos. Recomendación que se hace a pesar de la ausencia de estudios clínicos de buena calidad directamente aplicables.



## 16. CARTELES CIENTÍFICOS

- **Diez años de evolución de la enfermería radiológica en el Hospital General Universitario de Alicante**

Cristina Cantos Venturini, Fidel Climent Aragón, Miguel Ángel Such Martínez, José Vicente Bertomeu Ruiz y Rafael Calderón Reig  
*Neurorradiología. HGUA*

- **Grado de aplicación y determinantes de las recomendaciones sobre la Higiene de Manos**

Concepción García González, Marina Fuster Pérez, Nieves López Fresneña, M<sup>a</sup> Dolores Galicia García, Rebeca M<sup>a</sup> García Rodríguez, Patricia García Shimizu, Ángela San Juan Quiles y Antonio González Torga  
*Medicina Preventiva. HGUA*

- **Una mirada a la obstetricia desde la Arqueología**

M<sup>a</sup> Paz de Miguel Ibáñez y Puy de Miguel Ibáñez  
*Partos. Hospital Vega Baja*

- **Patología traumática en ostearqueología: Evidencias de cuidados**

M<sup>a</sup> Paz de Miguel Ibáñez y Puy de Miguel Ibáñez  
*Partos. Hospital Vega Baja*

- **Estimación de la carga de trabajo de enfermería durante la ventilación no invasiva (VNI) en una Sala de Neumología**

Elisa Fontangordo Ponzoa, Teresa Rodríguez Valero, Francisco Valero Gallardo, Noelia Rodríguez Blanco, Eva Oncina García, Margarita Macia Navarro, Josefa Jiménez Jiménez, Natalia Torres Cruzado, Emilia Guevara Vera, Antonia Sergado Pons, Elia Gómez Merino y Eusebio Chiner Vives  
*CC.EE. Neumología. H. San Juan*

- **El rol de enfermería en VMNI en el área de Urgencias**

Yolanda Planells Aleixandre y Asunción Santana Cascales  
*Urgencias Generales. HGUA*

- **Estudio de la función tiroidea en la población escolar de la provincia de Alicante**

Natividad Paterna García, M<sup>a</sup> Jesús Laosa Romero, Cristina Astigarraga Ortiz de la Torre  
*Pediatría. HGUA*

- **Trabajo Grupal con mujeres en edad media de la vida**

M<sup>a</sup> Dolores Saavedra Llobregat y José Ramón Martínez Riera  
*Universidad de Alicante*

# **DIEZ AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMERÍA RADIOLÓGICA EN EL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE**

Cristina Cantos Venturini, Fidel Climent Aragó, Miguel Ángel Such Martínez,  
José Vicente Bertomeu Ruiz y Rafael Calderón Reig  
*Neurrorradiología. HGUA*

## **INTRODUCCIÓN**

- La situación de la enfermería Radiológica no pasa por buenos momentos.
- Tenemos que dar a conocer nuestra actividad al resto de servicios hospitalarios.
- Nuestra tarea es el mantenimiento de la enfermería en los servicios de Radiodiagnóstico encaminada al aumento del número de enfermeros en cada unidad.
- Hemos de demostrar que crece el número de enfermeros, a la vez que va creciendo la actividad de intervencionismo y otras técnicas radiológicas.

## **OBJETIVOS**

1. MEJORAR LA PERCEPCION DE LA ENFERMERIA RADIOLOGICA POR EL RESTO DE L PERSONAL SANITARIO HOSPITALARIO.
2. DAR A CONOCER LA ENFERMERIA RADIOLOGICA TAMBIEN EN LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA A FIN DE AUMENTAR EL NUMERO DE ESTUDIANTES QUE ROTEN POR LOS SERVICIOS DE RADIOLOGIA.



# DIEZ AÑOS DE EVOLUCION DE LA ENFERMERIA RADIOLOGICA EN EL HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE

## AUTORES:

Cristina Cantos Venturini, Fidel Climent Aragón, Miguel A. Such Martínez, Jose Vte. Bertomeu Ruiz, Rafael Calderón Reig.

### INTRODUCCION.-

La situación de la Enfermería Radiológica pasa por buenos momentos.

Queremos que dar a conocer nuestra actividad al resto de servicios hospitalarios.

Nuestra tarea es el mantenimiento de la competencia en los servicios de radiología, pero también el aumento del número de enfermeras en las unidades.

Hay un reto que es que crece el número de enfermeros, a la vez que va creciendo la actividad de otras unidades y otros técnicos radiológicos.

### OBJETIVOS.-

Mejorar la percepción de la enfermería radiológica por el resto del personal sanitario hospitalario.

Dar a conocer la enfermería radiológica también en las escuelas de enfermería, a fin de aumentar el número de estudiantes que opten por los servicios de RADIOLOGIA.

R. General	1	2
R. Pediátrica	2	2
R. Urgencia	2	2
R. Intervencionista	2	2
Taxidermia	3	4
Ecógrafos	4	8
T.A.C.	3	3
Mamografía	1	1
Sala Biopsia/Mamo	1	1

POBLACION DE LA CIUDAD Y PROVINCIA 137.962

### MATERIA Y METODO.

#### MATERIA

Creación de grupos de trabajo inter departamentales.  
 Anotación de problemas y estudio de soluciones.  
 Mejora de la dotación de cada una de las salas.  
 Necesidad de Recursos, no sólo de técnicos, de la actividad asistencial de enfermería.  
 Planteamiento de investigación radiológica. Realización de ponencias en congreso.  
 Necesidad de crecimiento.

#### METODO.

Anotación de registros de enfermería.  
 Ponencia en congresos hospitalarios.  
 Ponencia en congresos provinciales, autonómicos y nacionales.  
 Elaboración de taller.  
 Encuestas de diferentes servicios de nuestro hospital sobre la percepción que reciben desde el servicio de Radiología.

	1996	2006
TOTAL ENFERMEROS	22	25
TOTAL SALAS		32

RESULTADOS

- CREACION DE UNA HOJA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA GENERAL.
- CREACION DE UNA HOJA DE ENFERMERIA RADIOLOGICA INTERVENCIONISTA.
- ELABORACION DE UN LIBRO MANEJO DE ENFERMERIA RADIOLOGICA INTERVENCIONISTA.
- CREACION DE UN TALLER-MONOGRAFICO SOBRE ENFERMERIA RADIOLOGICA.
- AMPLIACION DE LA PLANTILLA DE ENFERMERIA EN RADIOLOGIA.
- DOTACION DE ENFERMEROS EN CADA UNIDAD RADIOLOGICA.
- PROMESA DEL AUMENTO DE NUMERO DE ESTUDIANTES QUE OPTAN POR EL SERVICIO DE RADIOLOGIA.
- MENCION HONORIFICA A NUESTRO SERVICIO EN EL ANO 2002, POR PARTE DEL COLEGIO DE ENFERMEROS.

# **GRADO DE APLICACIÓN Y DETERMINANTES DE LAS RECOMENDACIONES SOBRE LA HIGIENE DE MANOS**

Concepción García González, Marina Fuster Pérez, Nieves López Fresneña, M<sup>a</sup> Dolores Galicia García, Rebeca M<sup>a</sup> García Rodríguez, Patricia García Shimizu, Ángela San Juan Quiles y Antonio González Torga  
*Medicina Preventiva. HGUA*

## **INTRODUCCIÓN**

Un indicador básico para evaluar un programa de mejora de la Higiene de Manos (HM) es el grado de aplicación de las recomendaciones dadas para su realización, el objetivo del trabajo es conocer éste y sus factores determinantes en un hospital general.

## **MÉTODOS**

Se han realizado 166 periodos de observación de una hora de duración distribuidos en los tres turnos de trabajo y en todas las unidades de hospitalización, registrándose 3957 oportunidades de realización de la HM. Se han recogido variables asociadas al periodo de observación, al profesional y a la propia actividad. Para estudiar la asociación entre las variables explicativas y la No realización de la HM se ha utilizado la Chi cuadrado y se ha calculado la OR cruda y la OR ajustada con un modelo de regresión logística.

## **RESULTADOS**

La frecuencia de realización de la HM es de un 30% y varía según el tipo de actividad de un 8,9% a un 60,5%. Los factores de riesgo de No realización de la HM que tienen un efecto independiente mayor son: la no disposición de solución alcohólica en formato de bolsillo, OR:2,3(1,7-3,3); la realización de las actividades en unidades quirúrgicas, OR:2,6(2,0-3,3); las actividades de antes de entrar en contacto con el paciente, OR:3,2(2,4-4,2); y la utilización de guantes durante la actividad, OR:2,2(1,6-3,2).

## **CONCLUSIÓN**

La frecuencia de realización de la HM es baja pero existen factores que son potencialmente modificables si se interviene sobre ellos, como por ejemplo, el nivel de conocimientos del personal sanitario sobre la HM.



# Grado de aplicación y determinantes de las recomendaciones sobre la Higiene de Manos

Concepción García González, Marina Fuster Pérez, Nieves López Fresneña, M<sup>a</sup> Dolores Galicia García, Rebeca M<sup>a</sup> Gracia Rodríguez  
 Patricia García Shimizu, Angela San Juan Quiles, Antonio González Torga.

Servicio de Medicina Preventiva. Hospital General Universitario de Alicante

**INTRODUCCIÓN.** Un indicador básico para evaluar un programa de mejora de la Higiene de Manos (HM) es el grado de aplicación de las recomendaciones dadas para su realización, el objetivo del trabajo es conocer éste y sus factores determinantes en un hospital general.

**MÉTODOS.** Se han realizado 166 periodos de observación de una hora de duración distribuidos en los tres turnos de trabajo y en todas las unidades de hospitalización, registrándose 3957 oportunidades de realización de la HM. Se han recogido variables asociadas al periodo de observación, al profesional y a la propia actividad. Para estudiar la asociación entre las variables explicativas y la No realización de la HM se ha utilizado la Chi cuadrado y se ha calculado la OR cruda y la OR ajustada con un modelo de regresión logística.

**RESULTADOS.** La frecuencia de realización de la HM es de un 30% y varía según el tipo de actividad de un 8,9% a un 60,5%. Los factores de riesgo de No realización de la HM que tienen un efecto independiente mayor son: la no disposición de solución alcohólica en formato de bolsillo, OR:2,3(1,7-3,3); la realización de las actividades en unidades quirúrgicas, OR:2,6(2,0-3,3); las actividades de antes de entrar en contacto con el paciente, OR:3,2(2,4-4,2); y la utilización de guantes durante la actividad, OR:2,2(1,6-3,2).

Tabla 1. Frecuencia de la realización de la Higiene de las Manos según tipo de actividad (n=3957).

	Porcentaje (IC95%)	Número
Cualquier actividad	31,04 (29,6-32,5)	1227/3957
Antes contacto paciente	13,74 (11,3-16,5)	98/716
Después contacto paciente	40,64 (37,2-44,1)	320/788
Después contacto ropa/entorno	50,44 (40,9-59,9)	57/113
Después contacto objetos	41,04 (37,6-44,5)	329/802
Antes cuidado catéter iv	10,34 (7,5-14,1)	37/358
Después cuidado catéter iv	44,34 (39,1-49,7)	156/352
Antes inserción catéter iv	17,64 (9,8-29,2)	12/68
Después inserción catéter iv	55,24 (42,6-67,2)	37/67
Antes cura heridas	12,24 (6,6-21,2)	11/90
Después cura heridas	36,14 (26,1-47,5)	30/83
Antes contacto con mucosas	12,24 (6,8-20,8)	12/98
Después contacto con mucosas	46,94 (36,8-57,2)	46/98
Antes contacto Fluidos oor.	8,94 (5,0-15,1)	13/146
Después contacto Fluidos oor.	32,94 (25,3-41,4)	46/140
Después limpieza/residuos	60,54 (43,5-75,5)	23/38

Tabla 2. Frecuencia de la No realización de la Higiene de las Manos (NO) y sus factores determinantes.

	Frecuencia NO realización HM		ORC	(IC95%)	p	ORA	(IC95%)	p
	Porcentaje	Número						
<b>Sexo</b>								
Hombre	78,04	544/697	1,8	(1,4-2,1)	<0,001	1,3	(1,1-1,7)	<0,05
Mujer	67,14	2186/3260	1			1		
<b>Grupo de edad</b>								
<35 años	71,44	1214/1700	1,2	(1,1-1,4)	<0,01	1,1	(0,9-1,3)	N.S.
>35 años	67,24	1516/2257	1			1		
<b>Asistencia a sesiones*</b>								
No	72,14	1241/1721	1,5	(1,3-1,7)	<0,001	1,4	(1,2-1,7)	<0,001
SI	63,74	988/1552	1			1		
<b>SA en formato bolsillo</b>								
No	70,64	2641/3741	3,4	(2,6-4,5)	<0,001	2,3	(1,7-3,3)	<0,001
SI	41,24	89/216	1			1		
<b>Area de asistencia</b>								
Medica	70,64	1419/2009	2,1	(1,7-2,5)	<0,001	2,0	(1,6-2,4)	<0,001
Quirúrgica	74,64	940/1260	2,5	(2,1-3,1)	<0,001	2,6	(2,0-3,3)	<0,001
Criticos	53,94	317/588	1			1		
<b>Turno</b>								
Mañana	70,24	1368/1948	1,2	(0,9-1,4)	N.S.	-		
Tarde	68,64	826/1204	1,1	(0,9-1,3)	N.S.			
Noche	66,64	536/805	1					
<b>Tipo de día</b>								
Festivo	73,54	481/654	1,3	(1,0-1,6)	<0,01	1,2	(0,9-1,5)	N.S.
Laborable	68,14	2249/3303	1			1		
<b>Tipo de actividad</b>								
Antes	87,64	1293/1476	5,1	(4,3-6,1)	<0,001	3,2	(2,4-4,2)	<0,001
Después	57,94	1437/2481	1			1		
<b>Sobrecarga de trabajo</b>								
SI	73,14	2029/2775	1,9	(1,6-2,2)	<0,001	2,0	(1,6-2,4)	<0,001
No	59,34	701/1182	1			1		
<b>Precauciones de contacto</b>								
SI	52,24	36/69	0,5	(0,3-0,8)	<0,01	0,3	(0,2-0,6)	<0,01
No	69,34	2694/3888	1			1		
<b>Utilización de guantes</b>								
SI	89,74	972/1084	5,5	(4,5-6,8)	<0,001	2,2	(1,6-3,2)	<0,001
No	61,24	1758/2873	1			1		

ORC: Odds ratio cruda; ORA: Odds ratio ajustada; SA: solución alcohólica

\* La n=3273, es debido a que esta variable no se recogió desde el inicio del trabajo de campo.

**CONCLUSIÓN.** La frecuencia de realización de la HM es baja pero existen factores que son potencialmente modificables si se interviene sobre ellos, como por ejemplo, el nivel de conocimientos del personal sanitario sobre la HM

Proyecto financiado por: Dirección General de Calidad de la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana. N<sup>o</sup> Expte: 12-2004 y Ministerio de Sanidad - Fondo de Investigaciones Sanitarias. N<sup>o</sup> Expte: PI0542075

XII Jornadas de Enfermería. HGUA Noviembre 2006

# UNA MIRADA A LA OBSTETRICIA DESDE LA ARQUEOLOGÍA

M<sup>a</sup> Paz de Miguel Ibáñez y Puy de Miguel Ibáñez  
*Partos. Hospital Vega Baja*

## INTRODUCCIÓN

Cada vez los estudios históricos se han de hacer más interdisciplinares con el fin de conocer y comprender, con mayor nitidez, cómo fue la vida de quienes nos precedieron.

La aplicación rigurosa del método arqueológico permite documentar y recuperar más datos, ya desde el momento de la excavación.

La presencia en necrópolis de restos humanos de mujeres fallecidas durante la gestación, empieza a tener mayor relevancia. De este modo podremos ir infiriendo aquellas causas que pudieron ser responsables de su fallecimiento.

No es fácil, obviamente, llegar a diagnósticos de certeza, que nos permitan conocerla causa inequívoca de la muerte de una gestante en épocas tan alejadas de la Historia. Creemos, sin embargo, que la determinación de la edad gestacional a partir de los restos óseos recuperados, podría orientarnos hacia la patología más frecuente en cada edad gestacional.

Es de gran interés identificar mal posiciones fetales, a pesar de la gran dificultad asociada a los procesos tafonómicos que sufre cada enterramiento.

De igual modo, el estudio de los restos fetales exhumados en yacimientos arqueológicos, tanto en necrópolis como en lugares de hábitat, puede ser orientativo sobre el conocimiento de la incidencia de partos pretérmino, embarazos gemelares, muertes periparto, etc.

Al estudio dedicado únicamente a los restos óseos, debemos añadir la información que las diferentes culturas nos ofrecen sobre el embarazo, el parto y la lactancia, a través de las representaciones artísticas. Son diversos los soportes en los que pueden estar representados, tanto arte parietal, relieves, vasos cerámicos, etc. estas imágenes en muchos casos nos hablan de escenas de parto, en las que el trance hacia la maternidad se convertía en un acto social.

Dadas las características de la pelvis de la mujer, condicionadas por la bipedestación, la ayuda en el momento del parto permite la extracción más rápida y segura del feto.

## OBJETIVOS

Nuestros objetivos pasan en primer lugar por recoger los datos disponibles, a partir de los estudios osteoarqueológicos, sobre la presencia de inhumaciones de embarazadas e individuos perinatales.

Documentar los datos disponibles sobre posibles distocias de parto, que pudieran ser causa del fallecimiento materno-fetal.

Conocer las referencias sobre la presencia de individuos perinatales en contextos tanto funerarios como de hábitat.

A partir de las representaciones artísticas en diferentes soportes, constatarla presencia de mujeres de parto y de las personas que les ayudan durante el mismo.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Hemos recopilado imágenes tanto de arte parietal, como cerámico, grabados, etc., en las que se observa la representación de mujeres en diferentes fases de la reproducción: gestación, parto, y lactancia. En varios de ellos se representa la lactancia de gemelos.

Igualmente, presentamos datos sobre la identificación de mujeres embarazadas en diferentes contextos arqueológicos, tanto prehistóricos como históricos.

En el póster mostramos tres casos de muerte de embarazadas. Uno procede del yacimiento del Cerro de las Viñas (Coy, Lorca, Murcia) en el que se documentó la existencia de un esqueleto correspondiente con una mujer embarazada, en la cual durante el parto se había producido un prolapso de brazo (Malgosa y cols, 2004).

El segundo caso procede de una necrópolis medieval de Dinamarca (Roberts y Manchester 2005: 33) en el que se observa que el feto, a término, está en presentación de nalgas.

El tercero, procede de una necrópolis musulmana de Novelda (Alicante). Se trata de una embarazada con la presentación fetal en cefálica. El tamaño fetal corresponde con 28-32 semanas gestacionales, por lo que estamos ante un feto pretérmino (López y cols. 2005: 153).

En lo referente a la presencia de perinatales, suele ser frecuente en algunos contextos su hallazgo. Hemos recogido el caso del yacimiento celtibérico de El Molón (Camporrobles, Valencia), en el que en la misma fosa se exhumaron restos muy gráciles de dos perinatales pretérmino.

Igualmente, recogemos el caso localizado en Picola (Santa Pola, Alicante) en el que se localizaron restos incompletos de tres perinatales a término (De Miguel 2005: 332).

## **DISCUSIÓN**

A partir de los datos presentados queremos resaltar que las representaciones relacionadas con el embarazo, parto y lactancia son muy frecuentes en algunos contextos culturales. En otros, aunque no son abundantes, también han sido identificadas.

Las escenas de parto suelen estar representadas con sus protagonistas, siendo frecuente la presencia de, al menos, dos personas asistiendo a la parturienta.

Las representaciones de lactancia son frecuentes en contextos mediterráneos. Quisiéramos destacarla reiterada presencia de escenas de lactancia de gemelos en diferentes épocas y áreas geográficas.

Las evidencias arqueológicas que muestran inhumaciones de embarazadas son escasas. En algunos casos se han relacionado con distócias durante el parto.

La mortalidad perinatal debió de ser abundante en el pasado. Hemos documentado la conservación de restos esqueléticos de individuos fallecidos en los momentos próximos al parto. Las edades gestacionales calculadas son variables, teniendo cons-

tancia de individuos a partir de la semana 28 de gestación, aproximadamente, hasta la 40. Aunque son infrecuentes, algunos hallazgos nos indican que los inhumados pudieran ser fruto de un embarazo gemelar.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- De Miguel Ibáñez, M. P. 2005. "Muertos y ritos. Aportes desde la osteoarqueología". En L. Abad; F. Sala; I. Grau (eds.). *La Contestania Ibérica, treinta años después*. Universidad de Alicante. Alicante: 325-336.
- López Seguí, E.; Torregrosa Giménez, P.; Quiles Muñoz, J.; De Miguel Ibáñez, M.P.; Navarro Poveda, C. ep. "La necrópolis islámica de L'Alfossar (Novelda, Alicante)". *Recerques del Museu d'Alcoi*, 14: 143-156.
- Malgosa, A.; Alesan, A.; Safont, S.; Ballbe, M.; Ayala, M.M. 2004. "A Dystocic Childbirth in the Spanish Bronze Age". *Internacional Journal of Osteoarchaeology* 14. p. 98-103.
- Roberts, C.; Manchester, K. 2005. *The Archaeology of Disease*. Sutton Publishing. 3ª edition. Great Britain.





Gestante s. V. aC

La representación de figuras femeninas gestantes no es excesivamente frecuente en contextos antiguos, no obstante tenemos algunas evidencias tanto en Europa como en América



Grabado rupestre (Rusia)



Embarazada (México)

I.I.P. de Miguel Ibáñez. Instituto Hospital General Universitario. Alicante  
P. de Miguel Ibáñez. Enfermera Centro de Salud Tantras. Ponferrada



Cey, Lorca (Murcia)  
Bronce Argélico (II mil. aC)



Presentación de nalgas  
Edad Media (Dinamarca)

El hallazgo de restos esqueléticos de embarazadas en necrópolis es infrecuente, posiblemente por la fragilidad de los huesos fetales que sufren un deterioro más acusado.

En algún caso se ha podido identificar la causa de la muerte, como en Lorca, en el que se produjo un prolapso de brazo impidiendo el adecuado nacimiento del feto y la consiguiente muerte materno fetal



Pintura rupestre Suramérica



Cultura Mochea (Perú)



Cultura Talita (Ecuador)

La evidencia de la asistencia al parto, queda recogida en numerosas expresiones artísticas, procedentes de muy diversas culturas del mundo



Estela funeraria (Ostia, Italia)



Terracota (Chipre)



Naveada Alicante  
Necrópolis musulmana



Inhumaciones perinatales (Ibérico)  
Picalo (Sante Pola, Alicante)



Lactancia gemelar (Grecia)



Diosa Madre de la Serra (Alic) (Ibérico)



Inhumación gemelar (Céltico)  
El Malón (Comptorribles, Valencia)

La presencia de restos humanos de individuos perinatales, es un indicador de las complicaciones materno-fetales relacionadas con el parto



Lactancia gemelar (Roma)

Las escenas de lactancia son habituales en contextos mediterráneos. En varias de ellas se muestran representaciones curatótrofas.

Algunas representan el amamantamiento de dos lactantes, fruto de un embarazo gemelar



Isis y Horus (Egipto)

# **PATOLOGÍA TRAUMÁTICA EN OSTEARQUEOLOGÍA: EVIDENCIAS DE CUIDADOS**

M<sup>a</sup> Paz de Miguel Ibáñez y Puy de Miguel Ibáñez  
*Partos. Hospital Vega Baja*

## **INTRODUCCIÓN**

La paleopatología es una disciplina cada vez con más auge en nuestro entorno. Aproximarse al estado de salud de las poblaciones del pasado, se nos presenta como un reto a la hora de conocer y comprender los estilos de vida de los diferentes grupos humanos que nos precedieron.

Los huesos nos hablan de la vida, aunque los encontremos en contextos de muerte. Determinar la edad, el sexo, las relaciones de parentesco, etc., nos parece muy importante para acercarnos a los diferentes momentos de la Historia. De igual modo, no debemos prescindir de los datos obtenidos a partir de las evidencias de enfermedad contenidas en los esqueletos.

Dentro de la paleopatología, la paleotraumatología es relativamente fácil de conocer. Es habitual encontrar señales de lesiones de origen traumático, más si consideramos que la mayoría de los restos humanos estudiados son esqueletos, y que es en el hueso donde se distingue con claridad las lesiones traumáticas.

Cabría reseñar que el origen de los traumatismos puede tener un origen fortuito, o ser fruto de una agresión.

En general, los traumatismos son identificados a partir de la existencia de signos de cicatrización ósea. Es a partir de esta evidencia como podemos inferir la necesidad de haber recibido una serie de cuidados, que favorecieran la recuperación de las lesiones.

## **OBJETIVOS**

En principio, partimos del reconocimiento de lesiones de origen traumático en esqueletos exhumados en diferentes contextos arqueológicos.

Intentamos reconocer el tipo de lesión y las necesidades de cuidados recibidos que favorecieran la supervivencia, en el primer momento, y la posterior curación de las lesiones. Hacemos una aproximación a las necesidades básicas que debieron cubrirse a lo largo de las diferentes fases de la convalecencia.

Buscamos determinar el tipo de cuidados administrados: paliativos, curativos o sustitutivos, que se debieron ofrecer para permitir una mayor o menor supervivencia.

## **RESULTADOS**

Dentro de la enorme casuística publicada hemos seleccionado una pequeña muestra de casos que consideramos ilustrativos.

En primer lugar, dos precedentes del enterramiento colectivo de San Juan ante Portam Latinam (Laguardia, Álava). En ambos se documenta la presencia de una punta de flecha de sílex alojada en un caso en la escama occipital, y en el otro entre el cúbito y el radio (Vegas 1999: 87-88). La existencia de callo de cicatrización entorno a las puntas, indica una larga supervivencia.

La segunda modalidad que hemos escogido se centra en la evidencia de individuos que presentan politraumatismos. El caso del yacimiento de El Molón (Camporrobles, Valencia) se presenta en un hombre adulto. Este individuo presenta la fractura de una costilla, una fractura de Colles y la fractura del fémur derecho. Si bien es cierto que a partir de estas tres fracturas no podemos aseverar rotundamente que fueran sincrónicas, nos parece razonable la propuesta de estar ante un politraumatizado.

Consideramos muy espectaculares las fracturas de ambos fémures documentadas en un individuo procedente del Castillo de la Mota (Alcalá la Real, Jaén), estudiadas por el Dr. J.A. Sánchez Sánchez. Se aprecia el acortamiento de ambos huesos como consecuencia de no haber sido reducida la fractura.

El caso procedente del contexto paleocristiano de La Olmeda en el que se en el que se identifica la amputación de ambas manos, con la posterior cicatrización de ambos muñones. El origen de la lesión parece tener un carácter punitivo (Campillo 1993: 115).

Claramente relacionadas con lesiones causadas por arma blanca, son los tres cráneos que presentamos. Uno procedente de contextos de la Edad del Bronce (El Puig, Alcoi). Se aprecia una lesión en el parietal derecho, con signos claros de regeneración ósea, indicadores de una larga supervivencia (Campillo 1976: 63-66). El segundo procede de la necrópolis asociada al antiguo convento de Santiago (s. XI-XIV) (Pamplona), habiendo sido documentado durante la fase de excavación, identificándose la presencia de una lesión inciso-contusa en el parietal izquierdo. Los bordes de la lesión estaban romos, por lo que podemos inferir una larga supervivencia (De Miguel y cols. 2005, 526-533). El tercero procede de Segóbriga (Saelices, Cuenca) donde se halló un cráneo, probablemente relacionado con la necrópolis visigoda. El cráneo presentaba tres lesiones inciso-contusas, dos en el parietal izquierdo, con signos de fractura, y un tercero que afectaba al parietal y occipital del lado derecho. En las tres lesiones se evidencian signos de cicatrización indicadores de una larga supervivencia (De Miguel y Lorrio 2004).

## CONCLUSIONES

La identificación de lesiones traumáticas en restos humanos procedentes de yacimientos arqueológicos permite, a partir de la evidencia de signos de cicatrización, inferir la administración de unos cuidados que favorecieron su recuperación (De Miguel y De Miguel 2005).

Partiendo del origen de la lesión, su localización y la gravedad de la misma, podemos proponer qué necesidades básicas debieron ser cubiertas durante el periodo de convalecencia.

Basándonos en la pirámide de Maslow y aplicando las propuestas de V. Henderson, será posible inferir qué necesidades básicas debieron ser cubiertas (alimentación, higiene, movilización, etc.), con el fin de prevenir las infecciones, más en sociedades preantibióticas, y dispensar al individuo los cuidados adecuados que permitieron su recuperación. De igual modo, en algunos casos, debieron prolongarse dichos cuidados durante el resto de su vida, dadas las evidentes secuelas que padecieron.

## BIBLIOGRAFÍA

- Campillo Valero, D. 1976. Lesiones patológicas en cráneos prehistóricos de la Región Valenciana. Servicio de Investigación Prehistórica, nº 50.
- Campillo Valero, D. 1993. Paleopatología. Los primeros vestigios de la enfermedad. Fundación Uriach. Colección Histórica de Ciencias de la Salud, 4.
- De Miguel Ibáñez, M.P. y De Miguel Ibáñez, P. 2005. "Evidencias de Cuidados a través de la patología traumática durante la Prehistoria". En A. Cañellas Trobat (Ed.). Actas del VII Congreso Nacional de Paleopatología, Mahón, Menorca, 02 al 05 de octubre de 2003. Universitat de les Illes Balears, pp. 397-402.
- De Miguel Ibáñez, M.P. y Lorrío Alvarado, A.J. 2004. "Violencia y supervivencia en un cráneo procedente de Segóbriga (Cuenca)". Paleopatología, enero, nº 2, pp. 1-6.
- De Miguel Ibáñez, M.P.; Unzu Urmeneta, M.; Cañada Palacio, F.; Faro Carballa, J.A. y Prieto Sáez de Tejada, P. 2005. "Herida por arma blanca y supervivencia en un cráneo medieval (Plaza del Castillo, Pamplona, Navarra)". En A. Cañellas Trobat (Ed.). Actas del VII Congreso Nacional de Paleopatología, Mahón, Menorca, 02 al 05 de octubre de 2003. Universitat de les Illes Balears, pp. 526-533.
- Vegas Aramburu, J.I. 1999. El enterramiento neolítico de San Juan Anta Portam Latinam. Museo arqueológico de Álava. Exposiciones.



# PATOLOGÍA TRAUMÁTICA EN OSTEOARQUEOLOGÍA: EVIDENCIAS DE CUIDADOS



Desde la Prehistoria se evidencian signos de supervivencia a lesiones de origen traumático. En algunas ocasiones directamente relacionables con enfrentamientos interpersonales.

Ambos casos proceden de San Juan ante Portam Latinam (Álava) Neolítico

M.P. de Miguel Ibáñez. Matrona Hospital General Universitario. Alicante  
P. de Miguel Ibáñez. Enfermera Centro de Salud Txantrea. Pamplona



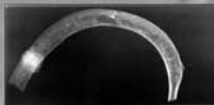
Amputación de ambas manos (Paleocristiano)

Hay evidencias de politraumatismos con larga supervivencia, como es el caso de este individuo procedente de los niveles islámicos de El Molón Camporrobles (Valencia)



Castillo de La Mota (Alcalá la Real, Jaén)

La supervivencia supone, en algunos casos, unos cuidados durante un periodo de tiempo prolongado. En otros, requerirá de unos cuidados sustitutivos durante toda la vida



La realización de trabajos arqueológicos minuciosos, permite la identificación de algunas patologías durante el proceso de excavación. En este enterramiento se aprecia un callo de fractura en el fémur derecho, con total cicatrización



Las heridas producidas por arma blanca son identificadas en numerosos restos esqueléticos. Es frecuente su presencia en cráneos de individuos adultos, preferentemente hombres. La administración de unos cuidados adecuados ha permitido en muchas ocasiones evidencia la larga supervivencia del individuo

# **ESTIMACIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO DE ENFERMERÍA DURANTE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) EN UNA SALA DE NEUMOLOGÍA**

Elisa Fontangordo Ponzoa, Teresa Rodríguez Valero, Francisco Valero Gallardo, Noelia Rodríguez Blanco, Eva Oncina García, Margarita Macia Navarro, Josefa Jiménez Jiménez, Natalia Torres Cruzado, Emilia Guevara Vera, Antonia Sergado Pons, Elia Gómez Merino y Eusebio Chiner Vives  
*CC.EE. Neumología. H. San Juan*

## **OBJETIVOS**

Estimar las cargas de trabajo al aplicar VNI en una Sala de Neumología y evaluar sus resultados.

## **MÉTODO**

Estudio prospectivo de 1 mes de duración de pacientes ingresados que precisaron VNI. El protocolo recogió datos antropométricos, patología de base, modalidad de VNI y evolución clínico-gasométrica. Se incluyó una escala (puntuación 0-10) para estimar por turnos las cargas de trabajo según las intervenciones realizadas por paciente, así como el número de entradas en la habitación. Para el estudio estadístico se empleó la t-student (datos pareados) y el test de chi-cuadrado.

## **RESULTADOS**

Se incluyeron 11 hombres y 3 mujeres, de  $72 \pm 14$  años (pH  $7.29 \pm 0.06$ , PCO<sub>2</sub>  $69 \pm 16$ , PO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>  $184 \pm 64$ ). Fueron EPOC 9 (64%), 4 neuromusculares y 1 hipoventilación-obesidad. El modo de ventilación fue en 93% BIPAP y 7% volumétrico, 86% con mascarilla facial y 14% con nasal. La media de días con VNI fue  $7.5 \pm 6$ , falleciendo 3 pacientes (21%) durante su evolución. La carga media, estimada por escala acumulada diaria fue  $19 \pm 8$  el primer día,  $19 \pm 8$  el segundo y  $16 \pm 7$  el tercero ( $p < 0.05$  entre 1°-3°,  $p < 0.05$  entre 2°-3°). El número de entradas acumuladas diarias fue  $19 \pm 9$ ,  $18 \pm 8$  y  $17 \pm 9$  ( $p = 0.08$  entre 1°-2° y  $p < 0.05$  entre la 1ª y 3ª noche). No existieron diferencias significativas en la evolución del paciente (exitus-alta) en función de la existencia de apoyo familiar, pero cuando éste fue considerado, la tolerancia a la VNI fue mayor ( $p < 0.05$ ). El tiempo medio acumulado de dedicación por paciente el primer día fue de 60 minutos.

## **CONCLUSIONES**

La carga de trabajo en pacientes con VNI es elevada, principalmente las primeras 48 horas, con buenos resultados a pesar de su gravedad. Aunque el apoyo familiar no influyó en la evolución desfavorable, sí influyó en la tolerancia. Sería necesario ajustar el personal para asegurar la atención necesaria en las primeras horas.

# ESTIMACIÓN DE CARGA DE TRABAJO DURANTE LA VENTILACIÓN NO INVASIVA (VNI) EN UNA SALA DE NEUMOLOGÍA



Fontangordo E, Rodríguez Valero T, Valero F, Rodríguez Blanco N, Oncina E, Maciá M, Jiménez J, Torres N, Guevara E, Sergado A, Gómez Merino E, Chiner E.

Sección de Neumología. Hospital Universitari Sant Joan d'Alacant

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha observado un incremento en la utilización de VNI en Salas de Neumología, que conlleva un aumento en la carga de trabajo por parte del personal de enfermería

## OBJETIVOS

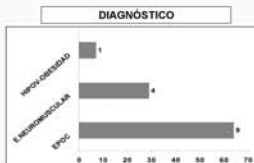
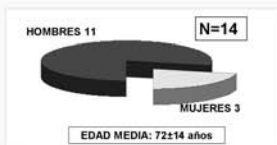
- Estimar las cargas de trabajo al aplicar VNI en una Sala de Neumología
- Tratar de identificar aquellas variables que pudieran asociarse a las mismas

## MÉTODO



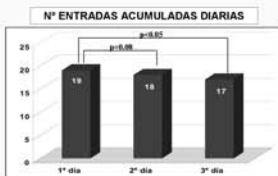
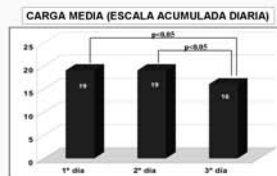
- Estudio prospectivo de 1 mes de duración de pacientes ingresados que precisaron VNI
- Todos los pacientes fueron sometidos a un protocolo de recogida de datos antropométricos, patología de base, modalidad de VNI y evolución clínico-gasométrica
- Se incluyó una escala (puntuación 0-10) para estimar por turnos las cargas de trabajo según las intervenciones realizadas por paciente, así como el número de entradas en la habitación
- Para el análisis estadístico se ha empleado la *t* de student (datos pareados) y el test de Chi-cuadrado

## RESULTADOS

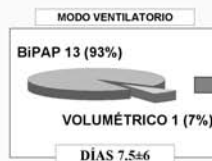


Gasometría arterial al ingreso:

- pH 7.29±0.06
- PaCO<sub>2</sub> 69±16
- PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub> 184±64



TIEMPO MEDIO ACUMULADO DE DEDICACIÓN POR PACIENTE EL 1º DÍA FUE DE 60 MINUTOS



2 (14%)

12 (86%)



No existieron diferencias significativas en la evolución del paciente (exitus-alta) en función de la existencia de apoyo familiar

Con apoyo familiar la tolerancia a la VNI fue mayor

p<0.05

## CONCLUSIONES

- La carga de trabajo en pacientes con VNI es elevada, principalmente las primeras 48 horas, con buenos resultados a pesar de su gravedad
- Aunque el apoyo familiar no influyó en la evolución desfavorable, sí influyó en la tolerancia
- Sería necesario ajustar el personal para asegurar la atención necesaria en las primeras horas

# **EL ROL DE ENFERMERÍA EN VMNI EN EL ÁREA DE URGENCIAS**

Yolanda Planells Aleixandre y Asunción Santana Cascales  
*Urgencias Generales. HGUA*

## **INTRODUCCIÓN**

En los últimos años, se ha producido un aumento en el uso de la VMNI en los servicios de urgencias, ya que la aplicación precoz de esta técnica reporta un mayor beneficio al paciente. La rápida instauración de la VMNI evita un alto porcentaje de IOT y traqueostomía, en los pacientes, disminuyéndose los riesgos y complicaciones que ello conlleva. La instauración de la VMNI requiere la formación y adiestramiento del personal sanitario para que el sistema sea eficaz, además de conocer el ventilador, la técnica y sus posibles complicaciones.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Revisión bibliográfica de manuales de medicina interna, enfermería y páginas webs.

## **METODOLOGÍA**

La ventaja de la VMNI es su flexibilidad, de aplicación fácil y rápida, siendo muy cómoda su retirada según la evolución del paciente. Debemos tener en cuenta tanto la selección del paciente como la elección de la mascarilla y la selección del modo ventilatorio.

### **Atención de Enfermería en VMNI**

El personal de enfermería es de vital importancia en la aplicación de esta técnica. Se deberá explicar, dar seguridad y confort al paciente.

### **Complicaciones de la VMNI**

No son muy frecuentes pero en caso de producirse no suelen ser graves. Las más frecuentes son (Distensión gástrica, Lesiones en la piel, sobre todo en la zona de la nariz, para evitarlas pondremos protectores para las zonas de mayor presión, Neumonía, aunque hay pocos casos publicados, la incidencia es más baja que la que se da en pacientes intubados, Neumotórax, Conjuntivitis, Eritema facial, rash cutáneo y Claustrofobia)

## **CONCLUSIONES**

El objetivo de la VMNI es mejorar el intercambio gaseoso relajando la musculatura respiratoria. Tiene un amplio abanico de indicaciones, un gran número de ventajas y escasas y leves desventajas. La aparición de mejora de nuevas técnicas de ventilación obliga a las enfermeras a adaptarse y a ir incorporando nuevos planes de actuación. El personal de enfermería resulta fundamental para el éxito de la técnica

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Avilés Serrano, M; Clemente Iglesias, P. "Ventilación mecánica no invasiva". Revista Enfermería Científica. 2004, 0(264-265):Pag.39 a 47.
2. Conesa Fuentes, M.C et cols. "Cuidados de una paciente con ventilación mecánica no invasiva en UCI". Revista Enfermería Clínica. 1998,8(1):Pág. 34 a 38
3. Marco Eza, O. et cols. "Atención de enfermería al paciente tratado con BIPAP en urgencias". Revista Metas Enfermería. 2004. 7 (5):Pág. 14 a 19.

- Rodríguez Fernández, A. "Ventilación mecánica no invasiva". Revista Medicrit. Vol.1, Nº 5, Sept. 2004. Pag 186 a 193.
- García-Maribona J, González M, Blanco J.M, Monroy J.C Cuidados de Enfermería en ventilación no invasiva. En: A. Medina; M. Pons; A. Esquinas. Ventilación No Invasiva en Pediatría. Ergon 2004 p.125-133.
- Carrión Camacho MR, Terrero Varilla M. El Paciente Crítico con Ventilación Mecánica No Invasiva. Modos ventajas desventajas y principales cuidados de enfermería. En: Esquinas A, Blasco J, Hallestad D editores. Ventilación Mecánica no Invasiva en Emergencias Urgencias y Transporte Sanitario. Granada: Ediciones Alhulia SL, 2003; p. 209-230.
- Abad Corpa E, Hernández González M. Complicaciones de la ventilación mecánica no invasiva. Enfermería Global 2002; 1:1-12.
- Peñalver Hernández F. Inicio de la Ventilación Mecánica. Aspectos de control de Enfermería. En: Esquinas A, Blasco J, Hallestad D editores. Ventilación Mecánica no Invasiva en Emergencias, Urgencias y Transporte Sanitario. Granada: Ediciones Alhulia SL, 2003; p. 185-208.
- <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/capitulo85/capitulo85.htm>
- <http://www.tratado.uninet.edu/c02051.html>

HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO DE ALICANTE

# VENTILACION NO INVASIVA

Pilarita Alejandra, Y.; Santana Cascabel, S. Enfermeras del Servicio de Urgencias.

### COMPLICACIONES

**DERIVADOS MASCARILLA**

- Rechazo o Disconfort
- Incomodidad
- Eritema facial
- Ulceración del puente nasal
- Úlcera por presión

**DERIVADOS FLUJO AIRE**

- Congestión nasal
- Sequedad nasal / oral
- Epistaxis
- Distensión gástrica
- Sinusitis
- Dolor de Oídos
- Otitis
- Imposibilidad de ventilación adecuada
- Irritación conjuntival
- Úlcera corneal

**OTRAS**

- Neumotorax
- Hipotensión
- Neumonía aspirativa
- Hipoplasia maxilar superior

### CUIDADOS DE ENFERMERÍA

- ◆ Utilizar siempre un filtro bacteriano al utilizar el ventilador.
- ◆ Colocación correcta del arnés y de la mascarilla.
- ◆ Controlar úlceras y enrojecimientos colocar un apósito en el frontal de la nariz; poner almohadillas protectoras entre la piel del paciente y la mascarilla facial (frente del paciente, parte superior de las orejas)
- ◆ Aplicar protector hidrocelular almohadillado en el arco nasal y en las zonas de presión de la mascarilla nasal o facial.
- ◆ Aplicar vaselina en los labios, ya que se resecan frecuentemente.
- ◆ Un paciente sometido a VMNI presenta un importante problema de comunicación, y que somos nosotros, los profesionales de Enfermería, los que deberemos solucionar este problema con una gran dosis de paciencia y profesionalidad, proporcionándole un medio alternativo de comunicación
- ◆ Aceptar al ventilador algún dispositivo humidificador.
- ◆ Considerar la posibilidad de colocar sonda nasogástrica.
- ◆ Aspiración por sonda cada 4 horas, aproximadamente o antes de alimentación.
- ◆ Valorar tolerancia alimentaria
- ◆ Para evitar que se produzca distensión gástrica no debemos utilizar el ventilador hasta pasada 1 hora tras la ingesta de alimentos.
- ◆ Reposos de 5- 10 minutos para limpieza de secreciones e hidratación oral.
- ◆ Ajustar frecuentemente la mascarilla para evitar o corregir las fugas excesivas
- ◆ Lubricar los ojos con solución salina isotónica estéril o lágrimas artificiales.
- ◆ Prevenir la aparición de otitis mediante la hidratación periódica de las fosas nasales con suero salino isotónico y la aspiración de secreciones, ofreciendo frecuentemente líquidos en pequeñas cantidades e estimulando la práctica de las maniobras de Valsalva
- ◆ Enseñar y facilitar la eliminación de secreciones. La hermeticidad de las mascarillas faciales, junto con elevados flujos de O<sub>2</sub>, favorecen el acúmulo de secreciones (atelectasias, neumonías, etc.) por lo que es necesario insistir en su movilización y expulsión mediante fisioterapia respiratoria, aspiración de secreciones o facilitando su eliminación activa por parte del enfermo.

**Bibliografía:**

- Marco Eva, O. et cols. "Atención de enfermería al paciente tratado con BIPAP en urgencias". Revista Melas Enfermería. 2004. 7 (5): 14 - 16.
- Abad Corpa E, Hernández González M. Complicaciones de la ventilación mecánica no invasiva. Enfermería Global 2002; 1:1-12.
- Peñalver Hernández F. Inicio de la Ventilación Mecánica. Aspectos de control de Enfermería. En: Esquinas A, Blasco J, Hallestad D editores. Ventilación Mecánica no Invasiva en Emergencias, Urgencias y Transporte Sanitario. Granada: Ediciones Alhulia SL, 2003; 185-208.



# ESTUDIO DE LA FUNCIÓN TIROIDEA EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA PROVINCIA DE ALICANTE

Natividad Paterna García, M<sup>a</sup> Jesús Laosa Romero, Cristina Astigarraga Ortiz de la Torre  
*Pediatría. HGUA*

## OBJETIVOS

Analizar la función tiroidea de los escolares de la provincia de Alicante mediante estudio bioquímico (determinación en suero de T4, TSH y tiroglobulina).

Medir por ultrasonografía el volumen tiroideo de dicha población

Estimar la prevalencia de bocio en la población estudiada.

Comparar los volúmenes obtenidos por ecografía en escolares sanos de la provincia de Alicante con los valores de referencia dados por la OMS/ ICCD

Estudio observacional de tipo transversal, que incluye 113 niños (67 varones y 46 hembras) de edades comprendidas entre los 6 y 11 años, que fueron elegidos de manera aleatoria entre la población escolar alicantina.

Criterios de exclusión: patología tiroidea u otras endocrinopatías, enfermedad crónica o aguda importante, ausencia de consentimiento paterno.

Se determinaron los niveles séricos de FT4 y TSH por un método electroquimioluminiscente (Elecsys 2010, Roche Diagnostic) y la concentración sérica de tiroglobulina mediante un método quimioluminiscente (Immulite 1). Para la determinación ecográfica del volumen tiroideo se utilizó un ecógrafo Siemens Sonoline con un transductor lineal de 7'5 Hz ( furgoneta Thyromobil. Laboratorio Merck, Alemania).

Para el estudio estadístico se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson.

De los 113 niños iniciales, solo en un caso no se pudo realizar la extracción de sangre para el estudio hormonal (0'9% de pérdidas). La Tg media fue de 17'1 ng/ml, la mediana para la FT4 y TSH fueron de 1'2 ng/dl y 2'5 mUI/ml respectivamente. Tomando como valores normales de referencia los obtenidos del estudio realizado en población pediátrica sana de Zaragoza (1), hemos encontrado las siguientes alteraciones en las hormonas tiroideas:

9 niños(8%) presentaron una TSH discretamente elevada (menos del doble del límite alto de referencia para su edad), y uno de ellos presentaba además una FT4 de 0'9 ng/dl, en el límite bajo de lo normal para su edad, lo que podría corresponder a un hipotiroidismo subclínico;

1 niño (0'9%) mostró datos sugerentes de hiperfunción tiroidea, con una FT4 de 4'3 ng/dl pero TSH y tiroglobulina normales;

4 niños (3'5%) tuvieron una tiroglobulina por encima de los valores normales, aunque solo uno tenía una elevación superior al doble del límite alto para su edad.

No se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas para los valores de FT4, FSH y tiroglobulina.

Si hablamos de bocio cuando el volumen tiroideo supera el p97 según los valores de referencia en función de edad y sexo dados por la OMS y la ICCIDD, no encontramos ningún niño con bocio en el total de la población estudiada. En nuestra población los volúmenes tiroideos encontrados, son llamativamente más pequeños que los dados por la OMS, y más parecidos a los publicados en otros estudios que analizaban población escolar sana de distintos países en Europa, EE.UU y Asia (2,4).

La relación entre volumen tiroideo y la yoduria no se ha realizado por estar pendiente el procesamiento de las muestras de orina en el momento actual.

En población estudiada no se ha hallado alteraciones significativas de la función tiroidea.

No se ha encontrado ningún caso de bocio en la población escolar alicantina analizada mediante medición ecográfica del volumen tiroideo.

De forma similar a los datos obtenidos de estudios realizados en otros países, nuestros resultados parecen sugerir, que los valores de referencia de normalidad propuestos por la OMS y la ICCIDD para volumen tiroideo según sexo y edad subestiman la prevalencia de bocio en algunas poblaciones, como la nuestra.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cortes Blanco A. Estudio de la función endocrina, gonadal, corticosuprarrenal, del sistema IGF-I y de la osteocalcina en niños sanos zaragozanos de 0 a 14 años. Tesis Doctoral. Universidad de Zaragoza
2. Djokomoeljanto R, Setyawan H, Dramaix M, Hadisaputro, Soehartono, Delange F. The thymolbil model for standardized evaluation of iodine deficiency disorder control in Indonesia. Thyroid 2001; 11(4):365-372
3. WHO and ICCIDD 1997. Recommended normative values for thyroid volumen in children aged 6-15 years. Bull WHO 75: 95-97
4. Zimmermann M.B., Molinari L, Weidinger-Toth J, Podoba J, Hess S, Delange F. Toward a consensus on reference values for thyroid volumen in iodine-replete schoolchildren: results of a workshop on Inter-observer and inter-equipment variation in sonographic measurement of thyroid volumen. European Journal of Endocrinology 2001; 144: 213-200

**ESTUDIO DE LA FUNCIÓN TIROIDEA EN LA POBLACIÓN ESCOLAR DE LA PROVINCIA DE ALICANTE.**

**Objetivos:**


- Analizar la función tiroidea de los escolares de la provincia de Alicante mediante ecografía longitudinal (determinación en suero de T4, T3 y triyodotironina).
- Medir por ultrasonografía el volumen tiroideo de dicha población.
- Estimar la prevalencia de bocio en la población estudiada.
- Comparar los volúmenes obtenidos por ecografía en escolares sanos de la provincia de Alicante con los valores de referencia dados por la OMS/ICCIDD.

**Estadística descriptiva de tipo transversal, que incluye 113 niños (57 varones y 56 hembras) de edades comprendidas entre los 6 y 11 años, que fueron elegidos de manera aleatoria entre la población escolar alicantina.**


**Pruebas de medición: ultrasonografía tiroidea y otras endocrinas, enfermedad crónica e según importancia, sustrato de consentimiento parental.**

**Se determinaron los niveles séricos de FT4 y FT3 por un método electroquimoluminométrico (ECLIA 2002, Roche Diagnostics) y la concentración sérica de triyodotironina mediante un método quimioluminométrico (Diametra 1). Para la determinación ecográfica del volumen tiroideo se utilizó un ultrasonógrafo Siemens Somatom con un transductor lineal de 7,5 Hz (Fargemont, Tübingen, Laboratorio Merck, Alicante).**


**Para el estudio estadístico se ha utilizado el software de estadística de SPSS.**



**FURGONETA**  
SERVICIO



**ECOGRAFIA**  
TIROIDEA



**FURGONETA**

**Resultados**

De los 113 niños evaluados solo en un caso no se pudo realizar la extracción de sangre para el estudio hormonal (97% de probabilidad de T4 media:  $1,4 \pm 0,2$  ng/dl, lo cual es inferior a FT4 de 1,261 femos de 2,2 ng/dl y 2,3 ng/dl, del respectivamente. Tomando como valores normales de referencia los obtenidos del estudio realizado en población pediátrica sana de Zaragoza<sup>10</sup>, hemos encontrado las siguientes alteraciones en las hormonas tiroideas:

- 9 niños (8%) presentaron un TSH discretamente elevado (más del doble del límite alto de referencia para su edad, y en 6 niños presentando valores entre FT4 de 0,9 ng/dl, en el límite bajo de la normal para su edad, lo que podría corresponder a un hipotiroidismo subclínico).
- 4 niños (3%) mostraron datos aumentados de triyodotironina, con una FT4 de 4,3 ng/dl para FT4 y triyodotironina normales.
- 4 niños (3%) tuvieron una triyodotironina por encima de los valores normales, aunque solo una tenía una elevación superior al doble del límite alto para su edad.

**No se encontraron diferencias significativas entre niños y niñas para los valores de FT4, FT3 y triyodotironina.**


**En lo referente de bocio cuando el volumen tiroideo supera el p87 según los valores de referencia en función de edad y sexo dados por la OMS y la ICCIDD, no encontramos ningún niño con bocio en el total de la población estudiada. En nuestra población los volúmenes tiroideos encontrados, son discretamente más pequeños que los dados por la OMS, y más parecidos a los publicados en otros estudios que analizaban población escolar sana de distintos países en Europa, EE.UU. y Asia<sup>11</sup>.**

**La relación entre volumen tiroideo y la yoduria no se ha realizado por estar pendiente el procesamiento de las muestras de orina en el momento actual.**

**Conclusiones**

- En población estudiada no se ha hallado alteraciones significativas de la función tiroidea.
- No se ha encontrado ningún caso de bocio en la población escolar alicantina analizada mediante medición ecográfica del volumen tiroideo.
- De forma similar a los datos obtenidos de estudios realizados en otros países, nuestros resultados parecen sugerir, que los valores de referencia de normalidad propuestos por la OMS y la ICCIDD para volumen tiroideo según sexo y edad subestiman la prevalencia de bocio en algunas poblaciones, como la nuestra.

**AUTORES**  
Sanguano L, Zapico M, Alfayate R, Zubizar A, Tascón E, Ruiz L, Guiso MD, Sánchez J, Flores J, Pico A.



# **TRABAJO GRUPAL CON MUJERES EN EDAD MEDIA DE LA VIDA**

M<sup>a</sup> Dolores Saavedra Llobregat y José Ramón Martínez Riera  
*Universidad de Alicante*

## **INTRODUCCIÓN**

Grupo como alternativa preventiva y medio de promoción de la salud con mujeres en edad media de la vida.

El grupo favorecerá: Tomar mayor conciencia de la situación actual de las mujeres, teniendo en cuenta acontecimientos y aspectos, que han contribuido a conformar su identidad. Promover una mejor imagen de ellas mismas.

## **OBJETIVOS**

Favorecer la comunicación interna-externa a través de la relación grupal.

Ampliar la red social.

Aumentar la capacidad de comunicación como apoyo para mantener esa apertura vital que grupo debe impulsar.

## **MÉTODO Y SUJETOS**

Grupo cerrado de 15 mujeres de 40-55 años, clase y nivel cultural medio, la mayoría trabajadoras fuera de casa, pertenecientes todas ellas a la asociación “Mujeres y Salud” de Villena (Alicante).

2 sesiones semanales de 2 horas (1 hora de información, 1 hora de discusión grupal), durante 5 semanas.

Equipo de coordinación: 2 enfermeros, coordinador y observador del grupo.

Otros expertos intervinieron como informantes.

## **RESULTADOS**

Lograron abordar:

Emociones incómodas: ansiedad, depresión, culpa y autoestima.

El cuerpo: Autoimagen y autocuidado.

Familia de origen, pareja, hijos, espacio propio.

Dificultades de comunicación.

## **CONCLUSIONES**

Las necesidades priorizadas se centran en la comunicación, relaciones familiares, la autoestima y ciertos aspectos de salud ( insomnio, pérdida de memoria...).

La metodología grupal consigue dar respuesta y cubrir las expectativas que se tenían al inicio de la actividad.

Las participantes refieren una mejora en su autoestima, y autonomía personal, relacionadas con los conocimientos/aptitudes adquiridos.

La aceptación de esta metodología ( desconocida para las participantes) se manifiesta explícitamente, demandando nuevas actividades de este tipo en el futuro.



# TRABAJO GRUPAL CON MUJERES EN EDAD MEDIA DE LA VIDA.



Martínez Riera, JR; Saavedra Llobregat, MD  
Dpto. Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia  
Universidad de Alicante



## JUSTIFICACIÓN

La utilización del Trabajo Grupal se plantea como alternativa preventiva y medio de promoción de la salud con mujeres en edad media de la vida.

La actividad grupal a través de la interacción, la escucha activa y la comunicación permite a las participantes:



• Tener mayor conocimiento de la situación actual de las mujeres, teniendo en cuenta acontecimientos y aspectos, que han contribuido a conformar su identidad.

- Prognover una mejor imagen de ellas mismas.
- Incorporar elementos de identificación y diferenciación entre las componentes del grupo.
- Relativizar sus problemas.
- Favorecer la capacidad para enfrentarse a obstáculos, dificultades, resistencias y conflictos personales.
- Centrar el aprendizaje sobre la tarea y sobre sí mismas

## OBJETIVOS

- Favorecer la comunicación interna-externa de las participantes a través de la relación grupal.
- Ampliar la red social.
- Aumentar la capacidad de comunicación como apoyo para mantener esa apertura vital que el grupo debe impulsar.



## MÉTODOS Y SUJETOS

- La actividad se desarrolló en la Sede Universitaria de Villena de la Universidad de Alicante (Abril-Mayo 2006), solicitada por la asociación "Mujeres y Salud" de Villena (Alicante).
- Grupo cerrado de 15 mujeres de 40-55 años de clase y nivel cultural medio. La mayoría eran trabajadoras fuera de casa pertenecientes, todas ellas, a la citada asociación.
- Se desarrollaron 2 sesiones semanales de 2 horas (1 hora de información y 1 hora de discusión grupal), durante 5 semanas.
- Equipo de coordinación: 2 enfermeras, coordinador y observador del grupo.
- Otros profesionales expertos (Trabajadora Social y Psicóloga) intervinieron como informantes.

## RESULTADOS

La dinámica del grupo se llevó a cabo por parte del equipo de coordinación estimulando la participación activa de las mujeres. A través de la técnica de grupos nominales se identificaron las principales necesidades y demandas de las mujeres (Relación familiar con hijos y cónyuge, culpabilidad, independencia, autoestima...) para posteriormente abordarlas desde una perspectiva grupal y participativa (Anexo).

Para el abordaje de algunos de los temas priorizados se utilizaron puntualmente técnicas educativas grupales.

Como resultado de la intervención se logró, la identificación y el abordaje de las situaciones problemáticas (familia, pareja, hijos, amistad, comunicación, autoestima, autoimagen...) y emociones incómodas (ansiedad, culpa, tristeza...), logrando interiorizarlas, analizarlas y darles respuesta desde una perspectiva de ayuda mutua.



## CONCLUSIONES

- Las necesidades priorizadas se centran en la comunicación, relaciones familiares, la autoestima y ciertos aspectos de salud (insomnio, pérdida de memoria...).
- La metodología grupal consigue dar respuesta y cubrir las expectativas que se tenían al inicio de la actividad.
- Las participantes refieren una mejora en su autoestima, y autonomía personal, relacionadas con los conocimientos/aptitudes adquiridos.
- La aceptación de esta metodología (desconocida para las participantes) se manifiesta explícitamente, demandando nuevas actividades de este tipo en el futuro.

# 17. MEMORIA DE LAS XI JORNADAS “Retos ante las nuevas demandas”

**FECHAS:** 18 y 19 de noviembre de 2.005

**LUGAR:** Alicante

**SEDE:** Salón de Actos del Hospital General Universitario de Alicante

Las XI Jornadas de Enfermería de trabajos científicos, fueron organizados por profesionales del Departamento 19: Hospital General Universitario de Alicante. Centro de Especialidades Babel y Centros de Salud.

Fueron declaradas de interés Científico-Sanitario por la Consellería de Sanidad de la Comunidad Valenciana, de interés Profesional por el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) y reconocidas por la Comisión Nacional de Formación Continuada.

## OBJETIVOS GENERALES

- Debatir las nuevas demandas asistenciales, organizativas, formativas e investigadoras a las que deben hacer frente los profesionales sanitarios.
- Aportar información útil sobre los aspectos que más interesan hoy día a los profesionales sanitarios.
- Divulgar la producción científica de los profesionales de Enfermería de la Provincia de Alicante.

## OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. CONOCER las necesidades y expectativas de los pacientes en la sociedad actual.
2. DEBATIR los retos que afectan a las competencias asistenciales de los profesionales.
3. EVALUAR las nuevas necesidades formativas y de ejercicio profesional.
4. ACCEDER a las líneas de investigación prioritarias.

## CONFERENCIA INAUGURAL:

La Conferencia Inaugural corrió a cargo del Dr. D. Francisco Sogorb Garri, Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario de Alicante y Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández, con el título: “Nuevos Retos”. Se comprometió a no hablar de temas cardiológicos y en esta ocasión, nos expuso a modo de relato una sucesión de hitos y acontecimientos, que hoy son fácilmente entendibles y que han supuesto conocimientos trascendentales, grandes retos para la historia de la humanidad e impulso de los avances científicos.



## **MESAS DE TRABAJO:**

El Comité Científico aceptó 16 trabajos que se expusieron en forma de comunicación y 7 póster científicos. Durante los 2 días se celebraron 5 Mesas de trabajo.

Los moderadores han tenido un papel relevante en cada una de sus mesas introduciéndonos en el lema de las mismas.

Las mesas de Trabajo y sus lemas fueron:

**Mesa de Trabajo Nº 1.** Moderada por: Dña. Cecilia Meliá Beigbeder,  
*Coordinadora de Enfermería del Centro de Especialidades Babel.*

**“Retos ante las nuevas demandas asistenciales”**

**Mesa de Trabajo Nº 2.** Moderada por: Dña. M<sup>a</sup> Carmen Gozalves Manzanera,  
*Supervisora de Oncología del Hospital General Universitario de Alicante.*

**“Retos ante las nuevas demandas organizativas”**

**Mesa de Trabajo Nº 3.** Moderada por: D. Fernando Fernández Candela,  
*Adjunto de Enfermería del Centro de Especialidades de Elche.*

**“Retos ante las nuevas demandas formativas”**

**Mesa de Trabajo Nº 4.** Moderada por: Dña. Manuela Domingo Pozo,  
*Enfermera Planes de Cuidados del Hospital General Universitario de Alicante.*

**“Retos ante las nuevas demandas investigadoras”**

**Mesa Redonda.** Moderada por: D. Jose Antonio Avila Olivares, *Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA).*

**“Profesiones sanitarias: Nuevo contexto”**

Una mayoría de los trabajos expuestos han estado orientados hacia la realización de guías y programas, no sólo con la finalidad de conocerlos en estas Jornadas, sino que además, son una vía de perfeccionamiento y continuidad en las propias unidades que sirva tanto para los profesionales como para los cuidadores, destacando también que su elaboración no ha sido realizada de forma individual sino que en ella ha intervenido un grupo de profesionales e incluso de distintos Hospitales de otras comunidades llegando a estudios multicéntricos.

## **TALLERES DE ENFERMERIA:**

Los talleres se han desarrollado sobre temas de terapias alternativas, SAMU, y cuidados de las úlceras por presión, contando con 28 profesionales que han estado prestando su atención a todos los asistentes, siendo referencia absoluta durante la celebración de estas decimoprimeras jornadas. Los asistentes comprobaron la excepcional preparación profesional con que lo han desarrollado, resolviendo dudas de forma interactiva.

A la hora de diseñar nuestros talleres, nuestra preocupación siempre es la de que su aportación sea novedosa y de interés general para todo el colectivo, tratándolos de forma dinámica, siendo interactivos y contando con la gran colaboración de todos los componentes que han visto altamente compensado su esfuerzo con la importante aceptación entre los asistentes.

La Coordinadora General de los Talleres fue Dña. Mercedes Albaladejo Tello y los lemas fueron:

• **TALLER: “SAMU”**

Coordina: Dña. M<sup>a</sup> Carmen Arcas, *Enfermera SAMU. Alicante*

• **TALLER: “TERAPIAS ALTERNATIVAS: LA AURICULOTERAPIA”**

Coordina: D. Miguel Romero Llorente

• **TALLER: “CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS ULCERAS POR PRESION. MITOS Y REALIDADES”**

Coordina: Comisión de prevención y tratamiento de UPP y Heridas del H.G.U.A.

**ACTIVIDADES PARALELAS:**

Las actividades de los stands comerciales se realizaron simultáneamente, en el Lucernario que precede la entrada al Salón de Actos, al resto de las actividades programadas en las Jornadas. Ofrecieron al visitante la oportunidad de conocer de cerca determinados procedimientos y técnicas.

La totalidad de los Actos fueron de carácter gratuito y estuvo representada la práctica totalidad de los Hospitales y Centros de Atención Primaria de la Provincia de Alicante.

**EQUIPO ORGANIZATIVO:**

A destacar, la colaboración desinteresada de los miembros de los Comités Científico y Organizador cuyos componentes fueron:



**PRESIDENCIA**

D. Miguel Ángel Fernández Molina  
*Director de Enfermería del H.G.U.A.*

**VICEPRESIDENCIA**

D. José Ramón González González  
*Director de Enfermería de Atención Primaria*

## COMITÉ CIENTÍFICO

### PRESIDENTA

D<sup>a</sup> Mercedes Albaladejo Tello

### VOCALES:

D<sup>a</sup> Nieves Izquierdo García  
D<sup>a</sup> Pilar Toboso González  
D<sup>a</sup> Emilia Bielsa Juliá  
D<sup>a</sup> Mar Torres Marin  
D<sup>a</sup> Mercedes Segura Cuenca  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Angeles Lillo Hernández  
D<sup>a</sup> Virginia Alemañ Santos  
D<sup>a</sup> Alicia Muñoz Moll

D<sup>a</sup> Inés González Sánchez  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> José Muñoz Reig  
D<sup>a</sup> Asunción Sempere Quesada  
D<sup>a</sup> Josefa Martínez Gil de Arana  
D<sup>a</sup> Bienvenida Pérez Vázquez  
D<sup>a</sup> Andrea García Palao  
D<sup>a</sup> Ascensión Marroquí Rodríguez  
D<sup>a</sup> Dolores Saavedra Llobregat

## COMITÉ ORGANIZADOR

### PRESIDENTE

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar

### VOCALES:

D. Pedro Hernández Bermudez  
D. Francisco Blanes Compañ  
D. Javier Gómez Robles  
D<sup>a</sup> Maria Torres Figueiras  
D<sup>a</sup> Isabel Chaves Muñoz-Alcón  
D<sup>a</sup> Francisca Milán Navarro  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Dolores Martín García  
D<sup>a</sup> Asunción Pérez Andreu  
D<sup>a</sup> Cecilia Meliá Beigbeder

D. José Borrell Climent  
D. Fidel Climent Aragón  
D. Héctor Terol Royo  
D<sup>a</sup> Catalina Pardo López  
D<sup>a</sup> Victoria Burguera Anguiano  
D. Francisco Pérez Useros  
D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Jesús Laosa Romero  
D<sup>a</sup> Isabel Aznar Martínez  
D<sup>a</sup> Rosa M<sup>a</sup> Gómez García

### SECRETARIAS:

Dña. M<sup>a</sup> José Jaén Garrido  
Dña. Fernanda Fernández Gil  
Dña. M<sup>a</sup> Dolores Más Planelles

Secretaria Subdirec. de Enfermería  
Secretaria Direcc. de Enfermería  
Secretaria Subdirec. de Enfermería

## DIVULGACION INFORMATIVA:

La difusión se realizó en dos fases principalmente, una primera información provisional a través de una carta informativa, y una segunda información, acompañada ya de trípticos con la información preliminar y los posters de las Jornadas. Dicha información se envió tanto a las Direcciones de Enfermería de Atención Primaria y de Atención Especializada, Hospitales y Centros Privados, como a las Casas Comerciales que colaboraron. Además, los días previos a la realización de las Jornadas, se enviaron mediante Fax, invitaciones a las Direcciones de Atención Primaria y Especializada.

El Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante informó en sus boletines sobre la celebración de las Jornadas, así como algunas revistas especializadas.

**INSCRIPCIONES:**

En la 11ª edición el número de inscripciones fue de 1.255. Continuando además con el carácter gratuito de las Jornadas.

Junto a toda la documentación entregada, se adjuntó una encuesta que fue contestada por los profesionales, y en la que por medio de los 12 ítems de que constaba, se pudo evaluar las XI Jornadas.

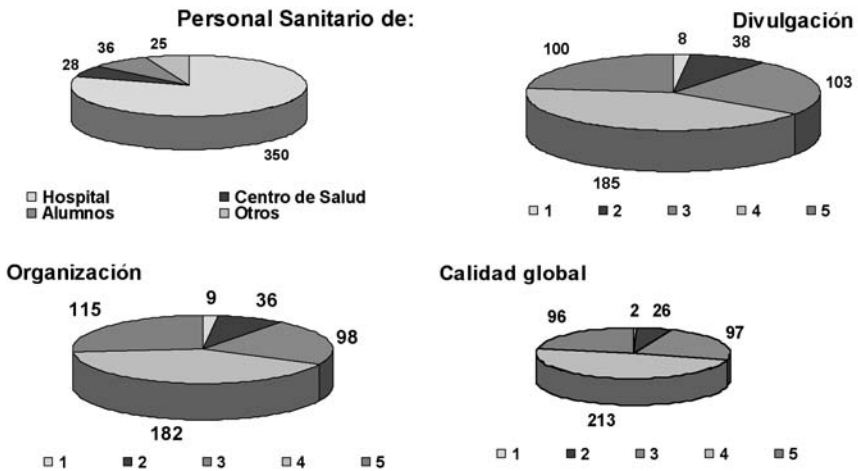


**VALORACIÓN ENCUESTAS:**

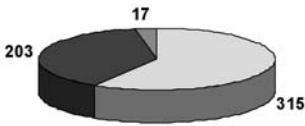
Nº Encuestas contestadas: 202

Como años anteriores la organización confeccionó una encuesta para recoger opinión sobre el contenido, desarrollo así como nuevos temas de interés para próximas ediciones entre los asistentes. A continuación relacionamos los resultados; teniendo en cuenta que:

**1 = Nada Satisfactorio / 5= Muy Satisfactorio**

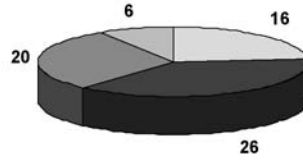


### Interés en asistir



Ampliar Conocer Otros

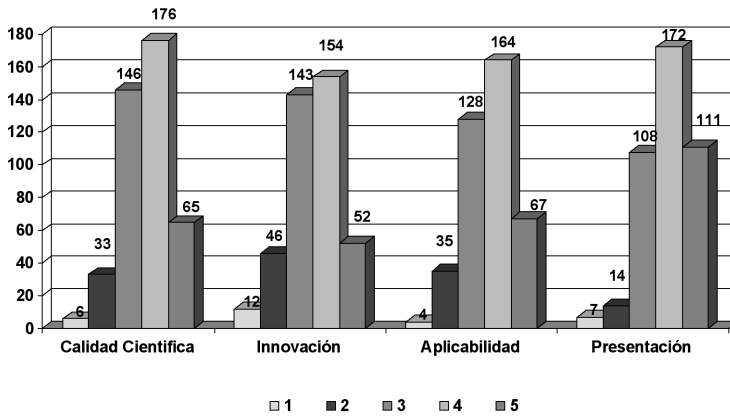
### Motivación para presentación trabajo



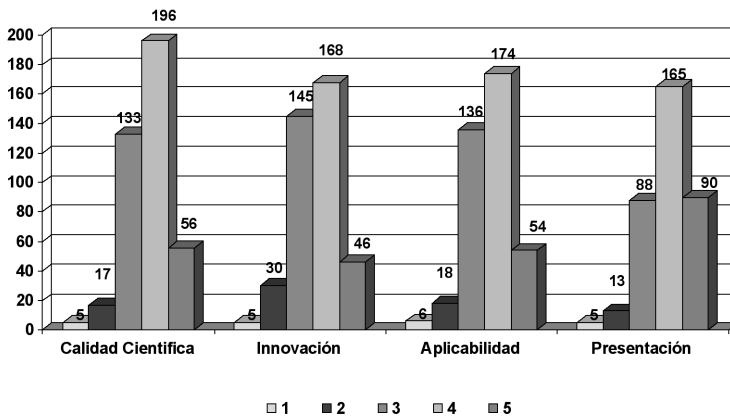
Validar Mejorar Investigar Otros

1 = Nada Satisfactorio / 5= Muy Satisfactorio

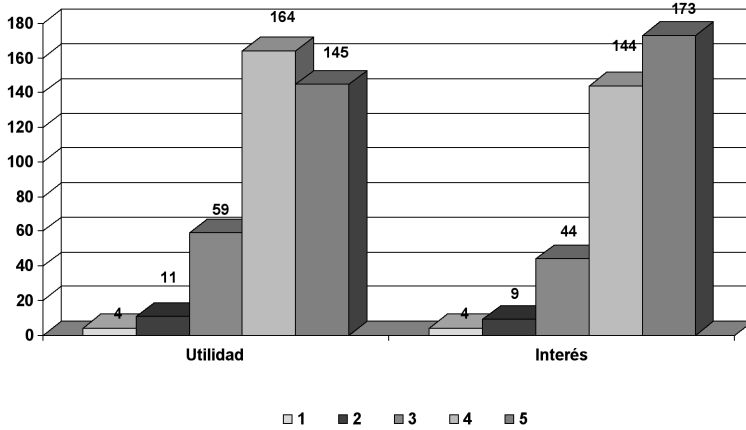
### Valoración Comunicaciones



### VALORACION POSTERS



## VALORACION TALLERES



Con el fin de conocer temas de interés para próximas Jornadas y poder así adaptar las expectativas que nuestros profesionales demandan, en el apartado que hace referencia al mismo, se recogió:

- Vendajes
- Comunicación malas noticias

### DOCUMENTACIÓN ASISTENTES:

- Libro de ponencias y comunicaciones
- Información de diferentes Casas Comerciales
- Carpeta con bolígrafo
- Encuesta de valoración
- Papeleta para el Premio por Votación Popular
- Certificado de Asistencia

### DOCUMENTACIÓN MODERADORES:

- Documentación Asistentes
- Certificado de Moderadores
- Libros de ediciones limitadas

### DOCUMENTACIÓN PONENTES:

- Documentación Asistentes
- Certificado de Ponentes
- Gastos de viaje y alojamiento
- Gastos dietas
- Libros de ediciones limitadas



### **DOCUMENTACIÓN EQUIPO ORGANIZATIVO:**

- Documentación Asistentes
- Certificado de Comités
- Set de bolígrafo y reloj
- Obsequios Casas Comerciales

### **RELACIÓN DE INSTITUCIONES COLABORADORAS:**

- Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana
- Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana
- Colegio Oficial de Enfermería de Alicante
- Hospital General Universitario, Centro de Especialidades Babel y Centros de Salud Departamento 19

### **RELACIÓN DE CASAS COMERCIALES COLABORADORAS:**

- 3M España, S.A
- Abbott Laboratories, S.A.
- Aldimesa
- Analyzer, S.A.
- B. Braun Aesculap
- B. Braun División Cirugía
- B. Braun División Farmacia
- B. Braun División OPM
- BANCAJA
- Becton Dickinson, SA
- Carbuos Médica
- Coloplast
- Convatec, S.A.
- El Corte Inglés. División Comercial
- Elite Bags, S.L.
- Pharma-Tex, Grupo L.M.
- I.D. Médica
- Indas
- Johnson & Johnson.P.P. Medical
- K.C.I.
- Laboratorios Bama-Geve, SA
- Laboratorios Farmaceuticos Rovi, SL
- Laboratorios Lauclar
- Laboratorios Salvat. División Médica
- Lorca Marin
- M.B.A.
- Medex Medical, S.L.
- Medilevel
- Menarini

- Mölnlycke Health Care
- Novartis
- Novartis Nutrición, SA
- Nutricia
- Ortopedia O'Donnell
- Palex Medical, S.A.
- Prim, SA
- Puleva
- Revista "Metas de Enfermería"
- Revista Rol
- Roche Diagnóstics, S.L.
- Smith & Nephew, SA
- Textil Planas Oliveras, S.A.
- Tyco Autosuture España
- Tyco Healthcare Spain, SL
- Urgo- Openfar
- Vygon



#### **ACTOS SOCIALES:**

El Acto Inaugural lo presidió el Ilmo. Sr. D. Juan Alfonso Bataller Vicent –Director General de Asistencia Sanitaria, a quién acompañaba, Ilma. Sra. Dña. Belén Payá Pérez –Presidenta del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante, Dña. M<sup>a</sup> Luisa Hernández Ferrer –Directora Médica del H.G.U.A., D. José Ramón



González González-Director de Enfermería Atención Primaria, y D. Miguel Ángel Fernández Molina -Director de Enfermería y Presidente de las Jornadas,.

La Conferencia Inaugural corrió a cargo del Dr. D. Francisco Sogorb Garri, Jefe del Servicio de Cardiología del Hospital General Universitario de Alicante y Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Miguel Hernández, con el título: “Nuevos Retos”.

Para finalizar la jornada del viernes, y como actividad paralela a las Jornadas, se realizó una “Terapia de Show” que estuvo muy ligada a la Conferencia de Clausura. Corrió a cargo de la Organización PayaSOSPital.

La Conferencia de Clausura fue pronunciada por Dña. Begoña Carbelo Baquero, Profesora Titular



de la E.U.E. y Fisioterapia de la Universidad de Alcalá de Henares, cuyo título fue: “El humor en la relación con el paciente”, autora del libro con el mismo título.



La Mesa de Clausura estuvo compuesta por la Ilma. Dña. Belén Payá Pérez - Presidenta del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante-, Ilmo. Sr. D. José Antonio Ávila Olivares –Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana, D. Miguel Ángel Fernández Molina –Director de Enfermería del H.G.U.A. y Presidente de estas XI Jornadas de Enfermería-, D. Ginés A. Rodríguez Aguilar –Subdirector de Enfermería del H.G.U.A. y Presidente del Comité Organizador de las XI Jornadas de Enfermería-, y Dña. Mercedes Albaladejo Tello –Adjunta de Enfermería del H.G.U.A. y Presidenta del Comité Científico de las XI Jornadas de Enfermería -.

En ella se leyeron las Conclusiones de esta Jornadas y se dieron a conocer los Trabajos Premiados que fueron:

**1er. Premio a la mejor Comunicación**

ESTUDIO EXPERIMENTAL CON UN PROGRAMA DE EJERCICIO FISICO

**2º Premio a la Mejor Comunicación:**

VARIACION DE PESO EN EXFUMADORES

**3er. Premio a la Mejor Comunicación**

GRUPO DE DISCUSION COMO HERRAMIENTA DE INVESTIGACION  
CUALITATIVA EN SALUD

**4º Premio a la Mejor Comunicación**

PASADO, PRESENTE Y ¿FUTURO? DE LAS ESPECIALIDADES DE ENFER-  
MERIA EN ESPAÑA, UNA VISION DESDE LA PERSPECTIVA DEL PODER

**1º Premio al mejor cartel científico**

EDUCACION SANITARIA DEL PACIENTE EN HEMODIALISIS: AUTOCUI-  
DADOS DE LA FISTULA ARTERIO-VENOSA Y DEL CATETER VENOSO  
CENTRAL PERMANENTE DE DOBLE LUZ

**2º Premio al mejor cartel científico**

EVALUACION DEL ESTADO NUTRICIONAL Y ACTIVIDAD FISICA EN  
UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

**PREMIO POR VOTACION POPULAR:**

MENOS ENFERMERAS IGUAL A PEORES RESULTADOS Y MAYOR  
MORTALIDAD: UNA APROXIMACIÓN A LA REALIDAD ESPAÑOLA

Una vez entregados los premios se dieron por clausuradas las XI Jornadas de Enfermería.

EL PRESIDENTE DE LAS JORNADAS  
Miguel Ángel Fernández Molina  
*DIRECTOR DE ENFERMERIA DEL H.G.U.A.*

