

**X JORNADAS DE ENFERMERÍA**  
**SOBRE TRABAJOS CIENTÍFICOS**

**“LAS ETAPAS DE LA VIDA Y SUS CUIDADOS”**

Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
Imprime: IMTEXMA. Alicante.  
Depósito Legal: A-848-2004

**Alicante, 19 y 20 de Noviembre de 2004**

**ORGANIZA:**

**DIVISIÓN DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL  
GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE Y  
C.EE. BABEL**

**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)*

*Reconocidas por la Comisión de Cursos Especiales y Créditos de  
Libre Elección Curricular (CECLEC) de la Universidad de Alicante*

*Reconocidas por la Comisión Nacional de Formación Continuada*



**GENERALITAT VALENCIANA**  
CONSELLERIA DE SANITAT



**AGÈNCIA  
VALENCIANA  
DE SALUT**



**COLEGIO OFICIAL  
DE ENFERMERÍA  
DE ALICANTE**



**Universitat d'Alacant**  
**Universidad de Alicante**





# ÍNDICE

	<u>Pág.</u>
1. PRESENTACIÓN .....	7
2. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECIFICOS .....	9
3. COMITÉ DE HONOR .....	10
4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA .....	11
5. NORMAS GENERALES Y DE PARTICIPACIÓN .....	12
6. PLANO .....	16
7. PROGRAMA .....	17
8. TALLERES DE ENFERMERÍA .....	22
9. PREMIOS .....	27
10. ENTIDADES COLABORADORAS .....	28
11. MESA DE TRABAJO N° 1 .....	30
12. MESA DE TRABAJO N° 2 .....	81
13. MESA DE TRABAJO N° 3 .....	109
14. MESA DE TRABAJO N° 4 .....	187
15. MESA DE TRABAJO N° 5 .....	215
16. MEMORIA IX JORNADAS DE ENFERMERIA .....	271



# 1. PRESENTACIÓN

En esta edición de las Jornadas de Enfermería sobre Trabajos Científicos, las X, proponemos a nuestros invitados hacer un viaje por etapas con un itinerario muy especial. Queremos recorrer la vida biológica del ser humano deteniéndonos en los cuidados específicos que, de nosotros los profesionales de Enfermería, demandan las personas cuando hay pérdida de la salud o problemas que ponen en riesgo su calidad de vida.

El lema “Las etapas de la vida y sus cuidados” es el sugerente reclamo para que investiguemos en los últimos avances hechos por y para la Enfermería en cada uno de esos tramos en los que se apoya el hecho biológico de que “los seres nacemos, vivimos, nos reproducimos y finalmente desaparecemos”.

Como un apasionante viaje por la vida, el itinerario se iniciará asistiendo al nacimiento del ser humano tal y como lo conocemos hoy día como resultado del desarrollo de revolucionarias técnicas de reproducción asistida, atravesando posteriormente la infancia y visitando la adolescencia, la espléndida juventud, la madurez y finalmente la ancianidad. Nos detendremos en cada uno de esos periodos para conocer más sobre sus problemas y necesidades específicas, abordando tanto las cuestiones que afecten los procedimientos asistenciales como las de tipo social, psicológico y demográfico, entre otras.

El colofón final será un sugestivo guiño a la larga vida, pues incorporaremos una visión nueva del envejecimiento al que pasaremos a denominar: “longevidad funcional”.

A este periplo por el ciclo vital humano no podemos faltar los que formamos parte de la División de Enfermería: Enfermeras, Matronas, Fisioterapeutas, Técnicos Especialistas, Auxiliares de Enfermería así como alumnos y profesionales de otras ciencias que comparten ese compromiso de ayudar con sus conocimientos a mejorar la salud de todos. Nuevamente, y fiel a su estilo propio, las Jornadas de Enfermería albergarán a muchos y diversos profesionales que contribuyen a esa casi obsesión que tienen los Comités Científico y Organizador por abrir el campo de acción de Enfermería escuchando e incorporando las ideas de todos aquellos que tienen algo interesante que decir.

Como ya hemos hecho durante los últimos 9 años de forma ininterrumpida, reiteramos esta llamada a la participación de asistenciales, investigadores, docentes y gestores, todos ellos imprescindibles para dar una calidad de atención a nuestros pacientes, y damos la bienvenida a todos los que quieran compartir con nosotros este viaje por la vida que, ojalá, todos podamos culminar sus etapas con éxito.

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

## **2.**

### **OBJETIVOS GENERALES**

1. Conocer los últimos avances en los cuidados en cada etapa específica del ciclo vital humano.
2. Divulgar la producción científica de los profesionales de Enfermería de la Provincia de Alicante.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Actualizar el conocimiento enfermero sobre patologías asociadas a la edad.
2. Incorporar modelos y planes de cuidados adaptadas a las necesidades de los pacientes según su etapa de desarrollo.
3. Evaluar las repercusiones sociodemográficas en los niveles asistenciales.
4. Debatir nuevas técnicas que influyen sobre la calidad de vida de los pacientes según el ciclo vital.

### **3. COMITÉ DE HONOR**

(Decreto 116/2003)

**Honorable Sr. D. Vicente Rambla Momplet**

*CONSELLER DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD VALENCIANA*

**Ilmo. Sr. D. Manuel Cervera Taulet**

*SECRETARIO AUTONÓMICO PARA LA AGENCIA VALENCIANA DE LA SALUD*

**Ilmo. Sr. D. Juan Prefaci Cruz**

*SUBSECRETARIO PARA LOS RECURSOS DE SANIDAD*

**Ilmo. Sr. D. José Cano Pascual**

*DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS HUMANOS*

**Ilmo. Sr. D. Eloy Jimenez Cantos**

*DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS ECONOMICOS*

**Ilmo. Sr. D. Melchor Hoyos Garcia**

*DIRECTOR GENERAL DE ASISTENCIA SANITARIA*

**Ilmo. Sr. D. Bartolomé Pérez Galvez**

*DIRECTOR GENERAL DE ATENCION 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 PUBLICA*

**D. Alfonso Bataller Vicente**

*DIRECTOR GENERAL DE ORDENACION, EVALUACION E INVESTIGACION  
SANITARIA*

**Ilmo Sr. D. Jose Antonio Avila Olivares**

*PRESIDENTE DEL CONSEJO DE ENFERMERIA DE LA C. VALENCIANA*

**Ilmo. Sr. D. José Vicente García García**

*DIRECTOR TERRITORIAL DE LA CONSELLERIA DE SANIDAD EN ALICANTE*

**Ilma. Sra. Dña. Belén Payá Pérez**

*PRESIDENTA ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERIA DE ALICANTE*

**Ilmo. Sr. D. Rafael Díaz Bonmatí**

*DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE Y C.E.  
BABEL*

**Ilma. Sra. Dña. Loreto Macia Soler**

*DIRECTORA DE LA ESCUELA DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD DE  
ALICANTE*

**Ilmo. Sr. D. Luis Cibanal Juan**

*DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DE LA UNIVERSIDAD  
DE ALICANTE*

## 4. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

### PRESIDENCIA

D. Miguel Ángel Fernández Molina

*Director de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante*

### COMITÉ CIENTÍFICO

#### PRESIDENTA

Dña. Mercedes Albaladejo Tello

#### VOCALES

D<sup>a</sup> Nieves Izquierdo García

D<sup>a</sup> Asunción Sempere Quesada

D<sup>a</sup> Pilar Toboso González

D<sup>a</sup> Josefa Martínez Gil de Arana

D<sup>a</sup> Mercedes Segura Cuenca

Dña. Asunción Pérez Andreu

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Angeles Lillo Hernández

D<sup>a</sup> Ascensión Marroquí Rodríguez

D<sup>a</sup> Inés González Sanchez

D<sup>a</sup> Esther Moncho Domenech

D<sup>a</sup> Julia López Arenas

D. Francisco Ballesta López

D<sup>a</sup> Dolores Saavedra Llobregat

D<sup>a</sup> Alicia Muñoz Moll

### COMITÉ ORGANIZADOR

#### PRESIDENTE

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar

#### VOCALES

D. Pedro Hernández Bermudez

D. José Borrell Climent

D. Francisco Blanes Compañ

D. Fidel Climent Aragón

D<sup>a</sup> Isabel Aznar Martínez

D. Héctor Terol Royo

D<sup>a</sup> Manuela Domingo Pozo

D<sup>a</sup> Catalina Pardo López

D. Javier Gómez Robles

D<sup>a</sup> Victoria Burguera Anguiano

D<sup>a</sup> María Torres Figueiras

D. Francisco Pérez Usuarios

D<sup>a</sup> Isabel Chaves Muñoz-Alcón

D<sup>a</sup> Francisca Milán Navarro

D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> José Muñoz Reig

D<sup>a</sup> Rosa Gómez García

### SECRETARIAS

Dña. M.<sup>a</sup> Dolores Mas Planelles, *Secretaria Subdirección de Enfermería*

Dña. Fernanda Fernández Gil, *Secretaria Dirección de Enfermería*

Dña. M.<sup>a</sup> José Jaén Garrido, *Secretaria Subdirección de Enfermería*

## 5. NORMAS GENERALES Y DE PARTICIPACIÓN

### 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 pero debe formalizarse en la Secretaría de las Jornadas situada en la Subdirección de Enfermería del H.G.U.A. a fin de poder recibir la identificación y documentación pertinente.
- Es requisito indispensable, estar inscrito en las Jornadas para la presentación de Trabajos.
- 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.
- Se hará entrega del certificado de asistencia a toda persona que, previa inscripción, justifique personalmente su asistencia a las X Jornadas de Enfermería en la sección de Documentación.
- **LOS TALLERES DE ENFERMERIA:** Por tratarse de una actividad acreditada y con reconocimientos oficiales, para la obtención del correspondiente Diploma deberá firmar y cumplimentar la asistencia a los mismos.
- Habrá una zona destinada a exposición comercial (stands).

### NORMAS DE PARTICIPACIÓN

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 2004 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 (vídeos, diaporamas)

*Será condición indispensable para participar en cualquiera de las modalidades el que alguno de los autores esté inscrito en las Jornadas.*

## **SON NORMA ESPECÍFICA 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 dos apellidos de todos los autores.**

—Lugar de trabajo

—Teléfono de contacto.

—La presentación en papel se deberá ajustar a un folio Din 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 figuren 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 (vídeo/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 X 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.
- Premio BANCAJA, al trabajo de mayor repercusión social

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.

## **PLAZOS**

El plazo máximo para la recepción de resúmenes de comunicaciones, carteles, videos y diaporamas, finaliza el **17 de Octubre de 2004**.

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 2004**; así como el día y hora de exposición o presentación de sus trabajos.

El autor deberá comunicar, antes del día **9 de Noviembre 2003**, los recursos materiales necesarios para su exposición (proyectores, vídeos, etc.).

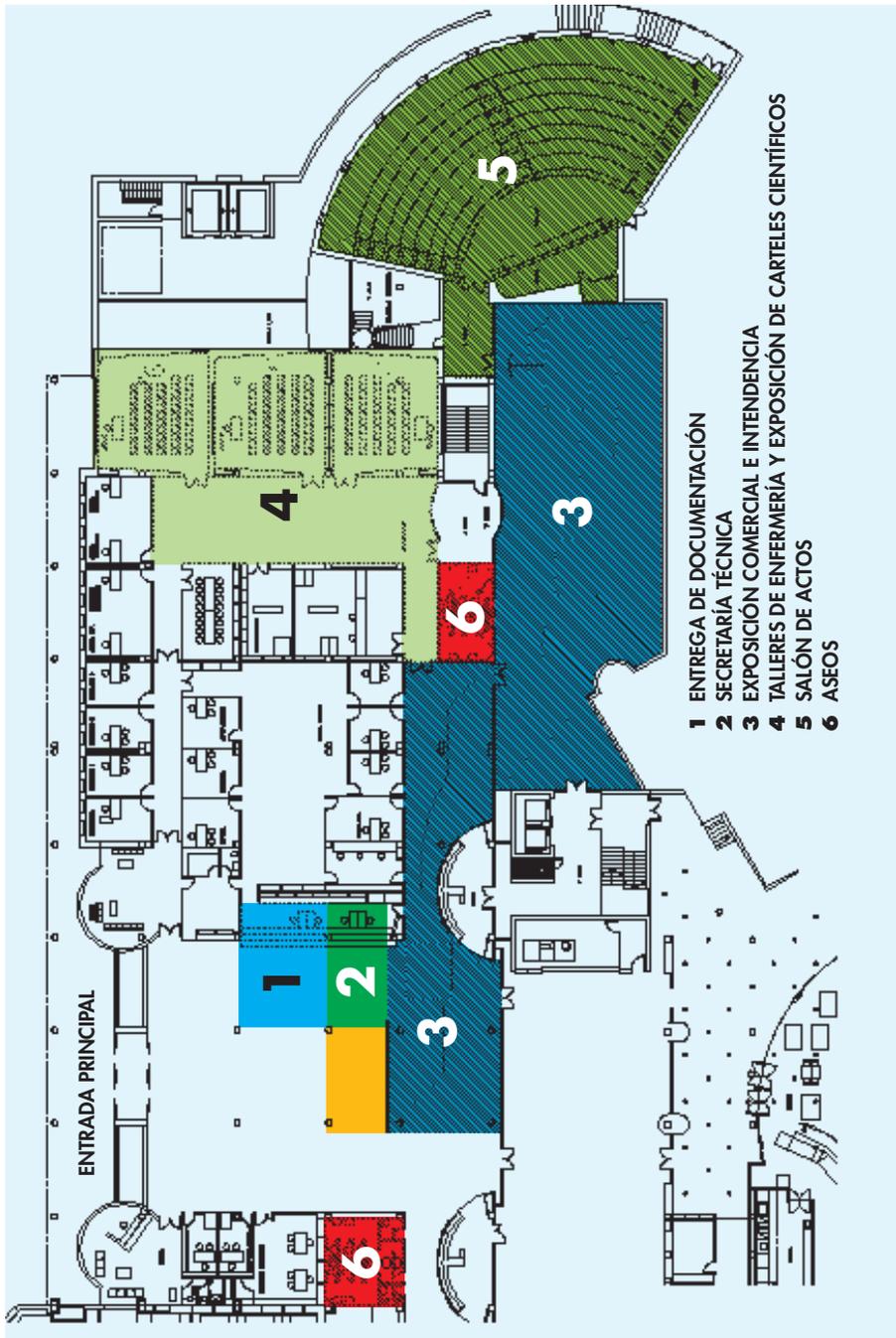
A fin de facilitar la participación a todo el personal de Enfermería de la provincia de Alicante, no será excluyente ser miembro del Comité Científico y figurar como autor de un trabajo. En este caso, el autor no podrá participar en la valoración de su propio trabajo.

*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  
ADECÚEN A LAS PRESENTES NORMAS**

## 6. PLANO DEL ÁREA DE LAS X JORNADAS



# 7. PROGRAMA

**VIERNES, 19 DE NOVIEMBRE**

**MAÑANA**

- 8,30 h. Entrega de Documentación.  
9,30 h. Bienvenida. Acto Inaugural Jornadas.  
9,45 h. CONFERENCIA INAUGURAL:

## **“EL ORIGEN DE LA VIDA”**

A cargo de: **Dra. Dña. Nieves Cremades Hernández.** Bióloga. Unidad de Reproducción Asistida del H.G.U.A.

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

11,15 h. **Mesa de Trabajo N° 1.** Moderada por **Dña. Encarna Mateo López,** Supervisora de Pediatría/Lactantes del H.G.U.A.

## **“CUIDADOS EN LA INFANCIA”**

Expone Dña. Teresa Clemente Mañez

**ENFERMERIA DENTRO DEL AREA DE URGENCIAS. CUIDADOS PEDIATRICOS. MISCELÁNEA POR PREVALENCIA**  
(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone Dña. Elena Díez Lucas

**CUIDAR A UN PACIENTE QUEMADO**  
(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone Dña. M<sup>a</sup> Teresa Quesada Pastor

**ESTRATEGIAS DE CUIDADOS AL RECIEN NACIDO PRETERMINO DE BAJO PESO: INTERVENCION SOBRE FACTORES ESTRESANTES**  
(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone D. Antonio Peña Rodríguez

**LA COMISION DE DOCENCIA DE ENFERMERIA DEL H.G.U. DE ELCHE: VALORACION DE SU CONTRIBUCION A LA FORMACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN ASISTENCIAL**  
(Hospital General Universitario de Elche)

Expone Dña. Caridad Vela Morales

**PROGRAMA DE INFORMACION PERSONALIZADA PARA PADRES EN UN HOSPITAL DE DIA DE ONCOLOGIA PEDIATRICA**  
(Hospital General Universitario de Alicante)

12,15 h. Debate Mesa de Trabajo 1.

12,30 h **Mesa de Trabajo Nº 2** Moderada por **D. Alfonso Navarro Atienza**,  
Director del Centro de Recepción de Menores de área d' Alicante.

### “CUIDADOS EN LA ADOLESCENCIA”

Expone D. Carlos Lozano Quijada

**EVALUACION DE UNA CONSULTA DE ENFERMERIA  
EN EL INSTITUTO DE MUTXAMEL  
(Centro de Salud de Mutxamel)**

Expone Dña. Jorquelina Braña Noya

**EN EL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA HIPERHIDROSIS, ¿CONVIENE  
CONTROLAR LA TEMPERATURA PALMAR?  
(Hospital General Universitario de Alicante)**

Expone Dña. Venesa Sevilla Bellido

**LA PRESENCIA DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE TABAQUISMO  
DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE  
(Hospital General Universitario de Alicante)**

Expone Dña. Mª Jesús Colomina Rodríguez

**ESTUDIO MEDIANTE GRUPOS DE DISCUSION DE LA CALIDAD PERCIBIDA  
POR LOS USUARIOS DE UNA PLANTA DE CIRUGIA GENERAL  
(Hospital General Universitario de Elche)**

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 **Dr. Carlos Clavijo Fernandez-Golfin**. Centro de Transfusiones de Alicante.

### “CUIDADOS EN LA JUVENTUD”

Expone D. Miguel Castells Molina

**ESTUDIO DE LAS NECESIDADES, EXPECTATIVAS E INQUIETUDES DE LOS  
ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN  
EL H.G.U.A.**

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone Dña. Concepción Mirambell Miralles

**IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE INFORMACION DE ENFERMERIA EN EL  
HOSPITAL POLIVALENTE**

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone Dña. Carmen Pilar Miguel Roig

**CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UCI REVISION ACTUALIZADA SEGÚN EVIDENCIA CIENTIFICA**

(Hospital General Universitario de Elche)

Expone Dña. Nieves Izquierdo García

**ESTOY EN “OFF”?: GESTION DE UN CASO DE CUIDADOS**

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone D. José Isidoro Galvañ García

**INFLUENCIA DE LA DONACION DE SANGRE EN LOS NIVELES DE HIERRO**

(Centro de Transfusiones de Alicante)

17,15 h. Debate Mesa de Trabajo 3.

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

18,00 h. **Mesa de Trabajo Nº 4.** Moderada **Dña. Adela Alonso Gallegos,**  
Coordinadora del Centro de Salud Florida

**“CUIDADOS EN LA MADUREZ”**

Expone Dña. Sara Molina Garro

**ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADOR  
AUTOMATICO IMPLANTABLE**

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone Dña. Mª Cristina Sogorb Garri

**PROYECTO DE IDENTIFICACION Y DIFUSION DEL SINDROME DE BRUGADA**

(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone Dña. Mª Dolores Saavedra Llobregat

**LA PERCEPCION DE LAS MUJERES SOBRE LA MENOPAUSIA. UN ESTUDIO  
CUALITATIVO**

(Centro de Salud de Florida)

Expone Dña. Vanessa Riallin De Cruz

**VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LAS LÁMINAS COOP-WONCA EN UNA MUESTRA  
DE MUJERES MENOPÁUSICAS**

(Centro de Salud de Ciudad Jardín))

Expone Dña. Cecilia Meliá Beigbeder

**¿QUÉ PERCEPCION TIENEN LOS PROFESIONALES DE NUESTRO CENTRO  
SOBRE LA MENOPAUSIA?. UN ESTUDIO CUALITATIVO...**  
(Centro de Salud de Florida)

19,00 h. Debate Mesa de Trabajo 4.

19,15 h. Actividades Complementarias

19,45 h. Fin sesión de Tarde

**SÁBADO, 20 DE NOVIEMBRE.**

**MAÑANA**

9,00 h. **Mesa de Trabajo N° 5.** Moderada por **D. Francisco Martínez Pastor**,  
Coordinador Enfermería Residencia La Florida

**“CUIDADOS EN LA ANCIANIDAD”**

Expone D. Salvador de Haro Marin

**CUIDADOS Y PATRONES FUNCIONALES EN PERSONAS MAYORES EN LA  
UNIDAD DE HOSPITALIZACION A DOMICILIO DE ALICANTE**  
(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone Dña. Adela Alonso Gallegos

**VALORACION DE ENFERMERIA DEL PACIENTE EN ATENCION DOMICILIA-  
RIA: DEL PROYECTO A LA PRACTICA**  
(Centro de Salud Florida)

Expone Dña. Yolanda Planells Aleixandre y Dña. Josefa Martínez Cutanda

**PROYECTO PEYCA**  
(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone D. Javier Gómez Robles

**ESTUDIO MULTICENTRICO NACIONAL DE PREVALENCIA  
EN EL USO DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS  
POR EL PACIENTE ONCOLOGICO**  
(Hospital General Universitario de Alicante)

Expone Dña. Yolanda Seva Gosalvez

**GUIA DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE DEL HOSPITAL  
DE DÍA DE ONCOLOGIA DEL H.G.U.A.**  
(Hospital General Universitario de Alicante)

10,00 h. Debate Mesa de Trabajo 5.

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**

**“Envejecimiento: longevidad funcional”**

A cargo de: Profesor **D. Jaime Miquel Calatayud**. Ex Jefe de Patología experimental NASA (EE.UU). Profesor del Departamento de Biotecnología de la Universidad de Alicante.

12,30 h. Lectura de Conclusiones.

12,45 h. Comunicación Fallo Comité Científico X Jornadas y Resultado de la votación. Entrega de Premios. Fallo 1ª Edición Premio Extraordinario BANCAJA

13,00 h. Acto de Clausura de las X Jornadas de Enfermería

13'30 h. Fin de las Jornadas.

## 8. TALLERES DE ENFERMERÍA

**Coordina:** Mercedes Albaladejo Tello.

### • TALLER: “ARRITMIAS: SÍNCOPE Y MARCAPASOS”

*Coordina:* Dña. Amparo Herrero Belmonte, Supervisora de Cardiología del H.G.U.A.

¿Que es un Marcapasos.? Conócelo mas de cerca : Definición y nociones básicas sobre estos dispositivos y sus aplicaciones

Pruebas funcionales cardiológicas. MESA BASCULANTE: Indicaciones e información sobre esta técnica diagnóstica.

### JUSTIFICACIÓN:

Las enfermedades cardiovasculares suponen en el momento actual la mayor causa de mortalidad en las sociedades avanzadas. La patología del corazón condiciona la existencia de múltiples técnicas y tratamientos que ofertan importante información para las actuaciones cardiológicas científicamente idóneas en esta patología.

Es por ello que el colectivo de enfermería ha de estar en todo momento informado y ser capaz de afrontar los nuevos retos que suponen los avances tecnológicos, así como la gestión de los procesos que conllevan.

Debido al aumento de la expectativa de vida en la población, la implantación de marcapasos viene siendo hoy en día una práctica habitual en los servicios de Cardiología, no solo por el aumento de pacientes en edad avanzada, por bloqueos o bradicardias extremas, si no porque constituyen una terapia de elección en otras enfermedades cardíacas.

Siendo frecuente el ingreso de pacientes portadores de marcapasos en otros Servicios y por otras patologías, consideramos interesante que el colectivo de Enfermería esté informado del manejo de estos pacientes, así como de las posibles interferencias que diversas técnicas y/o protocolos puedan interferir en estos dispositivos

### OBJETIVOS GENERALES:

- 1- Informar de forma sencilla sobre algunas técnicas diagnósticas y terapéuticas en cardiología: marcapasos y mesa basculante.
- 2- Difundir dicha información entre los profesionales de enfermería de otros servicios.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

#### MARCAPASOS

- 1- Desarrollar los conceptos generales de marcapasos
- 2- Informar sobre la evolución de estos dispositivos en las últimas décadas.
- 3- Incrementar mayor cultura en el campo de la cardiología.

- 4- Capacitar al profesional de enfermería para instruir y aconsejar a paciente portadores de marcapasos en su incorporación a una vida normal manteniendo intactas sus expectativas.
- 5- Mostrar la técnica de implantación de un marcapasos mediante la proyección de un vídeo.
- 6- Dar a conocer la guía informativa que de forma sistemática se suministra a los pacientes tras la implantación de un marcapasos, donde aparecen las recomendaciones y precauciones necesarias.

#### *MESA BASCULANTE*

- 1- Información de su utilidad como método de elección para el diagnóstico etiológico del Síndrome vasovagal.
- 2- Demostración en directo de su manejo y fases de la técnica.

#### • **TALLER: “LIBRE DE HUMO”**

*Coordina:* Dña. Nieves Izquierdo García, Supervisora de Neurología del H.G.U.A.

#### **JUSTIFICACIÓN:**

El tabaco es el cuarto factor de riesgo más común entre las causas de enfermedades a nivel mundial. Es la principal causa de enfermedad, invalidez y muerte evitable en los países desarrollados.

Provoca cinco millones de muertes al año en el mundo. En España, según la SEPAR (sociedad española de Neumología y Cirugía Torácica), el tabaco es la primera causa de enfermedad y muerte ocasionando 45.000 muertes anuales.

Es la causa directa, según numerosas investigaciones de numerosos tipos de cáncer de pulmón, laringe, boca, esófago, garganta y vejiga.

Reconociendo la problemática de salud personal, laboral y sociosanitaria en general que suscita el uso reiterativo del consumo y amparados en la legislación vigente que nos respalda en cuanto que el abandono de ese hábito proporciona un bien ambiental nos propusimos hacer este taller aprovechando el medio hospitalario, en el cual estamos y que sabemos que, por la afluencia de personal sanitario, puede ser un medio de difusión muy importante.

Hemos utilizado la didáctica como elemento no sólo instructivo, sino también concienciador y motivador para contribuir de una manera fehaciente en el proceso de adopción de compromisos de cambios de pautas de comportamiento para facilitar los cambios de hábitos insanos a saludables.

#### **OBJETIVOS GENERALES:**

- 1- Aumentar los conocimientos relacionados con los efectos nocivos sobre la salud que produce el tabaquismo para el fumador y su entorno.
- 2- Fomentar en la población la adquisición de hábitos de vida saludable en los que no este presente el tabaco.

- 3- Recomendar a la población los beneficios que reporta el abandono del tabaco.
- 4- Promover en la población el compromiso de deshabituación para prevenir la adhesión de jóvenes y niños que imitan conductas de mayores.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1- Dar a conocer herramientas de ayuda para dejar de fumar.
- 2- Informar de las principales implicaciones sociosanitarias derivadas del consumo de tabaco.
- 3- Estimular el compromiso del personal del centro, como responsables sanitarios en el cumplimiento de la norma relativa al consumo de tabaco.
- 4- Instruir en el manejo y control de situaciones críticas en el periodo de deshabituación tabáquica.
- 5- Recoger información de los consumidores de tabaco, por medio de una encuesta de las expectativas sobre el tema.
- 6- Realizar la prueba de valoración de monóxido de carbono en el organismo del fumador, exfumador y fumador pasivo.
- 7- Dar a conocer a través de los test de Richmond la motivación y de Fagerström la dependencia de la nicotina de los fumadores en su intención de dejar de fumar.

### **• TALLER: “MANEJO DE RESERVORIOS”**

*Coordina:* Dña. M<sup>a</sup> Carmen Gozalves Manzanera, Supervisora de Oncología del H.G.U.A.

### **JUSTIFICACIÓN:**

En España el cáncer es la segunda causa de muerte cada año, apareciendo 10 millones de casos nuevos cada año.

Estos pacientes precisan de muchos cuidados de Enfermería para mejorar su calidad de vida a o largo de su enfermedad. Entre estos cuidados tenemos que destacar e cuidado de Reservoirio, ya que estos pacientes van a ser sometidos a terapias con Quimioterapia y el deterioro de las venas va a ser muy rápido, por ello el 60 % de estos pacientes serán portadores de un acceso venoso central para administración de fármacos, soportes nutricionales, transfusiones, analgesias, extracciones de sangre... y es fundamental que la gran mayoría de profesionales tanto del área de especializada cómo de Atención Primaria conozcan este dispositivo, con ello conseguiremos una:

- mejor asistencia y mejor calidad en cuidados,
- contribuiremos a mejorar la calidad de vida del paciente,
- disminuir el riesgo de infecciones en nuestros pacientes.

### **OBJETIVOS GENERALES:**

1- Aumentar los conocimientos relacionados con la implantación, manejo y cuidados de Reservoirio subcutáneo dirigido al personal de enfermería.

- 2- Proporcionar a la población portadora del Reservoirio un servicio que aumente la calidad asistencial y reducir costes económicos del Sistema Sanitario.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1- Dar a conocer el Sistema Venoso Central (Port-Cath) o Reservoirio.
- 2- Conocer la técnica de implantación del Reservoirio Subcutáneo.
- 3- Informar de sus utilidades e indicaciones.
- 4- Instruir en el manejo y cuidados del mismo.
- 5- Indicar sobre los diferentes sistemas de reciclado de material punzante, residuos biológicos y químicos.



## 9. PREMIOS

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

- 1<sup>er</sup> Premio** de: **500,00 euros**  
Y Accésit de 240 euros en Formación Colegial de Postgrado
- 2.º Premio** de: **250,00 euros**  
Y Accésit de 120 euros en Formación Colegial de Postgrado
- 3<sup>er</sup> Premio** de: **150,00 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: **180,00 euros**  
Y Accésit de 150 euros en Formación Colegial de Postgrado
- 2.º Premio** de: **60,00 euros**  
Y Accésit de 150 euros en Formación Colegial de Postgrado

### PREMIO AL MEJOR TRABAJO OTORGADO POR VOTACIÓN POPULAR

**250,00 euros**

Y Accésit de 180 euros en Formación Colegial de Postgrado



### PREMIO BANCAJA DOTADO CON 1.200 euros

Que pretende premiar al autor o autores que realice/n el trabajo de mayor repercusión social dentro de los admitidos en las X Jornadas de Enfermería a celebrar en el Hospital General Universitario de Alicante los días 19 y 20 de noviembre de 2.004

*\*Los accésit en formación son otorgados por gentileza del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Alicante.*

## 10. ENTIDADES COLABORADORAS

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 X Jornadas.





ABBOTT LABORATORIES, S.A.



INSTITUTO ALICANTINO DE CULTURA JUAN GIL-ALBERT







## 11. MESA DE TRABAJO N.º 1

Moderada por, **Dña. Encarna Mateo López**. Supervisora de Pediatría/Lactantes del H.G.U.A.

### “CUIDADOS EN LA INFANCIA”

#### JUSTIFICACIÓN:

La atención a la salud infantil ha ido cambiando de forma paralela al reconocimiento social del niño como individuo singular y con necesidades y características especiales.

Para hablar de cuidados tendríamos antes que hablar de Educación, Prevención y al Fomento de la salud. La enfermera ya no participa únicamente en el cuidado episódico de los niños durante las enfermedades agudas, asumen de forma creciente la prestación de cuidados integrales dirigidos a satisfacer las necesidades de salud de los niños y sus familias en cada etapa de su crecimiento y desarrollo cobrando gran importancia la educación sanitaria a padres y niños tanto en atención primaria como en el ámbito hospitalario.

En los últimos años el desarrollo de la enfermería dedicada al cuidado de los niños ha estado inmersa en la evolución científica y técnica, en este momento ya hablamos de planes de cuidados en pediatría y hemos empezado en nuestro hospital a elaborar planes de cuidados estandarizados. El progreso en la práctica de Enfermería Infantil es a través de la investigación y es muy importante que el profesional de enfermería tome conciencia de que la investigación le ayude a encontrar respuestas a sus interrogantes en la práctica profesional, constituyendo un recurso valioso para elaborar nuevos modelos y estrategias dirigidos a solucionar los problemas de salud de los niños.

Para ello es necesario que participe activamente en todo el proceso de investigación, pues de otro modo juzgara los resultados de la investigación como una crítica a su trabajo y no como una guía para mejorar los cuidados de enfermería.

Los objetivos planteados para estas Jornadas van encaminados a compartir los avances en la asistencia, gestión e investigación en Enfermería Infantil, así como intercambiar experiencias para promover estrategias de mejora en los cuidados de enfermería dirigidos a los niños.

Dentro de una relación adecuada a estas dimensiones como son Enfermería Cuidados e Infancia quisiera exponer en esta mesa de trabajo un tema de gran demanda social y gran actualidad como son Las principales causas de lesiones en la Infancia.

Las lesiones se han convertido en la principal causa de mortalidad entre los niños después del primer año de vida. Caídas, atropellos, picaduras, mordeduras, intoxicaciones o quemaduras son parte de una larga lista de accidentes, la mayoría de veces casuales e inevitables, otras no, ligados a la existencia de los más pequeños.

#### CONCLUSIONES:

La prevención de accidentes se apoya en tres pilares fundamentales: la epidemiología, la legislación y la educación.

Debemos orientar nuestros esfuerzos en la investigación epidemiológica de corte analítico, que nos permita la identificación de las características de alto riesgo para establecer unas estrategias adecuadas de prevención.

La acción legislativa tendrá como meta, la protección del niño frente al entorno que le rodea, estableciendo la normativa necesaria, que evite los riesgos a los que se encuentra expuesto el menor (seguridad en el hogar, productos tóxicos, juguetes, seguridad en los vehículos, guarderías, escuelas, piscinas, etc).

Los programas educativos deben dirigirse, por un lado, al niño para que desarrolle una conducta de autodefensa ante el peligro de accidente y por otro, a aquellos grupos sociales con responsabilidad en la labor preventiva (maestros, pediatras, arquitectos, fabricantes, etc.) sin olvidar campañas orientadas a la población general.

## **COMUNICACIONES DE LA MESA:**

### **Enfermería dentro del área de Urgencias. Cuidados pediátricos.**

**Miscelánea por prevalencia.** ..... 33

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: Teresa Clemente Máñez, Silvia Escribano Cubas,

Ascensión Fernández Sampere, Carmen María Irañeta Ibañez.

Rosario Marín Gálvez, Felipe Rico Noguera, Lucía Roche Martínez.

**"Cuidar a un paciente quemado"** ..... 45

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: Begoña Algarra Juan, M<sup>a</sup> Angeles Pardo Patiño,

Elena Díez Lucas, José Luís Francés Milan.

### **Estrategias de cuidados al recién nacido pretérmino de bajo peso:**

**Intervención sobre factores estresantes.** ..... 53

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: M<sup>a</sup> Teresa Quesada Pastor, Encarnación Romero Sellés.

### **La Comisión de Docencia de Enfermería del H.G.U. de Elche:**

#### **Valoración de su contribución a la Formación y la Investigación**

**en los procesos de Atención Asistencial.** ..... 69

(Hospital General Universitario de Elche)

Autores: Antonio Peña Rodríguez, M<sup>a</sup> Carmen Aliaga Sánchez,

Antonia Sánchez Amoros, Concepción Porras López.

### **Programa de información personalizada para padres**

**en un Hospital de Día de Oncología Pediátrica.** ..... 77

(Hospital General Universitario de Alicante)

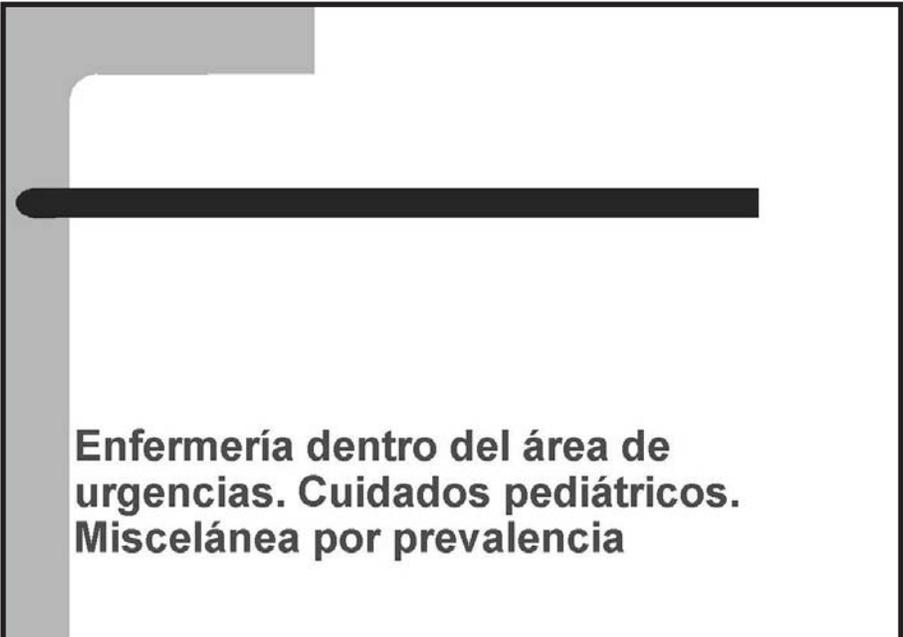
Autores: Caridad Vela Morales, Rosa Crespo Martínez,

Lola Serna Arias, María Tasso Cereceda.

***ENFERMERÍA DENTRO DEL ÁREA DE  
URGENCIAS. CUIDADOS PEDIÁTRICOS.  
MISCELÁNEA POR PREVALENCIA.***

*(HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE)*

*Teresa Clemente Máñez, Silvia Escribano Cubas, Ascensión Fernández Sampere, Carmen María Irañeta Ibañez. Rosario Marín Gálvez, Felipe Rico Noguera, Lucía Roche Martínez.*

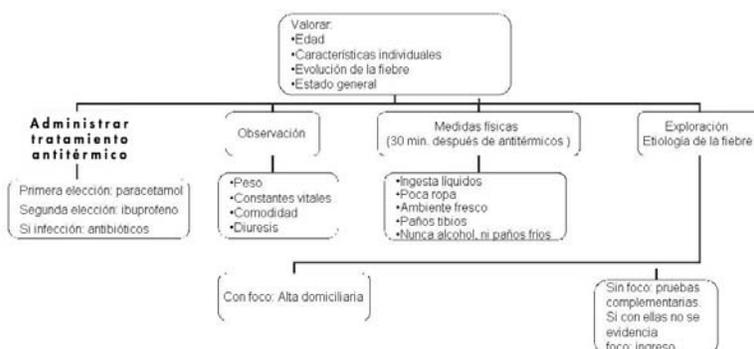


**Enfermería dentro del área de  
urgencias. Cuidados pediátricos.  
Miscelánea por prevalencia**

## Introducción

- Los cuidados pediátricos en urgencias según la prevalencia diagnóstica son:
  - Síndrome febril
  - Dificultad respiratoria
  - Vómitos y diarrea (GEA)
  - Convulsiones
  - Intoxicaciones

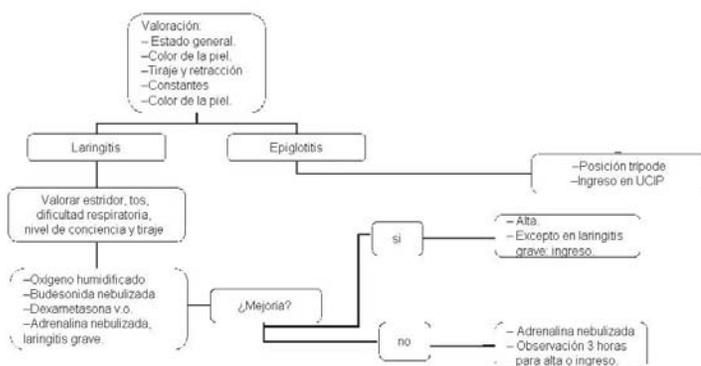
## Síndrome febril



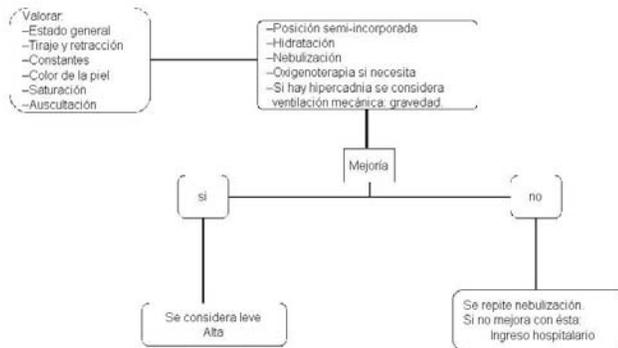
## Insuficiencia Respiratoria Aguda



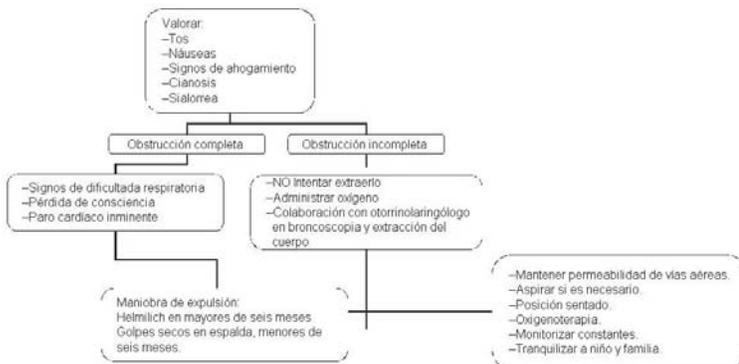
## Crup



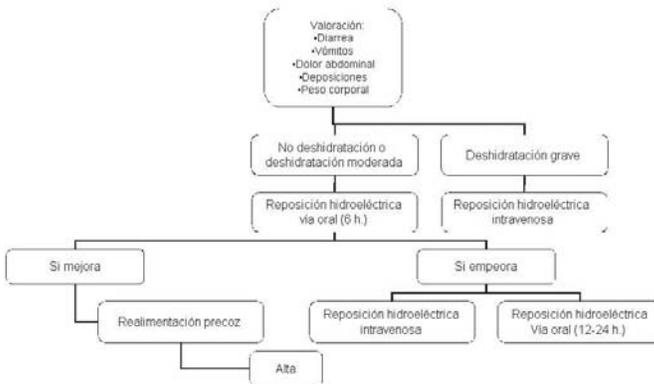
## Bronquiolitis aguda



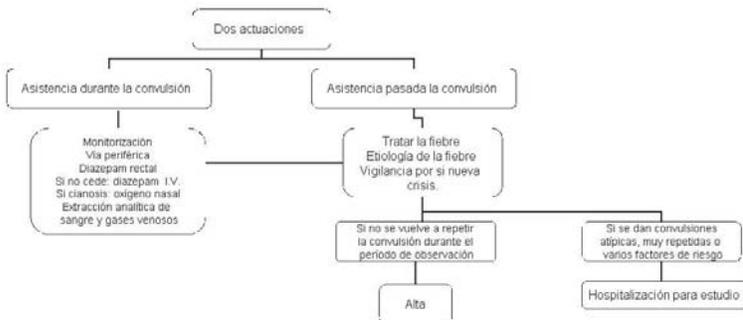
## Cuerpo extraño en vías respiratorias



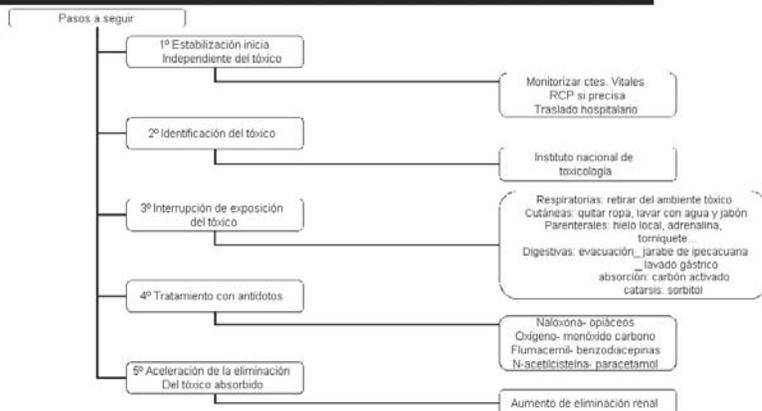
## Gastroenteritis aguda



## Convulsiones febriles



# Intoxicaciones



# Objetivos

- Conocer % diagnóstico de Urgencias de Pediatría
- Consensuar cuidados de enfermería
- Educar a los padres sobre estos cuidados

## Material y métodos

---

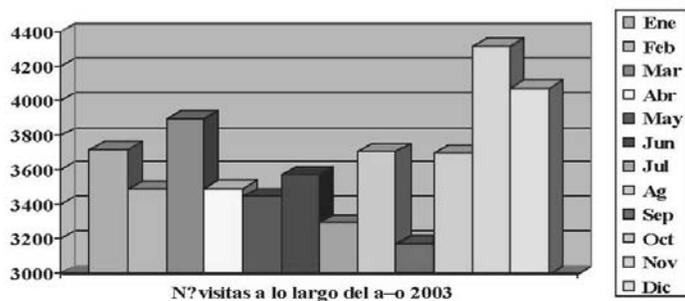
- Revisión sistemática
- Estudio observacional
- Archivos hospitalarios

## Resultados

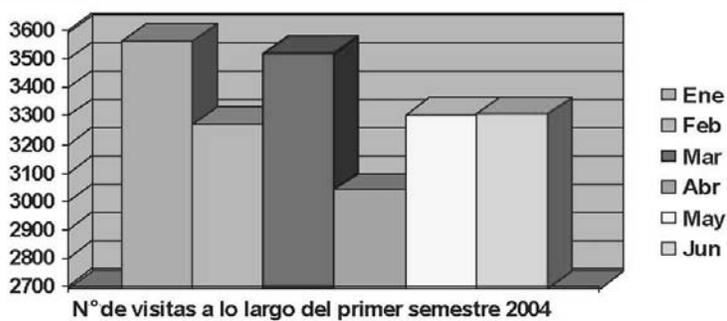
---

- En el año 2003, se vieron 43931pacientes en urgencias de pediatría.
- El hospital les Cruces de Bilbao, trabaja con volúmenes similares, pudiendo extrapolar sus porcentajes diagnósticos a nuestro hospital.

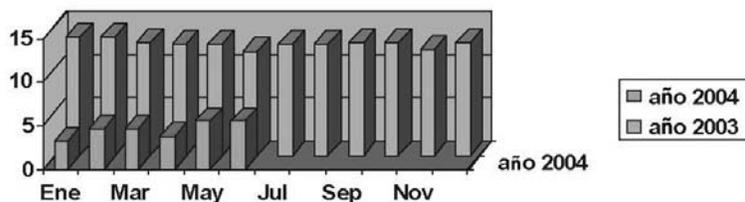
## Gráfica anual. HGUA.



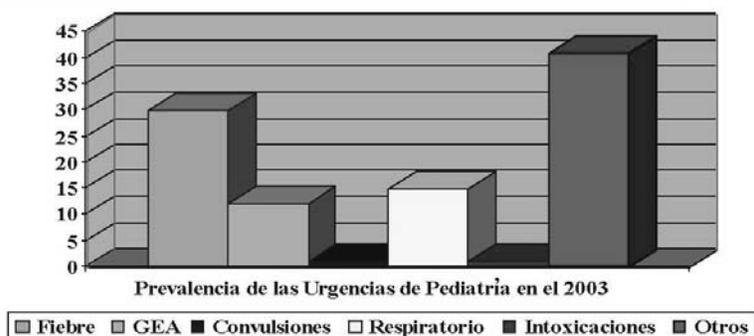
## Gráfica primer semestre. HGUA.



## % Ingresos mensuales. HGUA.



## Hospital Les Cruces



## Discusión

---

El 58% de las visitas no podemos considerarlas urgencias, estos se debe al desconocimiento por parte de los padres, por ellos hemos considerado importante, dedicar una parte de nuestro trabajo a educar a los que más nos necesitan en sus preocupaciones.

## Autores

Teresa Clemente Máñez  
Silvia Escribano Cubas  
Ascensión Fernández Sampere  
Carmen María Irañeta Ibáñez  
Rosario Marín Gálvez  
Felipe Rico Noguera  
Lucía Roche Martínez

---

Queremos agradecer a las enfermeras de  
la Unidad de Urgencias de Pediatría por  
su colaboración permanente en este  
trabajo.



Gracias  
por  
vuestra  
atención



# ***CUIDAR A UN PACIENTE QUEMADO***

***(HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE)***

*Begoña Algarra Juan, M<sup>a</sup> Angeles Pardo Patiño, Elena Diez Lucas, José Luís Francés Milan*

## **RESUMEN**

El desconocimiento que en general existe sobre los cuidados del paciente quemado, nos ha impulsado a realizar este trabajo para clarificar los cuidados básicos de una quemadura local y de un paciente quemado ingresado.

## **OBJETIVOS**

1. Proporcionar a los profesionales de enfermería una guía básica de la actitud a seguir ante una quemadura.
2. Dar a conocer los cuidados que requiere un paciente quemado que ingresa.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

El método elegido es una divulgación informativa.

El material que hemos utilizado, al margen de nuestra experiencia profesional en la Unidad de Quemados, es :

- Díaz Aguilar, P. “ Manual CTO de Enfermería” ED. CTO 2000.
- Gómez P. Y Moreno C. IV Curso sobre quemaduras. Hospital Vall D’ Ebrón 2002.
- Granados B. Y González F “ Preparación del lecho de la herida . Quemaduras” Smith & Nephew S.A. 2004.
- Algarra B. “ Cuidados de Enfermería al paciente quemado “ Curso de quemados E.V.E.S. 2000.
- López Corral, JC “ Actuación de Enfermería ante las úlceras y heridas” Universidad Complutense de Madrid. Laboratorios Knoll. 1992.
- Gómez P.,Palao R., Crisol F., “ Quemaduras. Guía práctica para Atención Primaria” 1<sup>a</sup> Ed. 2000.
- García V. , “ Quemaduras. Tratamiento de Urgencia” Duphar Farmacéutica, 1993.
- Stacy, K. “ Enfermería Medico – Quirúrgica “. Ed. Paradigma, 1996.

## **CONCLUSIÓN**

Proporcionar información básica sobre los cuidados de los pacientes quemados.

## INTRODUCCIÓN

¿ Qué es una quemadura? Es una lesión tisular producida por un agente térmico, químico, eléctrico o mecánico con gran componente inflamatorio y, en consecuencia, una gran cantidad de exudado. Como resultado del impacto del calor, o el frío en la piel y tejidos subyacentes se produce una destrucción tisular.

Dependiendo del grado de destrucción tisular que se produzca, clasificaremos la quemadura en primero, segundo o tercer grado.

Según la bibliografía la mayoría de las quemaduras tienen lugar en el medio doméstico ( 60%), que junto con las producidas en el medio laboral ( 15 % – 20 %), forman el grupo más numeroso. Dentro del 20% restante podríamos destacar las quemaduras por pólvora muy características en la zona en que vivimos.

Dichas quemaduras se reparten en todas las etapas de la vida, yendo desde la infancia hasta la tercera edad, sirva como ejemplo que durante el primer semestre de este año se han atendido en nuestra unidad 325 urgencias de pacientes quemados, repartiéndose de la siguiente forma:

- 35,38% £ 18 años.
- 57.84 %, 18 – 65 años.
- 6.76 % ≥ 65 años.

Lo más llamativo de estos datos es que del total de niños y / o adolescentes atendidos casi la mitad ( 44.34 % ) eran menores de 5 años.

La atención de enfermería al paciente quemado se determinará según el tipo de lesiones , sus problemas de salud anteriores al accidente y deberá realizarse siempre de forma individualizada.

Distinguiremos entre el paciente con quemaduras extensas, a partir del 15/20% de Superficie Corporal Quemada ( S.C.Q.) y pacientes con quemaduras menores y sin otras patologías asociadas. La diferencia entre este tipo de pacientes radica en que el pequeño quemado presenta fisiopatología local ( de la zona afectada), mientras que el gran quemado o “ quemado crítico” presenta fisiopatología local y general, que requiere cuidados específicos según las alteraciones sistémicas que presente.

## OBJETIVOS

### 1. ACTITUD A SEGUIR ANTE UNA QUEMADURA.

Quemadura menor sin patología asociada.

- Enfriar la quemadura con agua en el momento del accidente ( evitar remedios caseros).
- Limpieza de la herida con Suero Fisiológico ( si la quemadura ha sido producida por un agente químico habrá que irrigar abundantemente).
- Desbridamiento de flictenas, si las hay.
- Cobertura con tul – graso más, apósito y / o vendaje oclusivo( no comprimir).
- PAT. si procede.

### 2. CUIDADOS BÁSICOS DEL PACIENTE QUEMADO.

La atención del paciente quemado comprende cuatro fases:

#### 1. Asistencia inicial.

2. Fase aguda.
3. Fase subaguda.
4. Fase de Rehabilitación.

#### *ASISTENCIA INICIAL.*

##### **Objetivo:**

-Estabilizar al paciente de manera rápida y precisa, estableciendo prioridades en los cuidados.

##### **Actividades:**

- Valoración de la función cardiorrespiratoria, proporcionando oxigenoterapia o ventilación asistida si precisa.
- Realización de anamnesis completa que incluye hora de accidente, lugar, mecanismo de producción de la quemadura, edad, sexo y existencia de patologías previas o asociadas ( fracturas, hemorragias, inhalación de humos, T. C. E. ..).
- Canalización de vía venosa periférica de grueso calibre en área cutánea sana o vía central.
- Iniciar fluidoterapia con cristaloides ( Ringer Lactato ) ,( 2 – 4 ml por Kg. De peso por S. C. Q. ).
- Sondaje vesical con sistema de medición horaria.
- Administrar analgesia indicada para control del dolor ( paracetamol, metamizol, morfínicos...).
- Obtener muestras sanguíneas para analítica completa de sangre y orina, más gasometría con carboxihemoglobina.
- Determinar el peso corporal del paciente.
- Realizar ECG si la quemadura fuera eléctrica y/o si el paciente refiere antecedentes de patología cardíaca.
- Proceder una vez estabilizado el paciente , a la limpieza de las quemaduras con S.F. mediante lavado de arrastre, desbridando flictenas, si las hay. Si se tratase de una quemadura química se irrigaría con abundante agua durante aproximadamente 20 – 30 min.
- El Cirujano Plástico realizara escarotomias en las quemaduras circulares con compromiso vascular/ nervioso, y/ o respiratorio, y Enfermería deberá vigilar pulso distal, T<sup>a</sup> y sensibilidad de la zona, así mismo controlará la posible hemorragia producida por la escarotomía mediante apósitos hemostáticos y compresión.
- Continuamos con la cobertura de quemaduras con tul-graso limpio y realizar un vendaje almohadillado oclusivo en postura funcional.
- Administrar PAT si procede.

#### *FASE AGUDA*

Corresponde a las 72 horas posteriores a la quemadura.

**Objetivo:**

- Estabilización hemodinámica.

**Actividades de Enfermería:**

- Mantener oxigenoterapia adecuada a la situación del paciente.
- Monitorizar saturación de O<sub>2</sub>, mediante pulsioxímetro y realizar gasometrías arteriales periódicas, si procede.
- Realizar control Rx de tórax, siempre.
- Monitorización de constantes vitales en la gráfica correspondiente.
- Medición de diuresis, según indicación
- Pasadas las primeras 24 horas disminuir fluidoterapia en función de la diuresis y el estado general del paciente, según pauta indicada.
- Realizar control analítico periódico.
- Administrar analgésicos prescritos para el control del dolor.
- Administrar tratamiento preventivo para úlcus y profilaxis tromboembólica.
- Vigilar presencia edemas y/o hemorragias, así como elevar MMSS y MMII como medida preventiva, si existe quemadura en los mismos.
- Control de pulsos distales y T<sup>a</sup> de los miembros, si existe quemadura circular .
- Valoración e instauración de nutrición a partir de 24 horas, ya sea oral, enteral o parenteral.
- Control de peso corporal c/ 48 horas.
- Realización cura quemaduras según indicación (cada 12 / 24 / 48 horas ).

**FASE SUBAGUDA**

Comienza desde el final de la fase anterior hasta la cicatrización de las heridas o alta hospitalaria.

Se caracteriza por:

**a) Control del dolor:**

- Administrar tt<sup>o</sup> específico prescrito.
- Proporcionar medidas de confort.
- Enseñar técnicas de relajación.
- Controlar prurito en fase de cicatrización.

**b) Apoyo psicosocial:**

- Permitir al paciente expresar sus sentimientos, temores y dudas.
- Implicar a los familiares más próximos en la asistencia física y psicológica del paciente.
- Responder a las preguntas que puedan surgir, tanto por parte del paciente como de sus familiares.
- Proporcionar atención psicológica y /o psiquiátrica si el paciente lo requiere.

**c) Recuperación funcional:**

- Estimular movilización precoz de extremidades.

- Favorecer la autonomía del paciente.
- Iniciar la sedestación y deambulación temprana.
- Potenciar la ejecución de ejercicios rehabilitadores.

**d) Nutrición:**

- Estimular la ingestión de líquidos orales.
- Aportar dieta hiperproteíca e hipercalórica ajustada a las preferencias alimenticias del paciente.
- Alentar a la autoalimentación.
- Proporcionar complementos nutricionales hiperproteícos, si precisa.

**e) Prevención de infecciones:**

- Controlar signos y síntomas de infección.
- Tomar cultivos de las quemaduras ( 2 veces / semana ).
- Extraer hemocultivos seriados, si precisa.
- Crear ambiente aséptico en la medida de lo posible.
- Vigilar posibles focos de infección ( catéteres venosos, sondaje vesical...).

**f) Cuidado de las heridas:**

- Cura estéril de la quemadura.
- Tres principios inviolables caracterizan la cura de una quemadura:
  - Función protectora frente la infección.
  - Función metabólica ( minimizar la pérdida calórica y reducir el enfriamiento del paciente.
  - Función de confortabilidad ( evitar el dolor, vendajes almohadillados y en posiciones funcionales ).
- La frecuencia de la cura dependerá de la pérdida de alguna de estas tres funciones en el apósito seleccionado.
- El tratamiento elegido para la cura de una quemadura dependerá del estadio de la misma, siendo los más frecuentes:
  - Sulfadiazina Argéntica al 1%* ( Silvederma , Flammacine )fi Bactericida de amplio espectro, eficaz frente a pseudomona aureoginosa.Se aplica directamente en la herida, con una capa de unos 3mm de grosor. Cura cada 12/ horas.
  - Colagenasa* ( Irujol, mono ) fi Vinculada al desbridamiento de las lesiones. Requiere de un ambiente húmedo para ser activa.
  - Mupirocina* ( Bactroban, ) fi Empleada como antimicrobiana, sobre todo indicada en estafilococo áureos.
  - Betametasona* ( Diproderm, ) fi Alivio del prurito en tejidos en epitelización.
  - Betametasona y Gentamicina* ( Diprogenta , ) fi Heridas en fase de granulación. Con facilidad crea resistencias.
  - Nitrofurazona* ( Furacin, ) fi Eficaz frente a estafilococo áureos y Saamr, pero no frente a pseudomonas. Muy hidrosoluble. Presenta reacciones alérgicas.
  - Povidona yodada* ( Betadine , ) fi Amplio espectro antibacteriano y antifúngico.No se usa en quemaduras pues se inactiva con las secreciones.

Hidrogeles, Hidrocoloides fi empleado como desbridantes. Poco aptos para el tratamiento de quemaduras infectadas.

*Plata nanocristalina* ( Acticoat ,) fi Actúa como barrera antimicrobiana de mayor espectro frente a los gérmenes más comunes de las quemaduras.Cura húmeda.

**- Cura de las zonas injertadas:**

Levantar apósito quirúrgico al 4º - 5º día post – intervención .

Limpieza con suero fisiológico.

Secado por toques.

Retirada de puntos y / o grapas del injerto, si precisa.

Cura con povidona yodada diluida con suero fisiológico.

Cobertura con tul – graso más vendaje.

**- Cura de las zonas donantes:**

Levantar apósito quirúrgico según indicación médica (esto dependerá básicamente del apósito seleccionado en el acto quirúrgico).

Los apósitos más utilizados en este tipo de curas son: apósito biosintético poroso (Biobrane,)/ levantar al 2º día , plata nanocristalina (Acticoat,.) / levantar al 3º día.

Limpieza con suero fisiológico.

Secado por toques.

Cura específica según indicación médica.

Cobertura con vendaje.

**FASE DE REHABILITACION.**

Discurre desde el final de la etapa anterior hasta el alta definitiva.

**Objetivos:**

- Resocialización del paciente y prevención de complicaciones.

- *Prevención de secuelas funcionales:*

Movilización precoz.

Importancia de los vendajes.

- *Prevención de secuelas estéticas:*

Cirugías correctoras.

Uso de prendas de presoterapia.

Parches de silicona, si precisa.

Importancia de los cuidados de la piel ( hidratación, protección solar..).

- *Prevención de las secuelas psíquicas:*

Apoyo psicológico para la aceptación de la nueva imagen corporal y reintegración social / laboral.

**MATERIAL Y METODO**

Se realizó como base para la realización de este plan de actividades enfermeras ante un paciente quemado una revisión bibliográfica ( referencias bajo especifica-

das), así como los protocolos internos de la propia unidad y la experiencia profesional, siendo este el primer paso dado para la posterior creación del plan de cuidados estandarizado al paciente quemado.

- **Ámbito:** Unidad de Quemados. HGU de Alicante.
- **Referencias bibliográficas:**
  - Díaz Aguilar, P. “ Manual CTO de Enfermería” ED. CTO 2000.
  - Gómez P. Y Moreno C. IV Curso sobre quemaduras. Hospital Vall D’ Ebrón 2002.
  - Granados B. Y González F “ Preparación del lecho de la herida . Quemaduras” Smith & Nephew S.A. 2004.
  - Algarra B. “ Cuidados de Enfermería al paciente quemado “ Curso de quemados E.V.E.S. 2000.
  - López Corral, JC “ Actuación de Enfermería ante las úlceras y heridas” Universidad Complutense de Madrid. Laboratorios Knoll. 1992.
  - Gómez P.,Palao R., Crisol F., “ Quemaduras. Guía práctica para Atención Primaria” 1ª Ed. 2000.
  - García V. , “ Quemaduras. Tratamiento de Urgencia” Duphar Farmacéutica, 1993.
  - Stacy, K. “ Enfermería Medico – Quirúrgica “. Ed. Paradigma, 1996.

## **CONCLUSIÓN**

Pretendemos que otros enfermeros dispensadores de cuidados posean los conocimientos y conozcan los recursos necesarios para enfrentarse a los desafíos que supone la atención a un paciente quemado.

Es nuestro deseo que los profesionales de la salud puedan encontrar en él los elementos concretos que precisen, siendo conscientes de que la atención a un paciente quemado siempre se hará de forma individualizada e integral.



# ***ESTRATEGIAS DE CUIDADOS AL RECIÉN NACIDO PRETÉRMINO DE BAJO PESO: INTERVENCIÓN SOBRE FACTORES ESTRESANTES***

***(HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE)***

***M<sup>a</sup> Teresa Quesada Pastor, Encarnación Romero Sellés***

## **INTRODUCCIÓN**

El avance y desarrollo de los cuidados intensivos neonatales han permitido que sobrevivan niños muy inmaduros, un gran desafío para el equipo Neonatal, tanto desde la perspectiva de seguir disminuyendo la mortalidad, como mejorar las condiciones de vida de los Recién Nacido de bajo peso.

Los factores biológicos que influyen en el pronóstico del recién nacido pretérmino son diversos: edad gestacional, peso al nacer, sexo, infecciones, lesiones de la sustancia blanca cerebral (hemorragia, isquemia). Sin embargo existen otros factores que influyen en gran forma en el desarrollo final del niño y que no siempre han sido suficientemente valorados, algunos de estos factores son el entorno ambiental (luz, ruido, etc) de las unidades de cuidados intensivos neonatales<sup>5</sup> y el entorno sociofamiliar.

El nacimiento del recién nacido pretérmino se produce en un momento muy precoz del desarrollo del SNC, esta gran inmadurez favorece que la estimulación sensorial que reciben los distintos órganos, así como el impacto del ambiente físico en que se desarrolla en una UCI neonatal (ruidoso, brillante, luminoso, con continuas interrupciones de sueño), comparado con el que sería su ambiente intrauterino, sea muy importante, mayor que a cualquier otra edad. A todo ello se añade un nuevo estímulo, típicamente extrauterino como es el dolor, capaz de interferir directamente en la organización del SNC.

Los grandes inmaduros no están preparados ni son capaces de responder de una manera organizada a tantas agresiones.

En los últimos años se ha generado suficiente información sobre el efecto positivo que la modificación del entorno ambiental y una mayor atención a la familia podría ejercer en el pronóstico evolutivo del recién nacido pretérmino. Ello ha motivado que surja una nueva corriente llamada “cuidado del desarrollo” (developmen-

tal care), cuyo objetivo fundamental es el logro de un estado de desarrollo óptimo para el recién nacido pretérmino en el que primen la estabilidad y el equilibrio fisiológico, neurológico y comportamental.

El NIDCAP<sup>6</sup> (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), originado en Boston hace aproximadamente 20 años a partir de los trabajos de la Dra. Als y colaboradores<sup>1,2</sup> es un programa de intervención basado en observaciones estructuradas del niño, tiene la particularidad de individualizar los cuidados de cada recién nacido pretérmino a partir de la observación de sus conductas antes, durante y después de los procedimientos de cuidado. Sus objetivos son:

- Reducir los factores estresantes.
- Estructurar las actividades de cuidado en respuesta a las claves de conducta del niño.
- Implicación de la familia.

La existencia de resultados clínicos en diversos estudios randomizados, avalan la aplicación de este tipo de cuidados, tanto en relación a una mejoría del pronóstico (menor dependencia del respirador, mejoría en la ganancia de peso, acoplamiento más precoz al pezón, mejorías en la función cerebral, menor número de apneas y días de antibióticos) <sup>1,2,3</sup> como en términos de coste-eficacia, todos ellos corroborados por estudios de investigación (Westrup et al.<sup>4,8</sup>).

Nuestro objetivo es adaptar la UCIN a las características y necesidades del prematuro y crear un ambiente apropiado, favoreciendo su desarrollo físico y emocional, por lo que hemos desarrollado un plan de cuidados de enfermería para que la adaptación sea lo más natural posible, logrando que su desarrollo no se vea interferido.

### **Objetivo general:**

- Realizar un plan de cuidados adaptado a las características fisiológicas del recién nacido pretérmino, disminuyendo factores estresantes, así como transformar la unidad de cuidados intensivos neonatales en un medio más favorecedor, adecuado a las necesidades del niño.

### **Objetivos específicos:**

- Reducir morbilidad y mortalidad.
- Mejorar calidad de los cuidados atendiendo las necesidades del RNPR.
- Modificar rutinas y procedimientos.
- Promover la atención individualizada.
- Adaptar el ambiente para reducir factores estresantes.
- Prevenir dolor y proporcionar confort.
- Favorecer el desarrollo físico y emocional de los grandes prematuros.
- Facilitar el vínculo paterno – filial e integrar a los padres en el cuidado del niño.

### **ESTRATEGIAS DEL CUIDADO NEONATAL (programa NIDCAP)<sup>6</sup>:**

Modificaciones ambientales	Luz, ruido, temperatura, humedad, actividad, fomentar sueño, reposo.
Cuidado postural	Flexión, contención, nidificación, confort, prono o lateral.
Concentrar actividades	Optimizar preparación. Mínima manipulación. Facilitar recuperación.
Padres. Familia.	Entender las señales del niño. Reconocer sus necesidades. Participar en su cuidado.
Manejo del dolor	

### **LAS INTERVENCIONES IRÁN ENCAMINADAS A PROPORCIONAR (Sparshott<sup>7</sup>):**

- Seguridad y Confort.
- Desarrollo adecuado.
- Descanso y sueño.
- Comunicación.

#### **SEGURIDAD:**

El niño no debe sentirse agredido por el medio que le rodea, los cuidados serán lo menos agresivos y en el menor tiempo posible, se recomienda que cada manipulación no exceda de 30 minutos. A la vez hay que vigilar estrechamente la temperatura, humedad, ruido y luz.

#### **CONFORT INDIVIDUALIZADO:**

El niño no debe sentir dolor. Las experiencias adversas del RN prematuro en el hospital pueden ser causadas por dolor, molestia y/o incomodidad. Muchas de estas experiencias son intercambiables, dependiendo del niño, de su edad gestacional, condición física y de su estado de conciencia, lo que un niño puede percibir como doloroso, puede que sólo sea incómodo para otro.

Utilizar medidas simples de confort como el uso del chupete para succión no nutritiva, posturas en flexión con "barreras" y administrar sacarosa oral, siempre que sea posible, para procedimientos menores.

## **DESARROLLO ADECUADO:**

El recién nacido necesita crecer y aprender.

- Al ingreso y durante algún tiempo en el caso del niño de alto riesgo fisiológicamente inestable necesitará “manipulación mínima” pero en otros momentos, cuando esté estable y con organización en su comportamiento (alerta, tranquilo,..), precisará estímulos que fomenten su desarrollo<sup>11</sup>.

## **DESCANSO Y SUEÑO<sup>13</sup>:**

Cada vez más datos indican que el sistema cronológico circadiano es un sistema homeostático fundamental que puede influir sobre el comportamiento y la fisiología humana a lo largo del desarrollo. Después del nacimiento, el sistema circadiano madura progresivamente, con desarrollo de ritmos diurnos y nocturno en patrones de sueño y vigilia, temperatura corporal y de secreción hormonal. El marcapasos circadiano debe ser reajustado todos los días, de no ser así el reloj endógeno perdería su coordinación.

Los lactantes prematuros están privados de varios factores de ajuste materno. Esta falta de ajuste, así como la atención e iluminación extrauterina irregular en la UCIN puede generar alteraciones en el sueño, la temperatura corporal, la alimentación y en otros ritmos biológicos en los niños pretérmino. Por ejemplo, el trabajo de Mann y col (1986), demuestra que el cuidado de un grupo de niños en la UCIN, en un régimen cíclico día/noche, era beneficioso en patrones de sueño y crecimiento.

Toda manipulación deberá adaptarse para respetar los períodos de sueño. El promedio de interrupciones que recibe un recién nacido en UCIN es de 200 veces al día. Se trata de establecer un horario para evitar despertares sucesivos que alteren su patrón de sueño. Cuando el niño está en sueño ligero muestra menor oxigenación que cuando está en sueño profundo. El ambiente de la UCIN no le permite alcanzar un estado de sueño profundo, si a esto le sumamos las continuas intervenciones, da como resultado significativas y prolongadas reducciones en la oxigenación. El respeto de los episodios de sueño es fundamental para permitir la organización de SNC y su adecuado desarrollo.

Las manipulaciones serán más frecuentes durante el día y más espaciadas por la noche, el resto del tiempo los controles serán por medios no invasivos.

## **COMUNICAR:**

- Dejar que exprese sus necesidades y satisfacerlas.
- Cuidado individualizado.
- Facilitar la relación de los padres con el niño.

## CATEGORÍA DE LOS CONTACTOS – ESTÍMULOS DEPENDIENDO DEL GRADO DE ESTRÉS

Contactos beneficiosos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactos con padres y personal enfermería</li> </ul>
Contactos perjudiciales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inserción catéter umbilical.</li> <li>• Manipulación tubo endotraqueal.</li> <li>• Cambio sonda orogastrica-nasogástrica.</li> <li>• Extracciones venosas y cambio de vías.</li> <li>• Examen físico y manipulación.</li> </ul>
Otros contactos no invasivos:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentación por sonda orogástrica.</li> <li>• Control de temperatura.</li> <li>• Control de tensión arterial.</li> <li>• Administración de medicación I.V.</li> <li>• Aseo-Baño.</li> <li>• Cambio de pañal-ropa.</li> <li>• Estimulación sí apnea/bradicardia.</li> <li>• Auscultación.</li> </ul>

Entendemos por técnica agresiva (contactos perjudiciales) aquella actuación, generalmente invasiva, que provoca en mayor o menor grado molestia, sufrimiento y sobre todo dolor en el RN. Estas actuaciones son necesarias en la UCIN, pero se debe valorar siempre la relación riesgo-beneficio, la posibilidad de analgesia y/o sedación, y otras alternativas menos dolorosas.

### ESTRATEGIAS DE CUIDADO

#### **TEMPERATURA**<sup>11, 14.</sup>

Las intervenciones irán encaminadas a mantener un Ambiente Térmico Neutro (ATN)<sup>11</sup>: hace referencia a los límites precisos de la temperatura ambiental en los cuales el RN no necesita incrementar ni disminuir la producción de calor por arriba de los niveles naturales de reposo, y que muestra consumo mínimo de O<sub>2</sub>.

#### **Objetivos:**

- Prevenir la hipotermia, el estrés por frío y la hipertermia.
- Conseguir un Ambiente Térmico Neutro<sup>11</sup> (ATN)

#### **Intervenciones:**

- Diseñar la UCIN para proporcionar una temperatura ambiental de 22-26 °C y una humedad relativa de 30-60%, evitando la condensación en las paredes y superficies de las ventanas<sup>15</sup>.

- Mantener la incubadora en servo control y que el calentamiento del RN sea lento y progresivo.
- En RN hipotérmicos que están en servo control, se produce un sobrecalentamiento del aire de la incubadora en poco tiempo, por lo tanto se consigue un mejor ATN pasando a control aire y modificando la temperatura cada 30-60'.
- Colocar sensor en la línea media abdominal entre apéndice xifoides y ombligo, adherido a la piel, sin cubrir ni apoyar al RN sobre él, siempre visible, evitando zonas óseas.
- Programar temperatura del aire inspirado a 37 °C. Vigilar agua.
- Utilizar siempre material precalentado dentro de la incubadora.
- Colocar de gorros y patucos.
- Mantener postura en flexión para disminuir la superficie corporal y la pérdida de calor.
- Realizar los procedimientos a través de las entradas de la Incubadora. No abrir la puerta principal (inserción de vías etc.).
- Durante las manipulaciones prolongadas se aconseja pasar la incubadora a control aire y subir la temperatura 0.5 - 1 °C, para evitar enfriamiento y/o calentamiento. Finalizada la manipulación se volverá a servo-control. Si se abre la incubadora se aplicará una fuente de calor.
- Vestir al RN cuando sea posible.

### **HUMEDAD.**

Debido a la inmadurez del estrato córneo de la epidermis y a una relativa gran área de superficie en relación con el peso corporal, el RN pretérmino pierde grandes cantidades de calor por el proceso pasivo de evaporación, conocido como pérdida de agua transepidermica.

Las reducciones en la pérdida de calor por evaporación pueden lograrse añadiendo altos niveles de humedad al aire circulante del niño.

### **Objetivos:**

- Evitar pérdidas de agua por evaporación (pérdida transepidermica).
- Controlar la humedad ambiental para mantener un ambiente termoneutral.

### **Intervenciones:**

- Mantener los tres primeros días de vida el grado de humedad al 80% (no-condensación).
- Comprobar niveles de agua y temperatura del calentador del respirador y de la incubadora.
- Administrar oxígeno humidificado y caliente.

### **CONFORT:**

Para conseguir el máximo confort actuaremos sobre el niño y sobre el medio ambiente, adecuando las manipulaciones a sus respuestas.

**CONDUCTAS MANIFESTADAS POR EL PREMATURO**  
(adaptadas de Als)<sup>10</sup>

Conductas de estrés:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apneas y bradicardias.</li> <li>- Cambios de coloración,</li> <li>- Hipotonía.</li> <li>- Arqueo de tronco.</li> <li>- Extensión de brazos y piernas.</li> <li>- Extensión de dedos.</li> <li>- Temblor.</li> <li>- Nauseas, hipo.</li> <li>- Irritabilidad.</li> <li>- Desviación de la mirada.</li> </ul>
Conductas de equilibrio:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiración y pulso estables.</li> <li>- Cuerpo recogido.</li> <li>- Extremidades flexionadas y cercanas al tronco.</li> <li>- Aproximación de manos a la boca.</li> <li>- Manos en puño.</li> <li>- Succión de mano o chupete.</li> <li>- Mirada enfocada.</li> <li>- Estados de sueño y alerta definidos</li> </ul>

**Objetivos:**

- Identificar estímulos y factores que producen estrés.
- Interpretar e identificar las diferentes conductas que manifiesta el niño (cuadro 1), reflejo de su estado neuro-comportamental en un momento dado.
- Reducir, regular y sincronizar adecuadamente los estímulo y factores estresantes que existen en el entorno de UCIN.

**Intervenciones:**

- Observar al RN cuando se produzca situación de estrés y proporcionar “tiempo muerto” hasta que vuelva a su estado de equilibrio.
- Evitar despertares bruscos, facilitándole la transición de sueño a vigilia, hablándole y tocándole con suavidad, antes de iniciar cualquier intervención.
- Utilizar activamente las manos del cuidador para contener adecuadamente el cuerpo del niño en la posición correcta, sobre todo después de manipularlo. Esta técnica se denomina “containment”
- Proporcionar técnicas de consuelo, hasta que el niño se calme:
  - Realizar caricias en la frente desde la línea del pelo hacia las cejas o en la parte superior de la cabeza.
  - Estimular succión no nutritiva: ofrecer chupete de tamaño y forma apropiada, permitir que se lleve la mano a la boca.

- Ofrecer la posibilidad de asirse a algún elemento, dedos del cuidador o extremo de una sábana.
  - Mantener durante las intervenciones, las extremidades en posición de flexión con las manos o envueltas con una sabanita, así como permitir que se lleve las manos a la cara. Seguir con las medidas de consuelo hasta que se calme.
- Vestir al niño tan pronto como sea posible, o bien cubrirlo con una sabanita.
  - Establecer límites físicos con ayuda de superficies estables, bien con rodillos hechos con sabanas o toallas o bien con “nidos”, evitando así la inseguridad del niño. Han de ser de tamaño adecuado, que permitan la sujeción eficaz del cuerpo y las extremidades, sin impedirle la movilidad.
  - Realizar maniobras de contención y recogimiento tales como envolverlos, agarrarles de los dedos o manos, cruzarles las manos en la línea media, mientras se les manipula, lo que les ayuda a la autorregulación, incrementa la sensación de seguridad, quietud y autocontrol y mejora la tolerancia al estrés.
  - Colocar almohadilla escapular (aumenta la capacidad torácica, evita la retracción de los hombros y ayuda a estar más cómodo en prono). Su tamaño será igual que la medida hombro-hombro.
  - Proporcionar lecho blando, utilizar colchones de gel o agua, evitando deformidades óseas y úlceras en la piel.
  - Realizar cambios posturales frecuentes.
  - Comprobar que las manos del cuidador están calientes antes de manipular al RN.
  - Estimular suavemente en las pausas apneicas y/o bradicardias.

## **POSTURAS ADECUADAS**

El posicionamiento busca el confort del niño y la postura funcional. La postura que desea el niño es la que le permita: conseguir el mejor sueño, comunicar sus necesidades, interactuar con sus cuidadores cuando este dispuesto, y ser más competente en la regulación de sus funciones fisiológicas para conseguir estabilidad y conservación de energía.

### **Objetivos:**

- Estimular la flexión activa del tronco y extremidades (facilita la actividad mano boca).
- Conseguir una rotación activa de la cabeza y evitar aplanamiento (cabeza redondeada).
- Conseguir posturas más simétricas.
- Facilitar movimientos antigravitatorios.
- Estimular la exploración visual del entorno (cabeza-línea media)
- Mantener un grado necesario de flexión, que posibilita mayor autorregulación y autotranquilización que a su vez ayuda en la Intervención de la conducta.

**Intervenciones:**

- Mantener la correcta alineación del cuerpo cuando se le manipula o se le cambia de posición, especialmente al rotarlo de prono a supino o viceversa: el cuerpo ha de mantenerse recogido, no arqueado, con las extremidades flexionadas siempre hacia la línea media evitando la abertura y extensión del tronco y extremidades.
- Realizar los cambios de posición, rotación y la manipulación de forma gradual evitando movimientos bruscos.

**Prono:**

Es la posición más cómoda y preferente para el niño, facilita la flexión, disminuye el área corporal, facilita el control de la cabeza y el acercamiento de manos a la boca, así como la oxigenación.

*Técnica:*

- Caderas y rodillas dobladas con las rodillas debajo de las caderas, éstas más altas que los hombros,
- Brazos flexionados con las manos cerca de la boca para facilitar la succión,
- Almohadilla escapular debajo de los hombros

**Lateral:**

Facilita la flexión, favorece la actividad de la mano en la boca y evita la posición de arqueo.

*Técnica:*

- Caderas y rodillas flexionadas.
- Brazos suavemente flexionados hacia los hombros.
- Cabeza en línea con el cuerpo o un poco flexionada.

**Supino:**

Los bebés prematuros que están colocados en supino, están a veces extremadamente agitados, batiendo brazos y piernas, taquicárdicos y gastando una preciosa cantidad de energía y calorías, además, con esta postura se dificulta la flexión y se facilita la extensión. En lugar de medicación estos niños pueden estar calmados si se les coloca en un “nido” de sábanas con las extremidades flexionadas dentro de ese útero artificial.

*Técnica:*

- Caderas y rodillas un poco flexionadas hacia el abdomen.
- Hombros hacia adelante, colocando almohadilla escapular y manos sobre el pecho o el abdomen.
- Brazos y piernas simétricas.

La American Academy of Pediatrics (APP) (1996) destaca que las posiciones de decúbito dorsal y lateral hacen que el niño esté expuesto a un menor peligro de síndrome de muerte infantil súbita (SIDS), sin embargo reafirma que dichas directrices tienen como destinatarios solamente a los neonatos sanos<sup>11</sup>.

## **Posición de la cabeza en supino:**

### *Técnica:*

- Mantener la cabeza del niño en la línea media o lo más cerca posible. Esto disminuirá la presión intracraneal .
- Asegurar una correcta posición de la cabeza durante la RX de tórax, para evitar errores en la posición del TET, que pueden estar relacionados con la posición de la cabeza.
- Evitar flexionar la cabeza, ni siquiera para una punción lumbar debido a que aumenta la presión intracraneal.

## **AMBIENTE EN LA UCI: LUZ Y RUIDO**

El ambiente tradicional en la UCIN se ha caracterizado por tener constantemente luz intensa y niveles de ruidos elevados, sin diferenciar entre día y noche.

### **LUZ**

Los niños nacidos prematuramente tienen mayor riesgo de padecer defectos visuales y

problemas de procesamiento visual, que es consecuencia de su prematuridad.

La retina es una parte del sistema nervioso central, que los neurobiólogos del desarrollo la han establecido como una ventana clínica para la maduración de muchas estructuras, la exposición a la luz intensa puede representar un peligro a la retina en vías de desarrollo, así como afectar a la organización cortical visual.

La cantidad de luz que llega a la retina depende de factores físicos de la luz (fluorescente, natural, radiación óptica, luz directa, variaciones estacionales, etc.) y factores fisiológicos derivados de las características de las estructuras visuales del pretérmino (párpados, no hay constricción del iris antes de las 30-34 semanas y medios de transmisión oculares)<sup>6, 13</sup>.

En la 5ª Conferencia de Consenso sobre el diseño de UCI Neonatal (2002) el Comité Americano para Establecimiento de Patrones, recomienda para el diseño de la UCI neonatal<sup>15</sup>:

1. Debe de haber, por lo menos, una fuente de luz natural visible en las áreas de UCIN. Los cristales de las ventanas deben de tener aislante, se equiparán con dispositivos de color neutro u opaco para minimizar la intensidad de la luz y diseñarse para evitar la luz del sol directa sobre el niño, fluidos IV, o pantallas de monitores.

2. Las ventanas al exterior proporcionan un beneficio psicológico importante para el personal sanitario y las familias, la luz natural es la iluminación más deseable para realizar los cuidados.

3. La incubadora se situará por lo menos a unos 61centímetro de las ventanas, para minimizar la pérdida de calor radiante.

4. Niveles de iluminación ambiente ajustables en un intervalo de 10 a 600 lux

5. Iluminación para los procedimientos independiente en cada unidad de UCIN, con el fin que no afecte a los demás niños

6. Se prohíbe la iluminación directa a la vista del niño. Hay evidencia considerable de que los bebés son incapaces de reaccionar ante una luz directa constante

7. Dispositivos de luz artificial regulables.

**Objetivos:**

- Prevenir Morbilidad.
- Disminuir la intensidad lumínica: evitar luces intensas, brillantes y directas.
- Favorecer el descanso.
- Respetar ritmos circadianos.

**Intervenciones:**

- Proteger y cubrir parcialmente la parte superior y los lados de la incubadora con sábana de colores suaves, sobre todo durante la noche.
- Evitar la luz directa sobre la cara del niño.
- Establecer premeditadamente “horas quietas”, según rutina de la unidad: periodos en los que la actividad de la unidad se reduce al mínimo, así como la luminosidad y el volumen de voz, permitiendo el descanso.

**RUIDO.**

Es conocido que el aprendizaje auditivo ocurre antes del término de la gestación. Se ha comprobado la existencia de respuestas auditivas corticales evocadas desde las 25 semanas de gestación, a medida que aumenta la edad gestacional aumenta la complejidad de las ondas y disminuye la latencia<sup>16</sup> y que la experiencia de la voz materna in-útero capacita al recién nacido para reconocer la voz de su madre y el lenguaje que ella usa.

El desarrollo y maduración normal del sistema sensorial del oído en los niños prematuros, ocurre en una unidad de cuidados intensivos caracterizada por un ambiente ruidoso de sonidos transmitidos por el aire, (a diferencia de los intrauterinos) que pueden ser continuos, impredecibles y fuertes incluso para adultos.

Los prematuros son particularmente sensibles a ruidos intensos por la inmadurez del caracol y del órgano Corti, estructuras con gran sensibilidad. El ruido excesivo o los ruidos fuertes y agudos pueden dañar las delicadas estructura auditivas del niño, con riesgo de pérdida auditiva neurosensorial, agravada en ocasiones por la propia enfermedad y medicaciones.

Los efectos adversos en el niño en relación a ruidos intensos y repentinos pueden producir agitación, llanto o ambas manifestaciones y con ello signos fisiológicos de estrés como interferencia en el sueño, episodios de desaturación y aumento de presión intracraneal.

En la 5ª Conferencia de Consenso sobre el diseño de UCI neonatal (2002) el Comité Americano para Establecimiento de Patrones recomienda<sup>15</sup>:

- La combinación de sonido continuo de fondo y sonido transitorio, en cualquier espacio de UCIN o área de cuidado, no excederá una media horaria de 50 dB.
- Sonidos intermitentes máximos no excederán 70 dB,
- La disminución del ruido en una UCIN está bajo el control del personal, producir un ruido del fondo mínimo y evitar ruido ocasional.

**Objetivo:**

- Prevenir morbilidad.
- Disminuir la intensidad acústica y evitar ruidos intensos.

- Favorecer el descanso.
- Respetar ritmos circadianos.

### **Intervención:**

- Cerrar las puertas y ventanillas de la incubadora con suavidad.
- Disminuir el ruido en el interior de la incubadora, cerrando los sistemas de aspiración y evitando la acumulación de agua dentro de las tubuladuras del respirador y del oxígeno.
- No apoyar objetos (biberones, carpetas) ni golpear con los dedos directamente sobre la incubadora.
- Fijar adecuadamente los límites de alarmas y responder rápidamente cuando éstas suenen.
- Utilizar la función “suspende alarma” mientras se está manipulando activamente al niño, siempre que tengamos ante nuestros ojos tanto a él como las cifras del monitor.
- Hablar suavemente alrededor del niño (relevos, visita médica, etc).
- Evitar choques de mesillas, papeleras, soportes del suero o bombas contra la incubadora.
- Apagar aparatos de radio en la UCIN.
- Evitar el ruido que se hace al tirar material pesado (cristal en las papeleras vacías).
- Evitar cerrar fuerte las puertas de los muebles.
- Reducir el volumen de voz dentro de la unidad y evitar llamadas a voces de un extremo a otro de la misma..
- No abrir ruidosa y bruscamente el equipo estéril (gasas, etc.) al lado de la cabeza del prematuro.
- Utilizar carteles o señales de silencio para concienciar al personal sanitario y a los familiares.

### ***DOLOR:***

La International Association for the Study of Pain ha definido el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada a una lesión tisular real o potencial o descrita en condiciones de tal lesión” (Merskey y col., 1979). El dolor siempre es Subjetivo.

Los mecanismos atenuadores del dolor (sistemas inhibitorios, endorfinas) son tardíos en la gestación, por lo tanto el RNPR siente y reacciona exageradamente ante él; además el umbral del dolor sube con la edad gestacional.

Como los neonatos no pueden verbalizar su dolor, dependen de los profesionales sanitarios para evaluar y tratar el estrés y el dolor en los neonatos, mediante la valoración de las respuestas fisiológicas (cambios de la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, la presión arterial, la saturación de O<sub>2</sub>, el tono vagal, la sudoración, etc.) y del comportamiento (expresión facial, movimientos corporales o llanto) asociadas al neonato<sup>16</sup>.

¿Qué causa dolor a un recién nacido?

Estímulos dolorosos que se realizan durante el cuidado con fines diagnósticos o terapéuticos, procedimientos de cuidados o exploraciones, sin olvidar el dolor continuo por situaciones patológicas.

**Objetivos:**

- Identificar y conocer las reacciones conductuales y fisiológicas al dolor.
- Prevenir, limitar o evitar estímulos nocivos innecesarios (acústicos, visuales, táctiles o posturales).
- Minimizar los procedimientos dolorosos o estresantes
- Favorecer el bienestar del neonato y la familia.

**Intervenciones:**

- Identificar las señales de estrés y responder a ellas variando el ritmo de las manipulaciones, permitiendo pausas entre un cuidado y otro, colocándolo en una posición correcta, etc.
- Ayudar al niño a calmarse tras un estímulo doloroso utilizando la técnica de “containment”, la succión no nutritiva (chupete) y su adecuado posicionamiento, hasta su estabilización.
- Considerar el método menos doloroso en las intervenciones (ejemplo: realizar punción venosa por personal adiestrado puede ser menos dolorosa que la punción de talón).
- Utilizar los protocolos de manipulación mínima, previenen el dolor y prolongan los periodos de sueño.
- Estrategias preventivas:
  - I En una muestra de sangre concentrar muchos exámenes.
  - I Vías centrales cada vez que se pueda.
  - I Evitar monitoreo invasivo en lo posible. Selección de personal competente.
  - I Cintas adhesivas pequeñas.
  - I Equipos y premedicación apropiada antes de los procedimientos dolorosos.

**ESTRATEGIAS DE APOYO A LOS PADRES.<sup>10,11</sup>**

El aspecto clave para que se logre una interacción mutua satisfactoria entre el niño y los padres es establecer un enfoque “centrado en la familia” desde el ingreso en la UCIN.

**Objetivo:**

- Participar activamente y conocer las necesidades en el cuidado de su hijo prematuro.
- Reforzar vínculo paterno-filial.

### **Intervenciones:**

- Explicar la esencia del enfoque que utilizamos y su importancia.
- Favorecer el apego de los padres por el RN explicándoles cuales son las necesidades de su hijo.
- Enseñar la correcta manera de tocar, manipular e interactuar con su hijo, haciéndole comprender sus especiales características e individualidad.
- Definir pequeñas parcelas de participación en los cuidados (cambio de pañal, medición de temperatura, higiene y baño en la incubadora, extracción y almacenamiento de leche materna, etc.) enseñándoles gradualmente a realizarlas.
- Promover el “método canguro” (sujeción del prematuro tapado sobre el pecho de la madre/padre estableciendo contacto piel con piel).

### **CONCLUSIONES:**

Son muchas las responsabilidades de las enfermeras neonatales en el cuidado del niño prematuro, velar por su adecuado desarrollo y satisfacer sus necesidades durante su estancia en la UCIN es una de ellas.

El cumplimiento de este plan de cuidados basado en las estrategias de intervención sobre factores estresantes en el recién nacido pretermino, facilita la adaptación del niño al nuevo medio en el que se encuentra. La optimización de los cuidados podrá dar como resultados:

1. Reducción del estrés ambiental.
2. Mayor nivel de bienestar.
3. Reducción del numero de complicaciones y probablemente un mejor desarrollo neurológico.
4. Establecimientos de ritmos circadianos.
5. Mayor aproximación de los padres a sus hijos.

### **Bibliografía:**

1. Als H, Lawhon G, Brown E, Individualized behavioral and environmental care for the very low birth weight preterm infant at high risk for bronchopulmonary dysplasia: neonatal intensive care unit and developmental outcome. *Pediatrics* 1986; 78:1123-1132
2. H. Als, F. H. Duffy, G. B. McAnulty, M. J. Rivkin, S. Vajapeyam, R. V. Mulkern, S. K. Warfield, P. S. Huppi, S. C. Butler, N. Conneman, C. Fischer, and E. C. Eichenwald Early Experience Alters Brain Function and Structure. *Pediatrics*, April 1, 2004; 113(4): 846 - 857.
3. L. D. Robison. An Organizational Guide for an Effective Developmental Program in the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, May 1, 2003; 32(3): 379 - 386.
4. Björn Westrup, Agneta Kleberg, Kristina von Eichwald, Karin Stjernqvist and Hugo Lagercrantz Individualized Developmental Care and Assessment Program in a Swedish Randomized, Controlled Trial to Evaluate the Effects of the Newborn Setting *Pediatrics* 2000; 105:66-72
5. J Sizun and B Westrup Early developmental care for preterm neonates: a call for more research *Arch. Dis. Child. Fetal Neonatal Ed.*, September 1, 2004; 89(5): F384 - F388.
6. Pilar García Sánchez. Cuidado neonatal con atención al desarrollo. XIX Congreso español de medicina perinatal. Donosita – San Sebastián 2003
7. Sparshott M. Pain, Distress and the Newborn Baby. Oxford: Blackwell Science; 1997.
8. B Westrup, B Bo’hm, H Lagercrantz and K Stjernqvist. Preschool outcome in children born very prematurely and cared for according to the Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP). *Acta paediatr* 2004; 93: 498-507.
9. C. Ribes, F. A. Moraga. Recién nacido: cuidado de la piel. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en dermatología pediátrica. Pag 365-368. En [www.aeped.es](http://www.aeped.es)

10. Siberstein Goldenberg D. Develpmental care. Cuidados de apoyo al desarrollo prematuro. Rev ROL Enf 2003; 26(2): 160-164.
11. Deacon – O’Neill. Cuidados intensivos de enfermería en neonatos. 2ª ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2001
12. [http://www.draeger.com/MT/internet/ES/es/Library/tutor/int\\_tutor\\_pc\\_us.jsp](http://www.draeger.com/MT/internet/ES/es/Library/tutor/int_tutor_pc_us.jsp)
13. Rivkees S, Mirmiran M, Ariagno R. Ritmos circadianos. Pediatrics in review 2004; 25 (1): 29 - 35
14. John P. Cloherty, Ann R. Stark. Manual de cuidados neonatales. 3ª ed. Barcelona: Ed. Lippincott – Raven; 2001
15. Committee to Establish Recommended Standards for Newborn ICU Design. Recommended Standards for Newborn ICU Design. January 2002. Report of the Fifth Consensus Conference on Newborn ICU Design. <http://www.nd.edu/~kkolberg/DesignStandards.htm>
16. Schapira I, Parareda V, Coria M, Roy E. Propuesta de intervención ambiental y en el desarrollo de recién nacidos de alto riesgo. Revisión bibliográfica. Rev Hosp. Mat. Inf. Ramón Sardá 1994; XIII (3): 101-109.
17. American Academy of pediatrics and Canadian Pediatric Society. Prevention and managment of pain and stress in neonate. Pediatrics 2000; 105: 454 – 460.
18. Elorza MD. Dolor en el recién nacido. An Pediatr 2003; 58 (4): 293-5

### **Abreviaturas:**

- Recién nacido: RN.
- Recién nacido pretérmino: RNPR.
- Unidad de cuidados intensivos neonatales: UCIN.
- Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program: NID-CAP.
- Ambiente Térmico Neutro: ATN.
- Radiografía: RX.
- Tubo endotraqueal: TET.



# ***LA COMISIÓN DE DOCENCIA DE ENFERMERÍA DEL H.G.U. DE ELCHE: VALORACIÓN DE SU CONTRIBUCIÓN A LA FORMACIÓN Y LA INVESTIGACIÓN EN LOS PROCESOS DE ATENCIÓN ASISTENCIAL***

***(HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE)***

***Antonio Peña Rodríguez, M<sup>a</sup> Carmen Aliaga Sánchez, Antonia Sánchez Amoros,  
Concepción Porras López***

## **INTRODUCCIÓN**

La continua aparición de avances científicos y tecnológicos obliga a los profesionales sanitarios a la actualización de conocimientos y al reciclaje, que debe ser impulsado por las instituciones sanitarias, mediante planes estratégicos que contribuyan a lograr la mejor asistencia sanitaria posible, dentro de un marco de calidad.

Una de las herramientas indiscutibles para alcanzar este objetivo es la formación continua y el desarrollo de actividades de investigación orientadas a la mejora de la práctica sanitaria de enfermería, que debe englobar todas las dimensiones del paciente (biológica, mental, social y espiritual).

La Comisión de Docencia de Enfermería del Hospital General Universitario de Elche fue creada en 1986 con la misión de apoyar, motivar y promocionar actividades formativas e investigadoras del personal adscrito a la dirección de enfermería. Está formada por 20 miembros cuya pertenencia a la misma es voluntaria y no retribuida. Por otra parte, se podría decir que su evolución coincide, en gran medida, con la propia evolución en la formación de sus integrantes, a través de la cual se han generado nuevas inquietudes y una mayor capacitación para colaborar con los compañeros en el logro de sus proyectos.

En cualquier caso, para conseguir sus objetivos es necesaria la existencia de un buen sistema de comunicación bidireccional que, por una parte, recoja las inquietudes o necesidades docentes e investigadoras sentidas por los profesionales y, por otra, permita la divulgación de la información relacionada con diferentes actividades científicas y formativas (congresos, jornadas, cursos, ...). Para que esta la comunicación

fuera lo más eficaz posible, la comisión viene utilizando diferentes estrategias, tales como, 1) la máxima pluralidad en la elección de sus miembros, con representación del mayor número de categorías profesionales y de servicios posible, 2) la distribución y asignación de los diferentes servicios del hospital entre estos miembros, constituyéndose como a modo de referente, y 3) la emisión, desde noviembre de 2003 y con periodicidad bimensual, de un boletín de enfermería.

El procesamiento de la información generada, tanto en uno como en otro sentido, se realiza a través de reuniones mensuales en la que cada miembro de la comisión transmite las necesidades de formación de los servicios que coordina y recoge información al respecto. En ocasiones, estas reuniones coinciden con la jornada laboral por lo que es justo reconocer y agradecer la colaboración de los compañeros que quedan en el servicio asumiendo una mayor carga asistencial.

Por otro lado, la necesidad de conocer las demandas de formación para el próximo año, para solicitarlas a la EVES, y una amplia reflexión y debate sobre el resultado de las actividades que desarrolla la comisión, dentro de una línea de mejora de la calidad, hizo que nos planteáramos como objetivo general conocer si nuestra contribución estaba cumpliendo con la misión propuesta, y como objetivos específicos conocer: 1) la asistencia a cursos y/o congresos durante el año 2003, 2) las propuestas de actividades formativas a realizar y los horarios de preferencia, 3) la consideración que se le da a la investigación, 4) el grado de conocimiento de la comisión, 5) el grado de conocimiento y opinión sobre el boletín informativo, 6) las publicaciones científicas conocidas y leídas, 7) el grado de conocimiento de las publicaciones de enfermería de la biblioteca del hospital, 8) posibles sugerencias.

## **METODOLOGÍA**

Con el fin de alcanzar los objetivos propuestos y tras una tormenta de ideas y sucesivas discusiones sobre su finalidad y contenido, se diseñó una encuesta "ad hoc" de carácter exploratorio en la que, además de datos generales (profesión, edad, sexo, año de finalización de estudios, turno, unidad, tiempo trabajado y relación laboral), se incluyeron preguntas abiertas y cerradas, referentes a los aspectos de interés referidos en los objetivos específicos (Anexo).

Con posterioridad fue distribuida por los miembros de la comisión a los profesionales y servicios de los que eran referente, y cumplimentada por éstos de forma voluntaria, durante los meses de febrero y marzo de 2004.

Una vez recogidos los datos se realizó un estudio descriptivo y comparativo con el paquete estadístico SPSS 11.5 para Windows. Se han considerado como estadísticamente significativos valores de  $p$  inferiores a 0,05.

## **RESULTADOS**

De las más de 400 encuestas repartidas en todas las unidades de enfermería se recogieron un total de 121 correspondientes a 16 servicios, con un grado de cumplimiento irregular. La edad media de los encuestados es de 35 años con una desviación típica de 8,76 (rango 21 a 53); el año de finalización de los estudios tiene una media de 1991 (+ 8,19) con un rango entre 1975 y 2003 y la media de tiempo traba-

jado es de 11,5 años (+ 8,17) oscilando entre menos de 1 y 30 años. Del total de encuestas recibidas, el 66,9% correspondieron a mujeres, el 21,5% a hombres y el resto (11,6%) no presentaban el dato. En cuanto a la profesión, 61,2% había sido cumplimentado por enfermeras, el 30,6% a auxiliares de enfermería y el 3,3% por técnicos (en el 4,9% de las encuestas no aparecía la profesión).

El turno mayoritario era el rodado (64,5%), frente al 19,8% de las mañanas fijas, el 4,1% de las tardes fijas y el 1,7% de otros turnos (el 9,9% de encuestas no presentaban el dato). El 31,4% correspondió a encuestas cumplimentadas por personal fijo y el 63,6 a contratado (el 5% no indicó la relación laboral).

El 56% de los encuestados manifestó haber realizado alguna actividad formativa durante 2003, frente al 36,4% que no había realizado ninguna y un 7,6% que no contestó a la pregunta. De las actividades realizadas, el 43,8% fueron de la EVES en el hospital, el 23,86% actividades propias del centro ajenas a la EVES, el 20,45% actividades de la EVES fuera del hospital y el 11,89% otras actividades. El turno, la categoría profesional o la relación laboral no influyeron en la realización o no de cursos en el 2003.

En cuanto a la asistencia a actividades científicas (jornadas, congresos, ...), el 47% no había asistido, el 29,85% no contestó, y el resto (23,15%) había asistido a éstas. Es significativo que el porcentaje más alto de asistentes a estas actividades sean enfermeras (89%).

En lo referente a la propuestas de cursos a realizar, y dado que se trataba de respuestas abiertas de hasta 5 actividades, se decidió agruparlas por afinidad temática, obteniéndose los siguientes resultados destacables: Técnicas de enfermería (37), Cuidados de enfermería (26), Atención al paciente oncológico (20), Atención al paciente en Urgencias (18), Radiología (16), Informática (16), Relaciones interpersonales, trato al paciente, humanización... (14), Cuidados a pacientes críticos (11), Investigación (9), Gestión (8), Farmacología para enfermería (8), Quirófano (6), Específicos para auxiliares de enfermería (4), Valenciano (3), Prevención riesgos laborales (3). El horario preferido para la realización de las mismas fue de un 9,9% por la mañana, un 39,7% por la tarde, un 15,7% mañana y tarde y un 5,8% que indicaron que dentro de jornada laboral. El 28,9% no indicó nada en el apartado horario.

El 85% de los encuestados consideró necesaria la investigación para su profesión, frente al 2,5% que la considera innecesaria y un 12,5% que no contestó a la pregunta. Solamente el 27,3% indica que utiliza el manual de procedimientos de enfermería, mientras que el 55,4% refiere no hacerlo y el 17,3% no contesta. Estos datos son similares en personal fijo y contratado.

La mayoría de los encuestados conoce la comisión de docencia de enfermería (62%), frente al 28,8% que no la conoce y el 9,2% que no contesta la pregunta, no habiendo diferencias significativas por relación laboral. Sin embargo, sólo el 37,2% conoce su cometido, frente al 51,2% que lo desconocen y el 11,6% que no contesta esta cuestión. Ahora bien, la gran mayoría de los encuestados (76,9%) conoce a los miembros de la comisión, ante un 15,7% que no los conocen o un 7,4% que no contestan. El 81% considera que los grupos de trabajo son útiles para el desarrollo de enfermería, mientras que el 5% indica lo contrario y el 14% no contesta a la pregunta.

Alrededor de la mitad de los encuestados (50,4%) consideran que la información sobre actividades formativas llega bien, el 27,3% que no llega y el 22,3% no contesta. Estos datos varían significativamente de unas unidades a otras. Sólo el 23% indica que ha leído el boletín de enfermería, frente al 57,9% que no lo ha hecho y el 19,1% que no contesta. Sorprende que el 30% considere útil el boletín de enfermería, frente al 0,8% que opina de forma opuesta y el 69,2% no contesta. Al cruzar los datos se observa que no existe relación entre los que consideran útil el boletín de enfermería y los que lo han leído. Es posible que consideren útil la herramienta, aún sin haber leído la editada.

El 56% de los encuestados manifiesta leer publicaciones de carácter científico, en oposición al 22,3% que indica no leer nada y el 21,7% que no contesta. El 22,3% indica que lee publicaciones mensuales. No se aprecian diferencias significativas por relación laboral en cuanto a la lectura y suscripción a publicaciones científicas. Sólo el 17,4% conoce las revistas de enfermería que se reciben en la biblioteca, frente al 59,5% que dicen no conocerlas y el 23,1% que no contestan. Existe una relación significativa entre los que dicen conocer las revistas de la biblioteca y los que leen el boletín. El 53,7% de los encuestados manifiesta que la posibilidad de acceso a revistas on line en la Unidad repercutiría en un aumento en la lectura de literatura científica; el 11,6% no leería más y el 34,7% no contesta.

## DISCUSIÓN

Llama la atención que no haya diferencias entre el porcentaje de personas que ha realizado cursos durante 2003 en función del turno ya que éstos suelen impartirse por la tarde, ni de la categoría profesional, ni de la relación laboral, cuando tradicionalmente se ha pensado que los contratados hacen más cursos para conseguir currículum de cara a oposiciones.

Parece lógico que sea enfermería la categoría que asiste a más actividades científicas (congresos, jornadas), por ser un colectivo más numeroso y por el escaso número de estas actividades para auxiliares de enfermería.

Los cursos solicitados están relacionados básicamente con la función asistencial de los trabajadores, haciendo especial hincapié en la dimensión biológica de la atención al paciente, aunque sin olvidar otros temas.

Otro dato destacable es que, a pesar de su importancia a nivel profesional y legal, el uso que se le da al manual de procedimientos de enfermería es escaso, tanto por personal fijo, como contratado.

La comisión de docencia de enfermería debe mejorar en cuanto a información al personal de enfermería, tanto sobre su existencia, y si sobre todo sobre su cometido. El bajo porcentaje de personal que ha leído el boletín, creemos que es debido al escaso tiempo de implantación previo a la encuesta (sólo había salido dos ediciones), aunque parece mostrarse como un buen vehículo para acercar a los profesionales a las publicaciones científicas que se reciben en el hospital, algo que creemos importante, dado que los porcentajes de hábito de lectura profesional están por debajo de los descritos por Carretero a nivel nacional (56% frente a 74%).

El hecho de que no se haya realizado un muestreo aleatorio, sino voluntario, ha originado que en algunos servicios y categorías profesionales (matronas, fisioterapeutas) la respuesta haya sido escasa o nula, quizás debido a falta de insistencia por el miembro responsable de los mismos o a otros factores ajenos a la Comisión de Docencia de Enfermería tales como malestar general o falta de motivación; hecho que también podría haber influido en la irregular cumplimentación de los cuestionarios. Esto puede haber originado un sesgo de selección que haga que algunos resultados se deban tomar con cautela, aunque creemos que el objetivo general de la encuesta se ha cumplido, ya que ha permitido a la Comisión áreas de mejora.

Resulta llamativo, dada la escasa tradición investigadora de enfermería, el elevado porcentaje de encuestados que consideran necesaria esta faceta de la profesión. Esto plantea la pregunta de porqué no se investiga más, ¿es falta de formación, de información, de tiempo, de motivación?

Cómo reflexión última, podríamos decir que si los profesionales no perciben la necesidad de implicación en proyectos de investigación, no se exige la disponibilidad de profesionales con capacidad para ello, de modo que la comisión sólo tiene un cometido organizador e informador. Ojalá que en próximos trabajos podamos contar que estamos desbordados por la solicitud de colaboración en múltiples trabajos de investigación, pero, por ahora, esto una incógnita.

## **AGRADECIMIENTO.**

Los autores queremos mostrar nuestro agradecimiento al resto de miembros de la comisión de docencia de enfermería y a todos los profesionales anónimos de nuestro hospital, ya que sin su inestimable colaboración hubiera sido impensable la elaboración de este trabajo.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Arcas Ruiz, Pilar. Educación e investigación en enfermería. *Enfermería Clínica*. Vol 7, num 2. Marzo-Abril, 1997.
2. Bautista López, R. Motivación planificada: ¿Es la llave para, elevar el nivel de formación del personal de enfermería?. *Todo Hospital*, nº 195, Abril, 2003.
3. Carretero Díaz, M.A. Aspectos docentes de la atención continuada de la Enfermería Hospitalaria en España. Estudio comparativo: 1993-2003. *Todo Hospital*, num 208. Julio-Agosto 2004.
4. Esteva Saló, Mireia. Perspectivas de futuro para la formación continua. *Rev ROL de Enfermería*, nº 203-204, julio-agosto, 2005.
5. Miralles Ramos, Rosa. La formación continua en el Hospital Vall d'Hebron. *Rev ROL de Enfermería*, nº 207, noviembre, 2005.
6. Ricoy, José R. Moreno, M<sup>a</sup> Teresa. Formación e investigación en enfermería. *Enfermería Clínica*. Vol 7, num 2. Marzo-Abril, 1997.
7. [www.monografías.com](http://www.monografías.com). Introducción a la teoría de las organizaciones.

**ANEXO: Cuestionario o encuesta realizada.**

**CUESTIONARIO SOBRE ACTIVIDADES FORMATIVAS 2003/04**

**ENCUESTA SOBRE "PROGRAMAS DE FORMACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA"**  
(Enfermeras, Matronas, Fisioterapeutas, TE, y Auxiliares de Enfermería)

Con el fin de conocer tu opinión y dar una respuesta real a las demandas de formación de los profesionales de enfermería del Centro, rogamos cumplimentes la siguiente encuesta.

Profesión					Edad	Sexo		Año que finalizó sus estudios
<input type="checkbox"/> ATS/DE	<input type="checkbox"/> Matrona	<input type="checkbox"/> Fisio	<input type="checkbox"/> TE	<input type="checkbox"/> AE		<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M	

Turno (especificar)	Servicio/Unidad	Tiempo trabajado	Relación laboral	
			<input type="checkbox"/> Fijo	<input type="checkbox"/> Contratado

Señala con una **X** la respuesta que más se aproxime a lo que piensas u opinas:

	SI	NO
¿Has asistido a alguna acción formativa (curso o charla) el año 2003?		
En caso afirmativo, indica número ____ y tipo de actividad:		
<input type="checkbox"/> EVES hospital	<input type="checkbox"/> EVES fuera hospital	<input type="checkbox"/> Actividades hospital
<input type="checkbox"/> Otras		
En el 2003, ¿Has asistido a algún congreso, jornada,...?		
En caso de respuesta afirmativa, ¿Cuál/es?		

¿Qué temas propondrías para tu formación? ¿Cómo lo impartirías?

	TEMA	CHARLA	CURSO
1			
2			
3			
4			
5			

¿Qué horario consideras más adecuado para las acciones formativas?

	SI	NO
¿Consideras necesaria la investigación en tu profesión?		
¿Hay alguna faceta de tu trabajo que te gustaría investigar? ¿Cuál?		
¿Utilizas el Manual de Procedimientos de Enfermería habitualmente?		
¿Conoces la Comisión de Docencia de Enfermería?		
¿Estás al tanto del trabajo que realiza?		
¿Conoces a alguno de sus miembros?		
¿Has participado alguna vez como docente en alguna de las actividades formativas del Centro?		
En caso de respuesta negativa, ¿Te gustaría participar como docente?		
¿Crees que son útiles los grupos de trabajo de Enfermería para el desarrollo de la profesión?		
En caso de respuesta afirmativa, ¿En cuál/es estarías interesado?		

Continúa detrás...

	SI	NO
La información relativa a formación (comunicación de admisión a cursos, convocatorias de cursos de la EVES, otras actividades formativas, etc.) ¿Te llega bien?		
¿Has leído el boletín de Enfermería que desde el mes de noviembre llega a tu servicio?		
¿Lo consideras útil?		
¿Qué apartado añadirías?		
¿Qué apartado eliminarías?		
¿Lees algún tipo de publicación sanitaria (libros, revistas,...) relacionada con tu profesión?		

En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿Qué publicación y con qué frecuencia?

	Diariamente	Semanalmente	Mensualmente	Esporádicamente	Nunca
Publicaciones a las que está suscrito:					
Publicaciones que tiene la biblioteca del hospital:					
Revistas sanitarias electrónicas en Internet:					
Otras publicaciones relacionadas con su profesión:					

	SI	NO
¿Sabes qué revistas de enfermería se reciben en la biblioteca del hospital?		
¿Añadirías alguna más? En caso afirmativo, ¿Cuál?		
¿Suprimirías la suscripción a alguna? En caso afirmativo, ¿A cuál?		
¿Crees que el acceso desde tu Unidad a las revistas a través del ordenador haría que leyeras más literatura científica de enfermería?		

¿Qué otras sugerencias harías para mejorar cualquiera de los aspectos comentados en esta encuesta?

**NOTA:** Si estás interesado/a en formar parte de algún grupo de trabajo, en pertenecer a la Comisión de Docencia de Enfermería o participar como docente en algún curso contacta con la Unidad de Docencia (☎79076)

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN.



# ***PROGRAMA DE INFORMACIÓN PERSONALIZADA PARA PADRES EN UN HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA PEDIÁTRICA***

***(HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE)***

***Caridad Vela Morales, Rosa Crespo Martínez, Lola Serna Arias, María Tasso Cereceda***

## **INTRODUCCIÓN**

En nuestra Unidad de oncología infantil, la información a los padres es un objetivo fundamental de todo el equipo .

Desde la puesta en marcha de la unidad, a parte de las explicaciones orales que se daba a los padres, se entregaban unos folletos informativos que abordaban desde una sencilla explicación de la enfermedad de su hijo hasta los problemas derivados de la administración de la quimioterapia.

Esta información es adecuada durante el ingreso, ya que en ese momento de la enfermedad al estar ingresados los niños todas las dudas que surgen pueden ser contestadas in situ. Es cuando se les da el alta hospitalaria, y los padres se implican en solitario al cuidado de su hijo, cuando se genera más ansiedad y se duda más de sus actuaciones ante un determinado problema que pueda surgir.

Consideramos que los padres necesitan una información más ajustada y personalizada al problema concreto y según se vaya presentando; y es en el hospital de día desde donde se puede abordar esta carencia de información, dado que es el momento en que a los padres les surgen más dudas, ya que es cuando tienen que afrontar la enfermedad de su hijo en su medio cotidiano: la casa .

## **OBJETIVOS**

- Diseñar una carpeta que de forma compartimentada permita organizar la información.
- Personalizar los contenidos de la carpeta según las circunstancias de cada niño, para que les sirva de guía de actuación en su domicilio y de ayuda en las rutinas hospitalarias.

## MÉTODO

¿Cómo se llegaron a determinar los contenidos de dicha carpeta?. Para llegar a precisar los contenidos más habituales se utilizaron dos fuentes de información:

- Los folletos de los que se dispone en la Unidad y que se entregan a los padres durante el ingreso.
- Las preguntas más habituales que nos hacen los padres cuando llegan al hospital de día con su hijo o bien de forma telefónica, problemas que les surgen cuando vuelven a sus casas y se les presentan situaciones concretas.

Así se unificaron los contenidos y se han clasificado en: contenidos generales y contenidos específicos.

En la primera visita al hospital de día se entregará a cada familia una carpeta compartimentada donde se archivarán de forma ordenada los informes médicos, citas en consulta o para exámenes complementarios y los contenidos generales. Se irá entregando más documentación cuando se vaya presentando cada problema, situación o pregunta y siempre después de que el personal de enfermería explique y adiestre de forma apropiada y relativa a esta nueva información.

Cada tema que se incluye se formulará como pregunta y se contestará de forma sencilla y clara y no ocupará más de un folio. Los folios serán de diferentes colores, para hacer más atractiva la presentación y facilitar a los padres con dificultades de entendimiento la situación de cada tema en la carpeta.

## RESULTADOS

Finalmente la carpeta quedará ordenada de la siguiente manera:

- Primer apartado para tarjeta de citas en nuestra consulta/hospital de día u otros servicios del hospital.
  
- Un segundo apartado para informes médicos.
  
- A continuación se han incluido como contenidos generales los siguientes:
  1. Ubicación y funcionamiento del hospital de día (folio de color azul).
  2. Aplicación de pomada anestésica tópica (folio de color salmón).
  3. Higiene general (folio de color salmón).
  4. Higiene bucal (folio de color salmón).
  5. Guía sobre alimentación (folio de color salmón).
  
- Consideramos contenidos específicos:
  - I. Recogida de orina (folio de color amarillo).
  - II. Recogida de heces y parásitos (folio de color amarillo).
  - III. Heparinización de cateter Hickman (folio de color rosa).
  - IV. Administración de G-CSF subcutáneo (folio de color verde).
  - V. Pruebas radiológicas generales (Rx torax, ecografías, etc.) (folio de color verde).
  - VI. Tomografía Computerizada (TC) y Resonancia Magnética (folio de color verde).
  - VII. Gammagrafía (folio de color verde).

VIII. Radioterapia (folio de color verde).

IX. Otros, en este apartado se podrán incluir nuevos contenidos específicos que podrán surgir ante nuevas preguntas de los padres o situaciones personales.

## **DISCUSIÓN**

Se ha realizado un diseño de presentación sencillo para que sea de fácil manejo para los padres y de fácil consecución con los materiales habitualmente disponibles en nuestro hospital además de atractivo y económico.

Pensamos que la carpeta de información personalizada puede ser de gran utilidad para los padres: ya que por una parte ayudará a tener todos los documentos del niño unificados y por otra y más importante es que reducirá la necesidad de preguntas repetidas y la ansiedad ante determinadas situaciones.

Todo ello se evaluará tras la puesta en marcha del programa. Una vez comencemos a entregar las carpetas personalizadas registraremos las llamadas telefónicas de consultas de los padres y las compararemos con las que tenemos registradas anteriormente (se tiene previsto comparar el número de llamadas al 1º, 2º, 3º, 4º, 5º y 6º mes del inicio de la atención en el hospital de día), además se podrán comparar el tipo de preguntas anterior y posterior a la entrega de las carpetas ya que estas se registran en el relevo de enfermería o en la hoja de evolución médica.

## **CONCLUSIONES**

La Carpeta de Información Personalizada (CIP) que presentamos puede ser una herramienta eficaz para la mejora de la calidad asistencial en la atención a padres y niños enfermos de cáncer.





## 12. MESA DE TRABAJO N.º 2

Moderada por, **D. Alfonso Navarro Atienza**. Director del Centro de Recepción de Menores de Alicante.

### “CUIDADOS EN LA ADOLESCENCIA”

#### **EL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE MENORES EN LA COMUNIDAD VALENCIANA Y LA PROBLEMÁTICA DE SALUD EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE ATENDIDA POR EL MISMO.**

##### **NORMATIVA APLICABLE**

La protección de menores en nuestro país se rige por el siguiente marco legal:

- Constitución Española: Establece los principios sobre los que se sustentan la política social y económica de los poderes públicos. En ella se recogen los derechos fundamentales y las libertades públicas, extensibles también a los menores.

- Código Civil: Constituye la norma básica de ámbito estatal en materia de instituciones de protección de menores.

- La Ley 21/1987, de 11 de noviembre, por la que se modifican determinados artículos del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil en materia de adopción; y la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor.

La Comunidad Valenciana tiene competencias exclusivas en esta materia según el artículo 31 del Estatuto de Autonomía, desarrollándose esta competencia en las siguientes normas autonómicas:

- Ley 7/1994, de 5 de diciembre, de la Generalitat Valenciana, de la Infancia;

- Reglamento de Medidas de Protección Jurídica del Menor de la Comunidad Valenciana, aprobado por el Decreto 93/2001, de 22 de mayo, del Gobierno Valenciano.

##### **ACTUACIONES Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN**

Las normas jurídicas contemplan dos situaciones de desprotección del menor, que implican un distinto grado de intervención de la Administración:

- Situación de Riesgo: Aquella situación que, por circunstancias personales, interpersonales o del entorno, ocasiona un perjuicio para el desarrollo y bienestar personal o social del menor, sin que sea necesaria la asunción de la tutela por ministerio de la Ley para adoptar las medidas encaminadas a su corrección.

- Situación de Desamparo: Se define como la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material. Estos casos se caracterizan porque la gravedad de los hechos aconseja la separación del menor de su familia.

Ante una situación de desprotección social, la Administración Pública puede adoptar una serie de medidas de protección:

- La ayuda o el apoyo familiar en situaciones de riesgo.

- La guarda del menor: La entidad pública asumirá la guarda del menor cuando previamente haya sido declarado en desamparo, a solicitud de los padres cuando concurren circunstancias graves que impidan a aquellos el cuidado de sus hijos, y cuando lo determine un juez.

- Según el Código Civil, la guarda, con o sin tutela del menor, se realizará a través de alguna de las siguientes medidas:

- El acogimiento residencial del menor.
- El acogimiento familiar del menor.

- La asunción de la tutela por ministerio de Ley, previa declaración de la situación de desamparo del menor, que conllevará siempre la guarda del menor.

## **ENTIDADES PÚBLICAS COMPETENTES**

La Generalitat, como persona jurídico-pública, es la que asume en la Comunidad Valenciana las potestades y facultades de protección del menor, a través de la Dirección General de la Familia, Menor y Adopciones.

A nivel territorial, las citadas competencias se ejecutan a través de las Direcciones Territoriales de Bienestar Social. A ellas les compete el ejercicio directo, dentro de su ámbito territorial, de las facultades que, en materia de protección de menores, tiene atribuidas la Generalitat Valenciana, y, en especial, la declaración de desamparo y la asunción de la tutela.

La legislación vigente también prevé la participación de las entidades locales, a través de los equipos municipales de servicios sociales de los Ayuntamientos o de los servicios integrales de atención a la familia (SIAF).

Además, las instituciones colaboradoras de integración familiar debidamente habilitadas (asociaciones o fundaciones sin ánimo de lucro), pueden colaborar en la realización o ejercicio de algunas actuaciones protectoras.

## **PROTECCION A LA INFANCIA**

- Consiste en garantizar la integración del menor en sus grupos naturales de convivencia, en unas condiciones que posibiliten su participación en la vida familiar, social, cultural y económica, potenciando su desarrollo como individuo.

- La detección y la notificación de las situaciones de maltrato constituyen el inicio del proceso de protección, el cual implica a un conjunto de profesionales bastante heterogéneo como trabajadores sociales, profesionales de la sanidad, psicólogos, fiscales, jueces, maestros, educadores, etc., y con funciones bien diferentes.

## **ACTUACIONES Y COMPETENCIAS DE LOS PROFESIONALES DEL ÁMBITO SANITARIO ANTE EL MALTRATO INFANTIL**

- Las actuaciones y las funciones de los profesionales del ámbito sanitario con respecto al tema del maltrato infantil son múltiples y todas ellas tienen como factor común contribuir a que las necesidades del menor sean cubiertas.

- Fundamentalmente, las responsabilidades de los servicios sanitarios en relación con el tema se pueden resumir en:

- Detección y notificación de los casos de maltrato o sospechas de ello.
- Realización de diagnóstico y provisión de tratamiento médico a las víctimas.
- Seguimiento de menores en riesgo y de familias vulnerables con dificultades en la relación con sus hijos.
- Enseñanza a los padres de pautas adecuadas de crianza infantil.
- Elaboración de informes adecuadamente documentados y fundamentados que puedan ser utilizados para la evaluación del caso por el Servicio Territorial con competencias en Protección de Menores y por el Juez.

Hay que tener en cuenta una serie de recomendaciones para los profesionales sanitarios:

- Es necesaria una formación y experiencia de los profesionales sanitarios en el campo de los malos tratos.
- Se debe actuar sobre la problemática del maltrato desde una perspectiva integral.
- Hay que entender que el maltrato tiene un origen psicosocial.
- Hay que tener presente que el objetivo básico es la protección del menor.
- El menor es un sujeto con derechos y las actuaciones deben ir encaminadas a prevenir todas aquellas situaciones que pueden perjudicar su desarrollo integral.
- Hay que crear desde el principio una relación de confianza con los padres y motivarlos para una intervención psicosocial.
- Se ha de fomentar la coordinación con otros profesionales.
- Se ha de facilitar la transmisión de información.
- Debe disponer de unos instrumentos que permitan recoger de forma ordenada y sistemática las características del maltrato infantil y unos protocolos de actuación que faciliten y sistematicen el tratamiento de estas situaciones.
- Tomarse el tiempo y las seguridades necesarias para estudiar el caso con objetividad.
- Entender que el menor maltratado tiene unas necesidades emocionales importantes y requiere una atención y apoyo especial.

## **LAS FUNCIONES PRINCIPALES EN EL ÁREA CLÍNICA**

### **PERSONAL DE PEDIATRÍA Y ENFERMERÍA DE LOS CENTROS DE SALUD**

El contacto periódico y estrecho que mantienen con los padres y el niño durante la infancia, realizando un seguimiento físico del niño, su nivel de desarrollo general y el cuidado que recibe, permite a estos profesionales observar disfunciones en las relaciones padres – hijos y profundizar en aquellas situaciones sospechosas de malos tratos.

Estos profesionales tienen una función privilegiada en:

- La sensibilización socioeducativa de los padres para establecer unas bases de crianza adecuadas y fomentar relaciones padres - hijos positivas.
- La detección de algún tipo de lesión o secuelas resultantes de abusos o negligencias.
- La detección de retrasos en el desarrollo o problemas de conducta que no obedezcan a causas orgánicas diagnosticables.
- La detección de riesgo a causa de la incapacidad transitoria o permanente de sus cuidados, ya sea por abuso de sustancias, trastornos psicopatológicos, elevado nivel de estrés, problemas físicos y comportamentales importantes en el niño, etc.
- La reducción de las crisis de origen ambiental derivando a los padres al Equipo Municipal de Servicios Sociales, que puede prestar ayuda económica, psicoterapéutica, vivienda, empleo, etc.
- Colaboración en la acción protectora dirigida por otros profesionales:
  - Proporcionando informes documentados sobre el estado de salud del niño, informando sobre la etiología de las lesiones, etc.
  - Proporcionando información periódica acerca de la evolución de la salud del menor al Servicio Territorial competente en la Protección de Menores.
  - Implicándose en la consecución de los objetivos de la acción protectora, como enseñar a los padres a cubrir las necesidades físicas y emocionales de su hijo, reforzar la implicación de los padres en el cuidado de su hijo, etc.

## **PERSONAL SANITARIO HOSPITALARIO:**

La actuación de estos profesionales en los casos de desprotección infantil se centra en:

- La detección de situaciones de abuso o abandono de niños a través de la observación y recogida de información sobre el niño y los acompañantes del menor.
- La detección de situaciones de riesgo en menores hospitalizados mediante la observación del tipo de interacción padres – hijo y de conductas y actitudes individuales de padres e hijos.
- La elaboración de informes documentados sobre el estado de salud del niño y la etiología de sus lesiones dirigidos a los servicios territoriales competentes en la protección de menores y a los juzgados.

## **PROBLEMÁTICA DE SALUD EN MENORES ADOLESCENTES USUARIOS DE LOS RECURSOS DE PROTECCIÓN DE MENORES**

En este período especialmente vulnerable, los temas de salud más importantes son la prevención de abuso de sustancias, la alimentación (especialmente en mujeres); la prevención de accidentes, y los cuidados de la sexualidad.

Los adultos nos preocupamos a menudo por el abuso de sustancias en la adolescencia, heroína, cocaína, y otras drogas "fuertes".

Esas drogas son muy dañinas, pero su uso es ínfimo en comparación con otras sustancias muy perjudiciales como son el ALCOHOL, el TABACO y la MARIHUANA.

La sexualidad y el desarrollo de la identidad sexual son las características más interesantes y atemorizantes en la adolescencia, para los padres y para los hijos.

La información no siempre es adecuada, y no siempre proviene del sitio óptimo que es la familia, a veces pensando que son muy jóvenes, o que se los induce a iniciar relaciones sexuales. El inicio sexual puede producirse no sólo a deseos específicamente sexuales, también a necesidad de aprobación de sus pares, rebeldía, reafirmación de la identidad sexual, necesidad de apoyo y cariño, sometimiento, o simple curiosidad.

Los riesgos de la sexualidad a toda edad son los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. Los adolescentes con su sentimiento de omnipotencia y ansias de explorar, se exponen especialmente sin protección a mayor número de parejas sexuales.

Si durante la niñez la alimentación ha sido uno de las cuestiones que más ha preocupado a los padres, en la adolescencia parece que tendemos a bajar la guardia. La alimentación es tan importante que puede condicionar el estado de salud y el desarrollo del adolescente. Una dieta adecuada puede ser esencial para prevenir trastornos tan importantes como la obesidad, la anorexia o la bulimia.

Mención especial merece el capítulo de los trastornos de conducta en la adolescencia, síntoma de los cuales puede ser alguno de los problemas anteriormente citados.

Esta etapa evolutiva está marcada por los cambios biológicos, y por la aparición de la madurez sexual.

En una adolescencia normal no son habituales más que síntomas ansiosos y depresivos leves. Los trastornos de conducta en esta etapa pueden consistir en: explosiones agresivas severas, actividad vandálica, consumo de sustancias psicoactivas y actividad sexual promiscua.

La tasa de prevalencia del trastorno de conducta que varía entre un 1.5% y 8.7%. Los factores de riesgo para padecer un trastorno de conducta, son:

- el trastorno de conducta es más frecuente en varones.
- para algunos autores las tasas de prevalencia son inversamente proporcionales al nivel socioeconómico, aunque en este punto existe controversias..
- el trastorno de conducta aumenta con la edad.

- la conflictividad en el medio familiar y el bajo rendimiento escolar, son otros dos factores de riesgo.

## **ETIOLOGIA Y PATOGENIA**

- Factores individuales.
- Factores familiares.
- Factores sociales.

Desde el punto de vista de los servicios de protección de menores, los más importantes son los familiares y sociales.

### **- Factores Familiares**

La desorganización del medio familiar, las agresiones físicas entre los padres, la discordia, las agresiones y los déficits emocionales del niño son frecuentes en la historia personal de jóvenes delincuentes, y un aspecto de enorme interés es conocer qué factores asociados determinan que un niño maltratado evolucione o no hacia conductas delictivas.

Es reconocido que los niños imitan las conductas de las que son testigos, es lo que denominaríamos modelaje.

El abuso físico a menudo conduce a la lesión cerebral, la cual a su vez es a menudo asociada con impulsividad y fluctuaciones en el afecto y temperamento.

Finalmente, desde un punto de vista psicodinámico, el abuso físico de un niño fomenta rabia que a menudo es desplazada hacia otros en el entorno del niño.

Concluyendo, las experiencias negativas que el niño tiene durante la infancia, condicionan el momento de aparición de los comportamientos agresivos, las circunstancias en que se dan y la frecuencia con que se presentan. Sin embargo, es bastante probable que determinados factores individuales del niño, cognitivos y emocionales, estén también implicados en el tipo de interacción que se establece entre los padres y los hijos y, en último término, en la génesis de la violencia en el medio familiar.

### **- Factores Sociales**

Existen ciertos correlatos de clase social que son probablemente más importantes que el estatus socioeconómico "per se" en la etiología de la conducta antisocial. Por ejemplo, tamaño familiar, pobre supervisión, y una elevada prevalencia de enfermedad mental y física, están asociadas a bajo nivel socioeconómico. Estos tipos de factores, más que la pobreza por sí sola, serían importantes. La ausencia de acceso a servicios médicos, psiquiátricos y sociales debe ser también considerada.

El rol de la TV en modelar la conducta agresiva ha sido revisado por Eysenk y Nivas (1978), quienes encontraron que un pequeño grupo de chicos socialmente aislados, menos inteligentes y habituales televidentes, están más predispuestos a la violencia y al incremento de su conducta agresiva como resultado de exponerse a programas de TV violentos. Las chicas son marcadamente menos proclives a imitar programas violentos, probablemente porque los modelos de rol violento en películas y TV son varones (Wolf, 1985).

Concluimos diciendo que el rol que la sociedad ejerce en la etiología de la conducta antisocial es complejo. Para el clínico, sin embargo, es esencial no concluir que robos reincidentes, mentiras, llevar armas peligrosas o asaltos son conductas normales adaptativas en minorías de jóvenes que permanecen en condiciones de pobreza. La mayoría de niños socioeconómicamente desaventajados no entran en conflicto con la ley, y no son necesariamente los más agresivos de forma reincidente.

## COMUNICACIONES DE LA MESA:

**Evaluación de una Consulta de Enfermería en el Instituto de Muxamel. ....87**  
(Centro de Salud de Muxamel)

Autores: Pilar Escudero Escanero, Loreto Gomis García,  
Carlos Lozano Quijada.

**En el tratamiento quirúrgico de la hiperhidrosis.  
¿Conviene controlar la temperatura palmar?. ....93**

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: M<sup>a</sup> Jesús Olaso Maquefa, Jorgelina Braña Noya.

**La presencia de Enfermería en la Unidad de Tabaquismo  
del Hospital General Universitario de Alicante. ....97**

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: Inmaculada Lassaletta Goñi, Mercedes Álvarez González,  
Miguel Castells Molina, Santos Asensio Sánchez, Luís Hernández Blasco,  
Vanessa Sevilla Bellido.

**Estudio mediante grupos de discusión de la calidad percibida  
por los usuarios de una planta de Cirugía General. ....103**

(Hospital General Universitario de Elche)

Autores: Luís Herrero Valiente, M<sup>a</sup> Jesús Colomina Rodríguez,  
Teresa Molina Soler, José Almela González.

# ***EVALUACIÓN DE UNA CONSULTA DE ENFERMERÍA EN EL INSTITUTO DE MUTXAMEL***

*Carlos Lozano Quijada, Pilar Escudero Escanero, Loreto Gomis García*

## **INTRODUCCIÓN**

En Junio del año 2000 se celebró la I Semana de la Salud de Mutxamel, organizada por el equipo de enfermería del Centro de Salud, y con la colaboración de la Escuela de Enfermería y el Ayuntamiento de Mutxamel. Como consecuencia de aquella experiencia, y tras valorar la aceptación que los alumnos del instituto de Mutxamel mostraron por los diversos talleres que se organizaron, se comenzó a trabajar en un proyecto con el propósito de acercar la enfermería a este colectivo y poder así incidir de manera regular en sus hábitos de salud. Dada la escasa asistencia de los adolescentes al Centro de Salud, se pensó que la mejor opción era implantar una Consulta de Enfermería en el mismo instituto. Esta consulta no nacería con una función asistencial, si no con la intención de fomentar la Educación para la Salud dentro de este colectivo. Sería finalmente en el curso 2001-2002 cuando, como experiencia piloto, incluimos esta Consulta de Enfermería durante cuatro meses en el Instituto de Mutxamel.

## **OBJETIVOS**

- 1- Cuantificar la respuesta asistencial de los alumnos del instituto de Mutxamel a la Consulta de Enfermería, así como el tipo de asistencia demandada.
- 2- Conocer el grado de satisfacción en cuanto a la consulta de enfermería de los alumnos de 3º,4º de ESO y 1º Bachillerato del I.E.S de Mutxamel.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio descriptivo de tipo cuali-cuantitativo. La población diana fue la totalidad de alumnos del instituto (896), aunque por el rango de edad y disponibilidad de ellos, el trabajo se centró en los cursos de 3º,4º de ESO y 1º Bachillerato. Se decidió así pues los alumnos de 1º y 2º de ESO no poseían la madurez legal y los de 2º de Bachillerato estaban centrados en la prueba de Selectividad. La ubicación de la consulta fue una sala de alrededor de 8m<sup>2</sup>, situada en los planta baja del instituto,

en el mismo pasillo de la conserjería, la administración, y la dirección. La sala disponía de varias mesas y sillas que se colocaron a modo de mesa redonda, un armario con llave donde guardar material, y un panel donde poder colgar información. Para el desarrollo del trabajo un enfermero del centro de Salud de Mutxamel acudió al instituto una vez por semana, dos horas por sesión, durante cuatro meses (de Febrero a Mayo del 2002). Utilizando una planilla elaborada ad-hoc se recogían de cada alumno y consulta: edad, sexo, nº de visita y tipo de información-actuación demandada. Se diseñó también una encuesta de siete ítems elaborada ad-hoc para medir la satisfacción de los alumnos. La encuesta era anónima y solamente quedaba vinculada la edad y el sexo. Se distribuyó en el mes de Junio por la totalidad de los cursos seleccionados como prioritarios (478 alumnos) y se recogieron 303 encuestas, debiéndose las pérdidas a la ausencia de los alumnos, a la mala distribución por parte de los tutores, y la mala cumplimentación.

Los alumnos podían acudir a la consulta de enfermería dentro del horario estipulado con o sin cita. En función de si acudían solos o en grupos, y según el tipo de asistencia demandada, se procedía en modo de charla o taller. Los alumnos acudían por propia iniciativa, sin ser obligados, aunque en alguna ocasión fueron derivados voluntariamente por sus profesores. En función de la consulta se repartía también folletos informativos elaborados por la Consellería, así como preservativos.

Para la divulgación de la existencia de la consulta de enfermería se realizaron reuniones con profesores y alumnos y se colgaron carteles informativos por todo el instituto.

Los datos obtenidos a través de las encuestas de satisfacción se introducen en una base de datos Access y se procede a su análisis estadístico a través del programa SPSS 10.0 obteniéndose frecuencias absolutas y relativas de respuesta. Los datos extraídos de la asistencia a la consulta de enfermería se introducen en una base de datos Excel.

El presupuesto destinado al desarrollo de la consulta de enfermería fue de 0 euros.

## **RESULTADOS**

### *DE ASISTENCIA:*

Considerando que todos los alumnos del instituto tenían la posibilidad de acudir a la consulta, diremos que la población del IES de Mutxamel estaba formada en aquel momento por 896 alumnos (51% chicos y 49% chicas).

- El número de visitas en total recibidas fue de 108, con lo cual se obtuvo una media de 7.2 visitas por día, en las 15 ocasiones que acudimos.

- Del total de visitas, 76 fueron “primeras visitas”.

- Del total de visitas, 32 fueron “visitas sucesivas”, es decir alumnos que acudieron en más de una ocasión a demandar información.

- Puesto que en muchas ocasiones acudieron juntos más de un alumno, hay que especificar que el total de visitas, se reparten en 29 grupos (2 o más alumnos), y 13 visitas individuales.

- El 54,83% de las visitas fueron chicas, y el 45,37% fueron chicos.

- La media de edad sobre visitas totales fue de 15.1 años (14,83 para los chicos, y 15,32 para las chicas)

- Los temas sobre los que se solicitó atención-información en la consulta se distribuyeron en cinco categorías: Sexo, drogas, alimentación, otros temas (medicamentos, piercings, etc.) y asistencial (cura, mareo, malestar, etc.). La representación porcentual de las categorías y por sexo es la siguiente:



Consulta sobre:	SEXO	DROGAS	ALIMENTACIÓN	OTROS	ASISTENCIAL
CHICOS	64,28%	23,21%	1,78%	3,57%	7,14%
CHICAS	42,68%	25,6%	14,63%	15,85%	1,21%

### ENCUESTAS:

- La edad media de los encuestados fue de 15,56 años, con una desviación típica de 1,06.

- El porcentaje de chicos encuestados fue de 49,8% y el de chicas de 50,2%

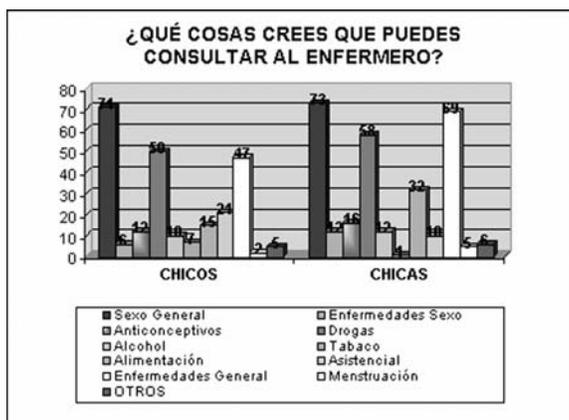
- En el ítem 1, a la pregunta de: ¿Conoces la existencia de la consulta de enfermería del instituto?

El 63% SÍ conocían su existencia.

- En el ítem 2, a la pregunta de: ¿La has visitado alguna vez?

El 11,9% de los encuestados la habían visitado.

- En el ítem 3, a la pregunta de: ¿Qué cosas crees que puedes consultar al enfermero que está allí?



- En el ítem 4, a los que habían asistido alguna vez se les preguntaba: ¿Te ha gustado?

El 97% de los que acudieron contestaron que SI.

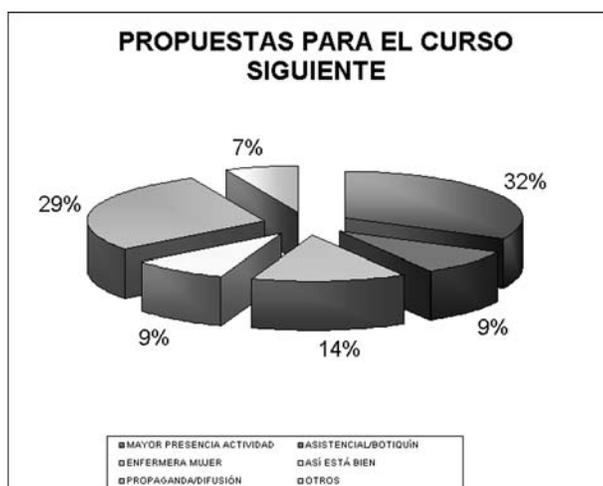
- En el ítem 5, a los que no habían asistido nunca se les preguntaba: ¿Te gustaría acudir en alguna ocasión?

El 70% respondió que SI, el 17,5% que NO, y el 12,5% no contestó.

- En el ítem 6, a la pregunta: ¿Te gustaría que el año que viene siguiese estando la consulta de enfermería?

El 90,8% respondió que SI les gustaría, el 5,3% no contestó, y el 4% no les gustaría.

- En el ítem 7, se sugería que escribieran alguna propuesta para mejorar el curso siguiente la consulta de enfermería.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La presencia de la Consulta de Enfermería en los institutos se hace necesaria debido a las crecientes inquietudes y demandas en educación para la salud por parte de alumnos, padres y profesores y esta necesidad queda patente en nuestro estudio con las cifras asistenciales y el grado de satisfacción.

También creemos que el profesional de enfermería es el adecuado para cubrir las necesidades sentidas y de salud de los adolescentes dentro del ámbito educativo.

De los datos obtenidos queremos destacar además de las buenas cifras asistenciales las diferencias que encontramos según el sexo en los temas que se demandaron en la consulta, centrándose los chicos casi exclusivamente en sexo y drogas y siendo las chicas las que demandaron más aclaraciones sobre alimentación (incluyendo información sobre anorexia y bulimia) y sobre otros temas (piercings, enfermedades en general, medicamentos,...). Otro dato interesante ha sido el comprobar

que no atribuyen como función principal a la enfermería la labor asistencial siendo la Educación para la Salud la más importante. En cuanto a las propuestas de los alumnos para el curso siguiente destacamos la petición de un horario más amplio, una mayor propaganda/difusión y la de que la consulta quede conformada por una enfermera además del enfermero ya presente.

En cuanto a las limitaciones del estudio destacar el sesgo de selección de la muestra de la encuesta y las pérdidas. También consideramos que sería importante la dotación de un presupuesto para la continuidad y desarrollo de la consulta así como para mejorar su difusión.

Por último reseñar que esta intervención surge como un proyecto piloto que deberá ir conformándose en las siguientes fases de un macroproyecto que continúa en marcha y donde participan otros profesionales, instituciones y organismos, para disponer y facilitar de un mayor número de recursos.



# ***EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERHIDROSIS***

## ***¿CONVIENE CONTROLAR LA TEMPERATURA PALMAR?***

*(Hospital General Universitario de Alicante)*

*M<sup>a</sup> Jesús Olaso Maquefa, Jorgelina Braña Noya.*

### **INTRODUCCIÓN**

El sistema nervioso simpático está situado delante de la columna vertebral y unido a la médula espinal por fibras nerviosas, consta de una doble cadena ganglionar que, entre otras funciones, es responsable de regular la temperatura corporal y suministrar fibras secretoras motoras para las glándulas sudoríparas.

Cuando existe una disfunción de este sistema se produce una sobreactividad de estas glándulas, generándose el síndrome de hiperhidrosis, caracterizado por la excesiva sudoración de pies, cara, axilas y manos, llegando éstas a mostrarse constantemente frías, húmedas y enrojecidas e incluso hasta gotear por los dedos. En las personas que lo sufren, por temor a ser rechazados, produce una invalidez que repercute tanto a nivel social y personal como profesional.

Un tratamiento eficaz y permanente es la simpatectomía torácica por videotoroscopia que se realiza en posición semisentado y en una única intervención

### **OBJETIVOS**

Valorar la eficacia del control de la temperatura palmar en la simpatectomía torácica para predecir el resultado de la intervención

### **MATERIAL**

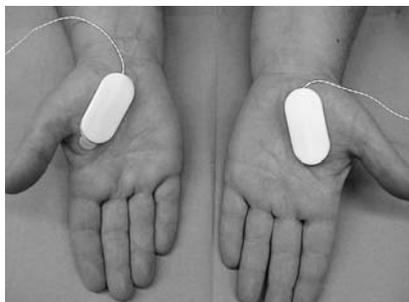
Se utilizaron sensores cutáneos conectados a un termómetro digital de doble pantalla y hojas de registro de temperatura.

Material para anestesia general, fibrobroncoscopio, tubo de doble luz para intubación selectiva pulmonar, etc..

Material quirúrgico específico, como un toracoscopio quirúrgico, electrocoagulador, tubo torácico y sistema aspiración Pleur-Evac

## MÉTODO

Una vez el paciente está en quirófano procedemos a la monitorización hemodinámica, a canalizar una vía periférica y después colocamos



*los sensores cutáneos en la zona hipotenar de ambas manos*

Posteriormente se induce la anestesia con propofol, remifentanilo y Cis-atracurio, se intuba la tráquea con un tubo de doble luz para ventilación unipulmonar y se comprueba la perfecta colocación del tubo mediante fibrobroncoscopia. A continuación colocamos al paciente en posición semisentado con los brazos en cruz las palmas de las manos en posición prona y protegemos todas las zonas susceptibles de lesión (hombros, codos, muñecas, manos)

Tras el colapso pulmonar del lado donde se va a realizar la intervención, el cirujano practica un orificio de 1cm en el tercer espacio intercostal sobre la línea axilar media, por el que se introduce el toracoscopio quirúrgico y secciona por electrocoagulación la cadena simpática a nivel de T2 - T3. Después se coloca un tubo de drenaje que se conecta a un sistema de aspiración Pleur-Evac. Posteriormente se expande el pulmón. Este mismo procedimiento se repite en el lado contrario.

## REGISTROS

Durante el proceso medimos la temperatura de las palmas de las manos del paciente, consideramos hasta 33° hipotérmicas.

Los tiempos de los registros térmicos realizados a cada paciente fueron:

- A la entrada de quirófano
- Tiempo post-inducción
- Diez minutos post-simpatectomía
- A la salida de quirófano
- En la sala de despertar durante los primeros cuarenta minutos con un intervalo de diez minutos entre cada registro y una toma final dos horas después de finalizada la intervención, antes de ser trasladado el paciente a la planta correspondiente.

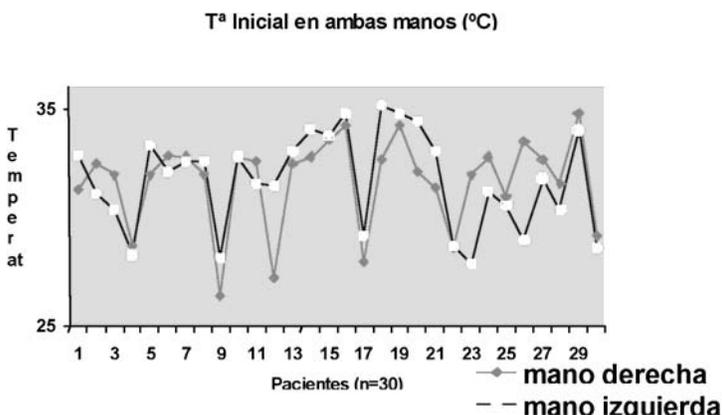
Para valorar la efectividad de la intervención a largo plazo realizamos una encuesta telefónica al año de la intervención, por la que valoramos la persistencia de hipersudoración en las manos, si existe sudoración compensadora y el grado de satis-

facción del paciente con la intervención. La comparación de las temperaturas se realizó con la t de Student pareado.

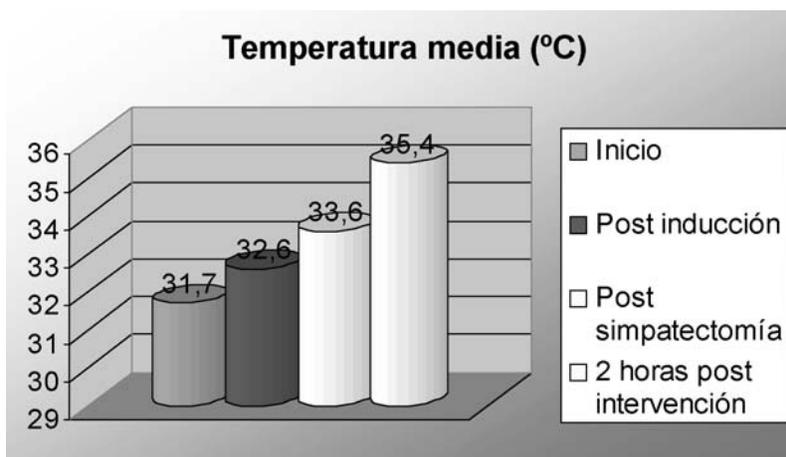
## RESULTADOS

Se estudiaron 30 pacientes con una edad entre 14 y 51 años de los que 7 fueron hombres y 23 mujeres.

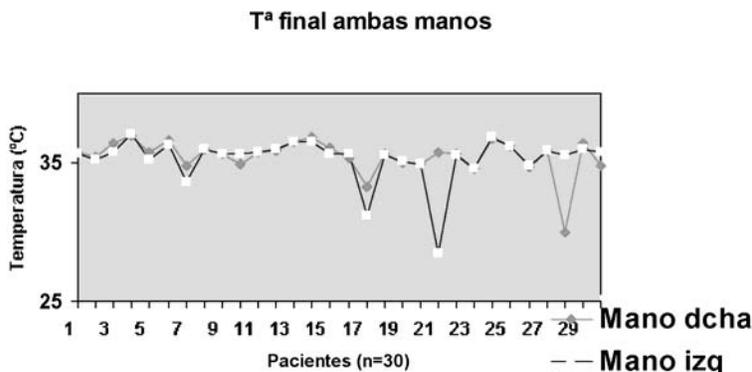
Antes de la intervención la temperatura media de las manos de los pacientes era de 31,7°. Apreciamos una diferencia de temperatura entre ambas manos entre 0,5 y 1,5°, no existiendo homogeneidad térmica entre ellas.



En el 83,3% de los casos la temperatura era inferior a 33° en la mano dcha. y en un 66,6% en la izqda. La temperatura media ascendió a 33,6° a los 10 minutos post-simpatectomía y a 35,4° a las 2 horas de la intervención. Estos aumentos de temperatura muestran una diferencia estadísticamente significativa en relación con la temperatura inicial y post-inducción, con una p inferior a 0.05 y 0.001 respectivamente.



Transcurridas dos horas desde el final de la intervención la mayoría de los pacientes tienen una temperatura palmar en torno a los 35° al tiempo que existe una mayor homogeneidad entre ellas.



La diferencia entre los gráficos 1 y 3 tiene una significación estadística con un p menor 0.001

Al año de la intervención el 96% de los pacientes estaba muy satisfecho. A la pregunta “¿le sudan a usted las manos?” La respuesta de todos los paciente fue “no”. También observamos que la mitad de los paciente presentaban sudoración compensadora relevante pero no la percibían como molesta.

## CONCLUSIONES

Los cambios en la temperatura palmar parecen tener relación con la predicción del resultado de la simpatectomía torácica. Por ser un indicador eficaz debe formar parte del protocolo de actuación de enfermería en estas intervenciones.

## BIBLIOGRAFÍA

- ESTEBAN DE LA TORRE, A.; PORTERO FRALLE, M.P. Técnicas de Enfermería. Ed. Rol. Barcelona. 1998.
- MILLER, RONALD. Anestesia. Ed. Harcourt Brace de España. 1998.
- MIRANDA PITCHOT, A. Dolor postoperatorio. Ed. Jims. Barcelona. 1992.
- RUTH FULLER, JOANNA. Instrumentación quirúrgica. Ed. Panamericana. Argentina. 1995.
- SESSLER DI. Monitorización de la temperatura, En : Miller Rd, editor. Ed. Doyma S.A. Barcelona. 1993.
- Estrés quirúrgico y ansiedad. <<http://www.gador.com.ar/iyd/ansie2/quiru.htm>>
- MOYÁ AMORÓS, J., PRAT ORTELLS, J., MORERA ABAD, R., RAMOS IZQUIERDO, R., VILLALONGA BADELL, R., FERRER RECUERDO, G. Dermatomas simpáticos correspondientes a los ganglios T2 y T3. Archivos de Bronconeumología. Volumen 39. Número 01. <<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13042414>>
- Exceso de sudoración. Hiperhidrosis. [http://www.tuotromedico.com/temas/hiperhidrosis\\_sudoracion.htm](http://www.tuotromedico.com/temas/hiperhidrosis_sudoracion.htm)
- FERNÁNDEZ, CARMEN. La hiperhidrosis media o grave ya no es problema. <<http://www.dia-riomedico.com/dermatologia/n200600.htm>>

# ***LA PRESENCIA DE ENFERMERIA EN LA UNIDAD DE TABAQUISMO DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE***

*(Servicio de Neumología del HGUA)*

*Vanesa Sevilla Bellido, Inmaculada Lassaletta Goñi, Mercedes Álvarez González, Miguel Castells Molina, Santos Asensio Sánchez, Luis Hernández Blasco.*

## **INTRODUCCIÓN**

El tabaco constituye en los países desarrollados la primera causa prevenible de pérdida de salud, y de muerte evitable y prematura. El tabaquismo es, por tanto, el principal problema de salud pública en estos países, siendo susceptible de prevención.

De acuerdo con el último informe de la OMS, esta drogodependencia habrá causado 10 millones de muertos en el año 2020, por lo tanto es inevitable que las autoridades sanitarias establezcan y asignen recursos para prevenirla y tratarla.

Por otro lado, el tabaquismo es una enfermedad adictiva crónica que se inicia antes de los 18 años de edad. Esta condición de enfermedad adictiva crónica es el principal motivo de desarrollo de intervenciones clínicas sobre sujetos fumadores. En España varios sistemas autonómicos de salud han comenzado a elaborar planes de control de tabaquismo, creando un programa de asistencia integral a los sujetos fumadores. Dicho programa contempla la creación de las unidades especializadas del tabaquismo (UET). Según la normativa SEPAR sobre organización y funcionamiento de las UET todos los profesionales de la salud, independientemente del nivel asistencial en el que se encuentren, deben intervenir sobre el tabaquismo. Y esta intervención debe ajustarse a la fase de abandono del consumo de tabaco en la que se encuentre el paciente. Las fases de abandono son:

- Fase de precontemplación: fumadores sin intención de cambio de su hábito en los próximos seis meses, no reconocen los efectos nocivos del tabaco. Y los argumentos a favor de fumar superan los argumentos en contra.
- Fase de contemplación: fumadores que están pensando dejar de fumar en los próximos seis meses. El recuento de argumentos a favor y en contra son casi idénticos.
- Fase de preparación: son fumadores que se plantean dejar el consumo de tabaco en el próximo mes. Los argumentos para dejar de fumar superan claramente a los argumentos en contra.

- Fase de acción: son exfumadores que llevan menos de seis meses sin fumar, es la fase en la cual existe mayor riesgo de recaídas.
- Fase de mantenimiento: son exfumadores de más de 6 meses.

La sensibilización del fumador es diferente en cada una de las fases, siendo importante encuadrar a cada fumador en la fase adecuada para un correcto abordaje terapéutico. Por lo tanto, los diferentes profesionales deben saber distinguir las distintas fases de abandono en las que se puede encontrar el fumador para conseguir de esta manera que el paciente enviado a la UET esté en fase de preparación o incluso de acción, ya que no es función de la UET motivar al paciente para dejar de fumar.

## **OBJETIVOS**

Los objetivos de nuestro estudio fueron los siguientes:

- Describir las características de la Unidad Especializada de Tabaquismo de nuestro hospital.
- Determinar el papel de enfermería en la Unidad Especializada de Tabaquismo.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

La UET de nuestro Hospital se encuentra en el Servicio de Neumología dentro del laboratorio de pruebas funcionales respiratorias en la 5ª planta de Consultas Externas. Para acceder a nuestra Unidad es necesario una hoja de consulta prescrita por un médico especialista o médico de atención primaria.

La Unidad dispone de un equipo multidisciplinar formado por un neumólogo, una enfermera y una auxiliar de enfermería del Servicio de Neumología, además de una administrativa responsable de citar las primeras visitas. Este equipo desarrolla otras funciones dentro del laboratorio de pruebas funcionales, de tal manera que el tiempo dedicado a la Unidad es parcial (un día a la semana).

Dentro de la Unidad la enfermera desarrolla una función docente-educadora de promoción de la salud, además de su función asistencial y de investigación. La enfermera representa un rol modélico y de educador, por lo tanto puede generar la concienciación y la sensibilización general permitiendo la conducción y consolidación de cambios de estilo de vida.

Durante el tratamiento el paciente debe acudir en varias ocasiones para control y seguimiento a la Unidad, la segunda y tercera visita se realizaran en las semanas sucesivas a la primera visita, la cuarta visita a la quinta semana, la quinta visita a la novena semana, la sexta visita a los 3-4 meses, la séptima visita a los seis meses y la octava al año. Si el paciente no acude a alguna de las visitas, la enfermera es la encargada de realizar un rescate telefónico.

La enfermera es quien recibe al paciente cuando acude por primera vez a la Unidad, explicándole que profesionales le van a atender, las pruebas a las que va a ser sometido, como se distribuyen las distintas visitas, los diferentes tipos de tratamiento y su uso, así como de realizar la valoración de la fase de abandono en la que se encuentra el paciente. También es la responsable de la realización de las siguientes pruebas complementarias:

- **Espirometría forzada:** valora la función pulmonar del paciente. Se realizará en la primera visita y posteriormente a los seis meses y al año de la abstinencia. Se realiza mediante el espirómetro Vmax22 (Sanro®).
- **Cooximetría:** mide el monóxido de carbono en aire espirado, existiendo una buena correlación con la fracción de monoxihemoglobina en sangre arterial. Por lo tanto es una forma no cruenta de medición del monóxido de carbono. Se puede valorar la abstinencia del paciente, ya que la medición esta en relación con la cantidad de cigarrillos y el tiempo transcurrido desde el último cigarro. A su vez puede ser utilizada por el paciente como refuerzo positivo, ya que al no fumar la medición se equipara a la de un no fumador, así como de refuerzo negativo, ya que al haber fumado se elevan los niveles de monóxido de carbono. Se considera fumador cuando existen niveles de monóxido de carbono  $\geq 10$  ppm, fumador esporádico entre 7 y 10 ppm, y no fumador cuando los niveles son  $\leq 6$  ppm. La medición se realiza con el cooxímetro MiniSmokerlyzer® (Bedfont) en cada una de las visitas.
- **Toma de tensión arterial y peso:** para comparar estos parámetros durante el seguimiento, ya que pueden variar tanto por el cese del hábito tabáquico como por el tratamiento del mismo.

El neumólogo de la Unidad en la primera visita, realiza una historia de tabaquismo además de una historia clínica y de una exploración física.

Se realizan distintos test para valorar la dependencia de los pacientes hacia el tabaquismo. El análisis del nivel de dependencia física a la nicotina se evalúa mediante el test de Fagerström, consistente en un cuestionario de seis ítems. Considerándose baja dependencia los pacientes que obtengan una puntuación menor o igual a 4, dependencia media los que puntúen entre 5 y 6, y dependencia alta aquellos que obtengan una puntuación mayor o igual a 7. El análisis de la dependencia psicosocial y conductual se evalúa mediante el test de Glover-Nilson que consta de 18 ítems clasificados en tres grupos para valorar independientemente la dependencia psíquica, la dependencia social y la dependencia gestual. Se evalúa la motivación con la que acude el paciente a la Unidad para abandonar el hábito tabáquico mediante el cuestionario de Richmond, que consta de 6 ítems, considerándose baja motivación aquellos pacientes que obtienen una puntuación menor o igual a 6, motivación moderada los que obtienen entre 7 y 9, y motivación alta los pacientes con diez o más puntos.

Al finalizar la primera visita se le entrega al paciente material de refuerzo para leer en casa que consiste en: “Decálogo para dejar de fumar de la SEPAR” y “Consejos básicos que le harán más fácil dejar de fumar”, así como la realización por parte del paciente de un registro de cigarrillos que consiste en apuntar todos los cigarrillos que fuma al día durante una semana, anotando la situación, la hora y la necesidad (de 0 a 2) que tiene de fumárselo. De esta manera el fumador valora que cantidad real fuma al día, en que horas fuma más y que situaciones son las más peligrosas, y por tanto la que deberá evitar durante los primeros meses de abstinencia. Por otro lado, al cumplimentar el autoregistro valoramos indirectamente la motivación del paciente para participar en su tratamiento.

La segunda visita se realiza a la semana de la primera, es en esta visita donde se analiza junto con el paciente los resultados de los cuestionarios y el registro de los cigarrillos de la semana anterior. Se realiza la cooximetría, toma de tensión arterial y peso del paciente. En esta visita, el paciente y el médico, eligen el tratamiento más adecuado según las características del primero, y es el momento en el que se establece el día para dejar de fumar.

En la tercera visita se realiza una nueva medición del monóxido de carbono mediante el cooxímetro, toma de tensión arterial y peso. Se valoran los posibles síntomas de abstinencia, así como las dudas que tenga el paciente sobre el tratamiento y su manejo.

En las sucesivas visitas se continuará evaluando la presencia de síntomas de abstinencia y mediante el cooxímetro se controla el abandono real del hábito tabáquico. La última visita se realizará cuando el paciente lleve un año sin fumar.

Se evaluaron los resultados obtenidos de los primeros 100 pacientes que acudieron a nuestra Unidad. Para el análisis estadístico utilizamos el programa SPSS 9.0.

## **RESULTADOS**

Los pacientes evaluados tenían una edad media de  $47 \pm 9.7$  años, siendo el 51% hombres. Los pacientes presentaban una media de  $39.6 \pm 23$  años/paquete, fumaban en el momento de acudir a nuestra Unidad una media  $27 \pm 23$  cigarrillos/día. El 79% de los pacientes había realizado algún intento previo de abandono, siendo el tiempo mayor de 6 meses en el 10%.

Los pacientes remitidos presentaban diferentes fases de abandono, el 10% se encontraba en fase de contemplación, el 80% en fase de preparación y el 10% en fase de acción. En la medición del monóxido de carbono mediante el cooxímetro presentaban una media de  $21.6 \pm 12$  ppm, en la primera visita. El nivel de motivación para el abandono del hábito era moderado en la mayoría de los pacientes, así como el grado de dependencia física a la nicotina.

De los cien pacientes incluidos en el análisis, 19 no acudieron a la segunda visita, 9 pacientes acuden a la segunda visita pero no quieren dejar de fumar y 72 realizan un intento serio para dejar de fumar. El 26% del total de los pacientes incluidos consiguió a largo plazo el abandono del hábito tabáquico, aunque si solo tenemos en cuenta los 72 pacientes que realizaron un intento serio el porcentaje de pacientes que consiguieron dejar de fumar a largo plazo fue del 37%.

## **CONCLUSIONES**

1. La UET debe estar compuesta por un equipo multidisciplinario que debe incluir imprescindiblemente un neumólogo/a y una enfermera/o.

2. La enfermería cumple una labor fundamental, dentro del equipo de la Unidad Especializada de Tabaquismo de nuestro Hospital, con un rol modélico, educador, social y asistencial.

3. Los resultados obtenidos inicialmente en nuestra Unidad son similares a los previamente publicados.

## **BIBLIOGRAFIA:**

1. Martínez Martínez, C. Rol de la enfermera en la atención al tabaquismo. *Prevención del tabaquismo* 2003; 5 (3): 18.
2. C.A.Jimenez Ruiz, S.Solano Reina. Grupo de trabajo área de tabaquismo.SEPAR. Recomendaciones para la organización y funcionamiento de las unidades especializadas de tabaquismo. *Arch. Bronconeumol.* 2001; 37: 382-387.
3. Fageström K.O. Measuring degree of addiction to tobacco smoking with referent to individualization for treatment for smoking cessation. *Addict Behav.* 1978; 34: 235-341.
4. World Health Organization. World non-tobacco day. Regional office for Europe, mayo 2000.
5. Prevención del tabaquismo y los profesionales sanitarios. Ministerio de sanidad y consumo. Madrid. 1998.
6. Prochazka J, Diclemente CC. Stages and process of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J. Consult Clin. Psychol.* 1983; 51: 390-395.
7. M.Barrueco Ferrero, M.A.Hernández Mezquita. Manual de prevención y tratamiento del tabaquismo. 2003.



# ***ESTUDIO MEDIANTE GRUPOS DE DISCUSION SOBRE LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS EN LA 3ª PLANTA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ELCHE***

*(Hospital General Universitario de Elche)  
Luís Herrero Valiente, M<sup>a</sup> Jesús Colomina Rodríguez,  
Teresa Molina Soler, José Almela González*

## **OBJETIVOS:**

Estudio cualitativo para detectar problemas susceptibles de ser modificados o resueltos por el personal de la planta, detectándolos directamente de los interesados (pacientes y acompañantes), mediante el método de grupos de discusión. Así mismo la formación experimental de un grupo de profesionales de enfermería en investigación con grupos de discusión, labor pionera en nuestro hospital.

## **METODOLOGÍA:**

Los individuos seleccionados saldrán de la población total de pacientes, y acompañantes, que hayan estado ingresados en la 3ª planta del Hospital General Universitario de Elche, Area de salud 19 de la Comunidad Valenciana.

Se seleccionaron individuos para la formación de 4 grupos de discusión con unas características diferenciadoras, dos de los grupos están formados por pacientes y acompañantes que estaban en el momento de la realización de las reuniones ingresados en la planta, y otros dos grupos se formaron con pacientes y acompañantes contactados telefónicamente extraídos del listado de pacientes atendidos en la 3ª planta durante el año 2003; se realizaron llamadas de forma aleatoria sin tener en cuenta ningún tipo de dato (diagnostico, edad, sexo, etc.) excepto aquellos pacientes que no perteneciesen al área de atención de nuestro hospital por considerar insalvable la distancia para acudir a las reuniones. Con esta diferenciación en los grupos queríamos valorar si existían diferencias significativas en los datos obtenidos en razón del tiempo transcurrido, el ser usuario en ese mismo instante y la posibilidad de sentirse cohibido e incluso el miedo a represalias en cuanto atención o trato.

El lugar para realizar las reuniones fue el aula de docencia del hospital, edificio anexo al mismo con acceso independiente y posibilidad de ofrecer a los componen-

tes de los grupos un ambiente distendido, aislado del hospital y con la disponibilidad de bebidas calientes y frías para hacer más amena la tertulia.

Los moderadores de los grupos, en todos los casos, fuimos miembros del grupo de investigadores.

Las reuniones se grabaron en vídeo y en cinta magnetofónica.

Se registraron la hora de inicio y finalización de las reuniones, así como, la fecha, nº de componentes y nombre del moderador

El moderador tenía un guión, igual para todos los grupos, para que se tocaran todos los temas que seleccionamos de relevancia en todos los grupos, independientemente del orden en que se trataran. Los temas que se trataron fueron, Profesionalidad, Relación o Trato recibido, Bienestar o Comodidad durante su estancia, Comidas e Higiene y Limpieza.

## **RESULTADOS:**

Exponemos los resultados agrupados por los grupos en que fueron agrupados:

### **• Profesionalidad:**

Practica unanimidad en los integrantes de todos los grupos en la no distinción, sobre todo los primeros días de estancia, entre los distintos profesionales que les atienden, con la salvedad del medico a quien casi todos reconocen como tal y las encargadas del servicio de limpieza, pero enfermeros/as, auxiliares, celadores, estudiantes, etc., hasta que no pasan unos días no saben quien es cada cual.

Manifiestan sentirse agradecidos en el trato recibido distinguiendo a las personas, pero en muchas ocasiones no conocen nombres, aunque si distinguen entre “unos buenos y otros no”

Así como manifiestan generalmente “una confianza plena” en los profesionales que les atienden, también demandan mas información. y se aprecian criterios dispares sobre quien debe de dar la información y a quien demandarla.

Sobre la información recibida al ingreso en planta sobre ubicación, rutinas de la planta, timbres, aseos y normas internas en general hay diversidad de opiniones pudiendo calificarla como de un 50% que si la reciben y el otro restante que no.

Siempre reciben el informe medico al alta y casi siempre el informe de enfermería al alta.

### **• Relación o Trato recibido:**

El trato recibido lo consideran correcto, destacando el mejor trato por parte de los/as enfermeros/as que por parte de los médicos a quienes consideran que les dedican poco tiempo.

Se quejan de que los médicos no hacen un seguimiento personalizado (cada día puede ser un medico distinto).

En ocasiones detectan problemas en los cambios de turno y los fines de semana y la atención no se mantiene constante.

Detectan en ocasiones un cierto descontrol o desorganización, relacionándolo con personal nuevo o en practicas.

• ***Bienestar o Comodidad durante su estancia:***

En todos los grupos existe la queja generalizada del deterioro general del hospital y material especialmente en cuanto a pintura, colchones, sillones de acompañantes, luces, camas, ventanas y aire acondicionado.

Reconocen que el personal del hospital se preocupan de que los pacientes estén en una habitación, si se puede, con compañeros adecuados a su patología o edad para favorecer la comodidad.

Se quejan del olor a tabaco sobre todo en las habitaciones mas próximas al control de enfermería y las que están mas próximas al pasillo de entrada a la planta.

Quejas de que por las tardes no se les atiende correctamente cuando precisan movilizarse, cambios de pañal, acostarse y precisan de un celador en la planta.

Quejas de ruidos por la noche de arrastrar muebles en el piso superior y mucho ruido de las cisternas, sobre todo por las noches.

Se aburren bastante, dependiendo también de con quien compartan la habitación.

• ***Comidas:***

En las dietas se aprecian las diferencias entre las personas y hemos recogido opiniones para todos los gustos, desde quienes nos dicen que le ha gustado la comida a quien no podía comerse lo que le dábamos, en un momento u otro de su estancia han tenido problemas con la comida, sobre todo destaca en que suele estar fría, el agua que se reparte es insuficiente, filetes de carnes y pescados secos y con presentación poco apetecible o poca variedad y fallos entre lo que se pide y lo que se sirve.

Alguna frase nos da a entender que se dan cuenta que se desperdicia comida y que también deberíamos dar de comer a los acompañantes en casos especiales.

Quejas sobre que las comidas y limpieza coinciden en ocasiones.

• ***Higiene y Limpieza:***

Unanimidad plena al valorar los aseos de familiares del exterior de la planta, desde muy sucios, asquerosos, inutilizables, sucísimo, etc. en todos los grupos.

Manifiestan en ocasiones un deterioro en la limpieza los fines de semana, así como en los olores de las papeleras de los cuartos de aseo de las habitaciones.

En algunos casos la limpieza y el deterioro del material se sobreponen en las opiniones.

• ***Fuera de contexto:***

Se habló en todos los grupos de forma espontánea de las reclamaciones y protestas por escrito, del servicio de atención al paciente, de su utilidad o no, de si sirven para algo esos escritos, existiendo disparidad de criterios pero habiendo cierta unanimidad en que hay que hacerlo por escrito, pues de boca sirve para poco. La creencia casi unánime es que si acuden al periódico o medios de comunicación se les hace caso rápidamente.

También surgió el tema de las visitas de familiares y amigos evidenciándose una gran disparidad de opiniones, desde quienes están a favor de restringir las visitas a quienes están de acuerdo con el régimen actual, con todos los matices posibles, niños

no, niños sí, horarios especiales, número de visitantes por paciente, por habitación, de día, por la noche, etc.

### **CONCLUSIONES:**

- Los pacientes y acompañantes no identifican al profesional que les atiende o a quien se dirigen, con la salvedad, en ocasiones, de los facultativos. Necesidad de una correcta identificación y de una presentación del profesional cuando se aborde al paciente o familiar.
- Los usuarios están satisfechos con el rato recibido durante su estancia por parte de los profesionales que les atendieron, especialmente enfermería, pero demandan más y un mejor trato con el médico (humanización) y una continuidad en la persona del facultativo que les atiende e informa.
- La falta de recursos humanos y/o materiales repercute en la calidad asistencial percibida por los usuarios.
- Se evidencia un deterioro grave y generalizado del mobiliario y de las instalaciones en general, la carencia de recursos materiales producen contratiempos y falta de atención al usuario.
- La limpieza diaria del servicio es correcta, pero el aseo de familiares debería de limpiarse con mayor frecuencia, también durante los fines de semana y festivos la limpieza de la planta es insuficiente.
- La climatización y/o ventilación de las habitaciones es bastante deficiente.
- Deberíamos plantearnos seriamente la prohibición de fumar en el servicio pues causan molestias importantes a los usuarios de determinadas zonas o habitaciones.
- El descanso nocturno no se ve especialmente afectado por la realización de las tareas rutinarias del servicio, excepto por el ruido de las cisternas de los aseos.
- La comida, principalmente, la presentación y la variedad deben de mejorar, así como el problema de “comida fría” que creemos es el causante de la sequedad de los alimentos y del mayor número de quejas.
- Necesidad de que los usuarios sepan que sus quejas o sugerencias son tenidas en cuenta.
- Necesidad de establecer algún tipo de control de visitas, para evitar saturación de personas en habitaciones mal ventiladas, que repercute en el bienestar del paciente y en el desarrollo de nuestras funciones.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

- Investigar en enfermería. Concepto y estado actual de la investigación en enfermería. J Cabrero García y M Richart Martínez. Publicaciones Universidad de Alicante. Rev Esp Salud Pública 2001; 75 (2): 171-172 RB.
- Introducción a la psicología de los grupos. Gil Rodríguez, F y Alcover de la Hera, CM. Ed. Pirámide 1998.
- El grupo de discusión en el entorno sanitario. Rosana Peiró. Quaderns de salut pública i administració de serveis de Salut, 1. Valencia: IVESP, 1994.
- Analizando los “porqués”: los grupos focales. Joan Guix. Rev. Calidad Asistencial 2003; 18(7): 598-602.
- Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. M Amezcua y A Gálvez Toro. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 423-436 CE.

- Sobre la metodología cualitativa. C Pérez Andrés. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 373-380 E.
- La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la Comunidad de Madrid. M Gil Nebot, C Estrada Ballesteros, ML Pires Alcalde y R Aguirre Martín-Gil. Rev. Esp. Salud Pública 2002; 76: 451-459 CE.
- Grupo de discusión: la apertura incoherente. Javier Callejo. Departamento de Teoría, Metodología y Cambio Social de la UNED. Estudios de Sociolingüística 3 (1), 2002, pp. 91- 109.
- Principales Técnicas de Recogida de Información.  
URL.- <http://www.marketing-xxi.com/principales-tecnicas-de-recogida-de-informacion-27.htm>
- Revista Española de Salud Pública, 2002 SEP-OCT; 76 (5)  
URL.-[http://www.ucm.es/BUCM/compludoc/S/10210/11355727\\_2.htm](http://www.ucm.es/BUCM/compludoc/S/10210/11355727_2.htm)
- Técnicas cualitativas en investigación. URL.- <http://www.investigalia.com/cualitativas.html>
- Los grupos de discusión en investigación cualitativa  
URL.-[http://club.telepolis.com/torrefdz/enfermero\\_y\\_licenciado7.htm](http://club.telepolis.com/torrefdz/enfermero_y_licenciado7.htm)
- ICC Investigación Cualitativa. URL.- <http://www.icc-marketing.com/iccmarketing/1>





## 13. MESA DE TRABAJO N.º 3

Moderada por **D. Carlos Clavijo Fernández-Golfín**, Centro de Transfusiones de Alicante.

### “CUIDADOS EN LA JUVENTUD”

#### **JUSTIFICACIÓN:**

Juventud, divino tesoro, ¡ya te vas para no volver! Cuando quiero llorar, no lloro... y a veces lloro sin querer... (Rubén Darío 1905).

La inmensa mayoría de las personas que han disfrutado de todas las etapas de la vida, responden que fue en su época de juventud a dónde les gustaría retroceder si ello fuera posible.

Existe energía, vigor, nos encontramos bien, sanos, felices aún con la percepción de las dificultades de nuestro entorno.

Es la etapa que empieza en la pubertad y se extiende a los comienzos de la edad adulta, y es por lo general cuando comienzan las primeras etapas del desarrollo de algo, se inician o mantienen relaciones de pareja, se adquieren los conocimientos y preparación para la incorporación al mundo laboral y la posibilidad de adquirir vehículos para trasladarnos, se adoptan posturas frente al uso de drogas y toxicomanías e iniciamos nuestra ansiada independencia.

Prácticas de riesgo de transmisión sexual, drogodependencias o accidentes de tráfico entre otros, pueden constituir enfermedades y dolencias propias de esta etapa de juventud que debemos cuidar y proteger.

La juventud deja impronta y como vivamos este periodo así nos beneficiaremos en las etapas posteriores.

No es posible tratar de saberlo todo; lo importante es identificar dónde puede encontrarse la información y seguir las recomendaciones de los expertos. La colaboración de aquellos que utilizan métodos científicos deben tener como habitat a la comunidad a la que se dirige la información conociendo bien los centros y equipos pluridisciplinares.

Los informadores científicos y sanitarios juegan un papel crucial. Se necesita una comunicación atrayente y de calidad, tener conciencia de las posibles consecuencias que pueden derivarse de sus avances para lograr en definitiva una mayor calidad de vida.

Jornadas como las presentes nos brindan esa oportunidad.

#### **OBJETIVOS GENERALES:**

- 1- Conocer los recientes avances en cuidados y promoción de la salud acontecidos en esta etapa de la vida.
- 2- Exponer los trabajos científicos de los profesionales de enfermería referentes a este periodo y su patología asociada.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- 1- Identificar las enfermedades y dolencias propias de esta etapa y su prevalencia.
- 2- Evaluar los últimos protocolos de enfermería en atención y cuidados en la juventud y su discusión.
- 3- Unificar procedimientos de actuación por los profesionales implicados y su influencia en la calidad de vida.

- 4- Realizar una revisión bibliográfica de las comunicaciones presentadas.
- 5- Elaborar y difundir las conclusiones obtenidas.

**COMUNICACIONES DE LA MESA:**

**Estudio de las necesidades, expectativas e inquietudes de los estudiantes de enfermería durante las prácticas clínicas en el H.G.U.A.** .....111  
 (Hospital General Universitario de Alicante)  
 Autores: Miguel Castells Molina, M<sup>a</sup> Teresa Picazo Molla, José Siles González.

**Implantación de un sistema de información de enfermería en el Hospital Polivalente.** .....127  
 (Hospital General Universitario de Alicante)  
 Autores: Manuela Domingo Pozo, Ginés Ángel Rodríguez Aguilar, M<sup>a</sup> José Muñoz Reig, Concepción Mirambell Miralles.

**Cuidados de enfermería en U.C.I. Revisión actualizada según evidencia científica.** .....147  
 (Hospital General Universitario de Elche)  
 Autores: Carmen Pilar Miquel Roig, Cristina Huertas Linero, María Pastor Martínez.

**Estoy en "OFF": Gestión de un caso de cuidados.** .....153  
 (Hospital General Universitario de Alicante)  
 Autores: Nieves Izquierdo García, Nieves Prieto Castelló, Lorena Giménez Ballester, Carmen Molina Mínguez, María Torres Marín, Emilia Bielsa Juliá, Laura Favieres Aracil, M<sup>a</sup> Antonia Alonso Roman, M<sup>a</sup> José Mora Zamora.

**Influencia de la donación de sangre en los niveles de hierro.** .....183  
 (Centro de Transfusiones de Alicante)  
 Autores: José Isidoro Galvañ García, Antonio Peña Rodríguez, Nuria Delgado Alcalá, Maravillas Risueño Sánchez, Victoria Rodríguez Cutillas.

# ***ESTUDIO DE LAS NECESIDADES, ESPECTATIVAS E INQUIETUDES DE LOS ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA DURANTE LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS EN EL H.G.U.A.***

*(Hospital General Universitario de Alicante)*

*Miguel Castells Molina, M<sup>a</sup> Teresa Picazo Molla, José Siles González*

## **INTRODUCCIÓN**

En los estudios de la diplomatura de enfermería existe una división, tanto a nivel secuencial-cronológico (transmisión gradual y lógica de los contenidos), como en la dimensión espacio-ambiental (aula, sala simulación y servicio sanitario: comunitario u hospitalario). Estas divisiones tienen consecuencias en la estructura curricular de la disciplina: módulo teórico, módulo práctico y módulo práctico-clínico, confiriéndole a estos estudios una peculiaridad asentada en las diferencias en los tipos de escenarios, ambientes, instituciones, normas, y personas que se manifiestan en los contrastes percibidos (Merleau Ponty, 1988) por los alumnos en su proceso de enseñanza-aprendizaje según se de éste en un módulo u otro. La enorme variabilidad de la práctica se ve también afectada por las características del escenario en el que tienen lugar las prácticas: centros de atención primaria y/o instituciones hospitalarias, en los que el alumno debe iniciar sus prácticas de enfermería con el que va a constituir su objeto--sujeto de trabajo durante toda su vida profesional: el ser humano (individuo, familia y comunidad) atendiendo a sus necesidades fisiológicas, psicológicas y sociales desde una perspectiva holística. Los contrastes entre el aula y el servicio sanitario suponen a veces contradicciones que desenfocan la visión lógica con la que el alumno pretende interpretar su realidad formativa en esta compleja fase de sus estudios, y esta visión borrosa puede derivar en situaciones de disminución o pérdida de significado que esta experiencia educativa debe tener en el alumno (Bruner, 1991)

## **JUSTIFICACIÓN**

El alumno tiene una serie de problemas en el proceso de la enseñanza-aprendizaje y mediante la herramienta del cuaderno de campo le damos la oportunidad de que ellos participen en la resolución de sus problemas.

En el contexto conformado por la estructura curricular de la diplomatura de enfermería se han detectado déficit en las necesidades formativas de los alumnos que se derivan de la naturaleza compleja de la realidad cultural (Geertz, 1989, 1994) en la que se realizan las prácticas clínicas.

Estos problemas formativos se manifiestan en dificultades para dotar de significado ciertos comportamientos, procedimientos y tareas que estando integrados en el currículum "aparentemente" se contradicen (no tienen mucho que ver) con la realidad en los que se deben aplicar.

Dicha dificultad es connatural con el momento de cambio histórico en el que están inmersos tanto el sistema educativo como el sanitario (en lo que respecta a los estudios de enfermería), cambios inmersos en dinámicas muy diferentes que "embozaron" los intentos del alumno por percibir el futuro del sistema sanitario de cuya construcción forma parte, como resultado de los cambios que se están produciendo (Toffler, 1999).

La complejidad de las prácticas clínicas es la resultante de la confrontación entre dos culturas en proceso de cambio: la cultura del aula (propia del sistema educativo), y la cultura del servicio sanitario (sistema sanitario), por lo que se hace necesaria la "construcción" de una plataforma cultural cuya función consista en potenciar la reflexión crítica y el análisis de las experiencias desarrolladas por los alumnos en sus prácticas clínicas. Esta plataforma puede materializarse mediante la organización de sesiones de prácticas clínicas en cuyo transcurso los alumnos puedan desarrollar la

reflexión crítica de sus experiencias utilizando como documento base los diarios de campo elaborados por ellos mismos durante sus prácticas.

Se facilita la reflexión, se les da voz y enmarcamos el trabajo dentro del paradigma socio-crítico.

## **HIPÓTESIS**

Durante la realización de las prácticas clínicas el alumno experimenta una serie de necesidades emergentes relacionadas con dicho proceso.

Los alumnos experimentan por primera vez y de forma significativa las diferencias existentes entre el sistema educativo y el sistema sanitario durante las prácticas clínicas.

Los métodos y técnicas etnográficos resultan especialmente pertinentes en el diagnóstico de los problemas que se dan en el transcurso de las prácticas clínicas.

## **MARCO TEORICO:J120**

Allen, Bowers y Diekelmann (Op. Cit.) denominan paradigma tradicional o "aprender a escribir" (por oposición al paradigma de "escribir para aprender") modelo que presenta las siguientes características:

- Las estudiantes pueden asimilar el conocimiento profesional con independencia de sus habilidades para la escritura.
- Escritura y pensamiento implican procesos y habilidades de distinta naturaleza. Cada uno puede, y quizás debiera, aprenderse por separado.

- Conocer algo es lógicamente superior a escribir acerca de ello.
- La escritura es una actividad secuenciada y lineal que supone el dominio acumulativo de elementos como sentencias y estructuras.
- El principal objetivo de la escritura es la comunicación. Realizar un trabajo por escrito permite a la estudiante mostrar lo que sabe.
- La audiencia a la que va dirigida los escritos de las alumnas está constituida principalmente por profesoras.

Los diarios se engloban en el paradigma de "escribir para reflexionar" (Allen, Bowers y Diekelman, 1989) que se funda en las siguientes asunciones:

- El diario implica un proceso de reflexión a través del cual las alumnas acceden al conocimiento profesional de una manera profunda, comprensiva y significativa (como opuesto a aquel aprendizaje memorístico).
- Las habilidades de escritura que el diario potencia son primeramente habilidades de pensamiento (ambas competencias son inseparables).
- El diario permite el desarrollo de comprensiones profundas como proceso de construcción de significados.
- La escritura en el diario es un proceso dialéctico (una conversación con uno mismo y la situación) antes que lineal.
- Las habilidades de pensamiento de orden superior (que incluyen además de la cognitiva, las dimensiones efectivas, lógicas, sociales y actitudinales del pensamiento) pueden potenciarse a través del proceso de diálogo con uno mismo y con otros que el diario genera.

Regularmente se les imparte unos seminarios a los alumnos en ambos turnos y se mantienen reuniones para unificar criterios, aclarar dudas que los alumnos plantean y para que vayan realizando sus planes de cuidados con los pacientes que tienen asignados.

Cada alumno hace tres módulos de prácticas en hospital y un módulo en atención primaria.

En su periodo de prácticas el alumno va rotando por las diferentes unidades del hospital, alternando en la medida de lo posible las unidades médicas con las quirúrgicas.

Comenta Zabalegui (2002) que está disminuyendo el tiempo que los estudiantes de enfermería dedican a las prácticas clínicas. Aproximadamente el 50% de horas lectivas se dedican a las prácticas simuladas en laboratorio, las prácticas clínicas y los seminarios post-clínica. Es decir, las prácticas clínicas a lo largo de los tres cursos académicos, suponen de 8 a 10 meses según los planes de estudio de las diferentes universidades españolas.

Al mismo tiempo, los docentes están discutiendo acerca de si es mejor el que las prácticas clínicas las realice el alumno de manera concentrada o distribuidas durante todo el periodo formativo (Zabalegui, 1999).

### **Concepto de entorno de aprendizaje clínico**

Hart y Rotem (1995) de modo general, lo definen como "el conjunto de características del puesto de trabajo clínico que influyen en el desarrollo profesional de la enfermería ". Desde esta misma perspectiva ecologicista, Dunn y Hansford (1997) lo conciben como "una red interactiva de fuerzas presentes en la clínica que influyen en el resultado del proceso de aprendizaje clínico de los alumnos".

Desde una aproximación cognitivo-social, Thorell-Ekstrand y Biorvell (1995) señalan que "las prácticas clínicas proporcionan al alumno la mejor oportunidad para observar los modelos del rol profesional, para practicar y para reflexionar acerca de lo visto, oído, sentido y hecho".

Windsor (1987) y también, Lee y French (1997) afirmarían que el proceso de socialización profesional en los estudiantes de enfermería se produce en gran medida, en la práctica.

Massarwesh (1999) da una visión pedagógica del entorno clínico y lo conceptualiza como un aula clínica. Señala además, la importancia de tener en cuenta que la educación clínica tiene lugar en un complejo contexto social, en el que estudiantes, enfermeras, pacientes, supervisoras, otros profesionales y profesores interactúan.

Chan (2001) desde una perspectiva global, afirmará que "el entorno de aprendizaje clínico constituye una entidad multidimensional que tiene un impacto directo sobre los resultados obtenidos por los alumnos en las prácticas clínicas".

### **El objeto antropológico en enfermería.**

Además de su origen histórico, la enfermería comparte con las ciencias sociales su objeto antropológico de estudio: el ser humano. Subsanan el déficit, cualquiera que sea la necesidad no cubierta, supone su objetivo (el cual implica una intervención que repercute en la realidad modificándola). Además, en última instancia la finalidad estriba en capacitar al individuo, la familia o la comunidad para su propia satisfacción socioantropológica.

Del paradigma adoptado depende que la realidad biopsicosocial del individuo sea considerada e implicada en el proceso de intervención social (dando lugar al interaccionismo que permite el aprovechamiento contextualizador del conocimiento subjetivo "no prefabricado"), o que, por el contrario, dicha intervención conforme exclusivamente un eslabón más de la cadena de montaje estandarizado que constituye el mecanismo de funcionamiento de la "factoría social". Por otro lado, el enfermero-a es un agente social (agente de cambio) que debe ejercitarse en la reflexión crítica del contexto mediante el análisis de la realidad (Medina, 2002) .

En este trabajo nos vamos a centrar desde la perspectiva emic, esto es: el cómo perciben los alumnos este entorno en el proceso de adaptación al escenario sociocultural que supone el entorno clínico.

## **OBJETIVOS**

### ***OBJETIVOS GENERALES***

Identificar las necesidades emergentes de los alumnos de prácticas clínicas mediante la utilización del cuaderno de campo.

Conocer las percepciones de los estudiantes de enfermería acerca del entorno de aprendizaje clínico en el que realizan sus prácticas hospitalarias.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Concienciar al alumno de su papel como “agente de cambio” interactivo entre los sistemas educativos y laborales.

## **MATERIA Y METODO**

### **BASE DE DATOS**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, CINAHL y CUIDEN combinando los descriptores: antropología, educación, cuaderno de campo, etnografía, pedagogía, prácticas clínicas, alumnos enfermería.

### **Paginas web consultadas:**

- <http://www.aahe.org>

Página de la American Association of Higher Education que ofrece información y vínculos con otras páginas sobre el tema de la enseñanza universitaria.

- <http://www.earli.eu.org/menu1.htm>

Página de la European Association for Research on Learning and Instruction (EARLI), que incluye una sección sobre la enseñanza superior universitaria en Europa.

- <http://lalab.gmu.edu/Projects>

Ofrece información sobre proyectos de investigación desarrollados o en vías de desarrollo acerca del manejo estratégico del conocimiento. Proyectos financiados por el Centro de Estudios Avanzados (ARPA) de los EEUU.

- <http://www.choicemall.com/brainworkshops/index.html>

Trata el tema de los estilos de aprendizaje desde una perspectiva amplia y actualizada, incluyendo los modernos estudios de la neurociencia.

- <http://www.cospa.es> (ponenci2.html)

Esta página, mantenida por algunos profesores de la Universidad Complutense de Madrid, contiene información sobre la adecuación de los métodos de enseñanza a las diferencias individuales.

- <http://www.iasce.net>

Página web de la Cooperative Learning Network que ofrece información y enlaces a otras páginas sobre el tema del aprendizaje cooperativo.

- <http://www.ince.mec.es>

Acceso a la página web del Instituto Nacional de Calidad Educativa (INCE) dependiente del MECD, encargado de la evaluación del sistema educativo.

- [http:// book.netstoreusa.com](http://book.netstoreusa.com)

Ofrece información bibliográfica sobre métodos de enseñanza de las ciencias sociales en general y en cada una de las áreas de historia, geografía, economía, leyes, etc.

- <http://www.irn.pdx.edu>

Base de datos que ofrece información bibliográfica sobre métodos de investigación cualitativa. Tiene múltiples enlaces con departamentos y centros de información sobre el mismo tema.

- [http://ericir .sunsite.syr.edu](http://ericir.sunsite.syr.edu)

Dirección de la Base de datos sobre educación más extensa del mundo, de libre acceso, mantenida por el Departamento de Educación de los Estados Unidos.

## MARCO INSTITUCIONAL

### Hospital General Universitario de Alicante.

El H.G.U. Alicante y Centro de Especialidades Babel, junto con el Hospital de San Vicente, están dentro del Área de Salud de L'Alacantí , perteneciendo al distrito sanitario número 18. Atiende una población de 240.316 habitantes, incluyendo los siguientes municipios: Alicante, San Vicente del Raspeig, Agost, La Alcoraya, La Cañada, Moralet, Verdegás y Monforte del Cid. Así mismo se atiende de forma irregular, y por tanto en un número difícil de evaluar a población de Aspe, Hondón de las Nieves, Hondón de los Frailes, El Altet y Torrellano.



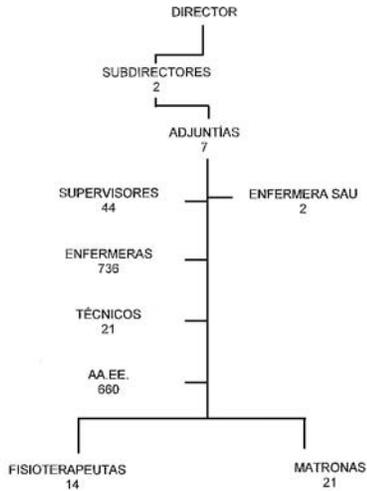
ÁREA DE SALUD 18  
 Hab. 204.564: Alicante, Agost, Moralet, Verdegás, Monforte del Cid, San Vicente del Raspeig, La Alcoraya y La Cañada

Además por ser hospital de referencia, atiende a pacientes de toda la provincia, en relación a las siguientes especialidades:

Neurofisiología Clínica	C.O.T. Infantil
Neurocirugía	Cirugía Infantil
Neonatología	Oncología Médica/Onco/Infantil.
Cirugía Vasculat	Cirugía Plástica
Cirugía Cardíaca	UCI Pediátrica
Unidad de Trasplante Renal	Quemados
Cirugía Torácica	Hemodinámica

El hospital tiene una capacidad global de 801 camas, atendiendo todas las especialidades médicas y quirúrgicas, con una actividad asistencial importante. Datos de la memoria del 2.002, como son el nº de ingresos producidos 35.823, las más de 154.000 urgencias atendidas o las más de 21.000 intervenciones quirúrgicas avalan la envergadura de este hospital.

## ORGANIGRAMA DE LA DIVISIÓN DE ENFERMERÍA



## TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA INVESTIGACIÓN

Análisis de contenido del diario de campo elaborado por los alumnos en el periodo de prácticas como reflexión personal de sus prácticas clínicas en el hospital.

Jarvis (Op. Cit.), Cameron y Mitchell (1993) y Allen, Bowers y Diekelmann (1989) proponen el uso de los diarios como modo de elicitar una enseñanza y aprendizaje reflexivos. Las historias de vidas, autobiografías o autobiografías colaborativas son también consideradas como técnicas apropiadas para favorecer los procesos reflexivos (Diekelmann, 1991). La narración de situaciones ha sido usada por autores como Lanshley y Wittstadt (1993) y Allen (1989) con ese mismo fin. También se han considerado como útiles los estudios de casos y los seminarios (de Tomyay y Thompson, 1987).

Los alumnos comienzan las prácticas la primera quincena del mes de febrero, y las finalizan en la segunda quincena del mes de junio.

El día que comienzan las prácticas son recibidos en el salón de actos del hospital por el equipo de dirección. A continuación se les imparte un seminario sobre prevención de accidentes en el medio hospitalario a cargo del personal de enfermería de Medicina Preventiva. Una vez finalizada la charla, el responsable de docencia les va leyendo a los alumnos los servicios a los que van a ir y se les presenta al supervisor de la unidad correspondiente, que les acompaña a la unidad y les presenta al resto de compañeros.

Los alumnos están sujetos a la normativa laboral existente en el centro en cuanto a normas de régimen interno de funcionamiento de la unidad, realizando sus prácti-

cas bien en el turno de la mañana (de 8 a 15 horas) bien en el turno de la tarde (de 15 a 22 horas).

Durante la realización de estas prácticas clínicas, los estudiantes han de asumir su responsabilidad en pro de su aprendizaje. Se les anima a que muestren un nivel alto de autonomía, elección y libertad a la hora de negociar sus necesidades de aprendizaje, tanto con el profesor tutor como con las enfermeras de referencia.

De esta forma, los estudiantes determinan la secuencia para la adquirir capacidad (conocimiento, habilidades y actitudes) según sus necesidades individuales.

En este periodo el alumno depende para su formación de la colaboración del personal de enfermería de la unidad y del supervisor, existiendo una gran variabilidad en el grado de implicación de los diferentes agentes responsables de la formación del alumno.

En todo momento están tutorizados por el responsable de prácticas del centro y por la responsable de docencia.

Los alumnos deben de llevar un cuaderno donde planifiquen los cuidados que dispensan a sus pacientes, es lo que se llama un diario de prácticas o plan de cuidados.

La escritura en este diario supone para el alumno una planificación de sus tareas, una toma de conciencia de los problemas ante los que se encuentra y una herramienta de reflexión y de estudio de situaciones reales.

Para realizar el análisis de contenido del diario de campo elaborado por los alumnos en el periodo de prácticas hemos estudiado tres métodos de análisis diferentes para ver cual sería el más adecuado para nuestros propósitos.

El primero que hemos estudiado es el análisis de textos propuesto por Siles (1999)

1. CLASIFICACIÓN DEL TEXTO.
2. ANÁLISIS DEL TEXTO.
3. COMENTARIO DE TEXTO.

El segundo método contemplado ha sido basarnos en las 14 necesidades de Virginia Henderson.

### **NECESIDADES.**

Henderson identifica 14 necesidades básicas del paciente, que comprenden los componentes de los cuidados de Enfermería.

Éstos incluyen la necesidad de:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar los residuos corporales.
4. Moverse y mantener una postura conveniente.
5. Dormir y descansar.
6. Seleccionar ropas apropiadas: vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura del cuerpo dentro de los límites normales, adaptando la ropa y modificando el ambiente.

8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger el tejido cutáneo.
  9. Evitar peligros ambientales e impedir que perjudiquen a otros.
  10. Comunicarse con otros para expresar emociones, necesidades, temores u opiniones.
  11. Rendir culto de acuerdo con la propia fe.
  12. Trabajar de tal manera que exista un sentido de logro.
  13. Jugar o participar en diversas actividades recreativas.
  14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo normal y a la salud, y hacer uso de las instalaciones sanitarias disponibles.
- El tercer método analizado ha sido basándonos en la escala de necesidades de Maslow.



## RESULTADOS

Los resultados obtenidos se consideran preliminares, ya que seguimos trabajando en la misma línea de investigación, para profundizar más en el tema y ofrecer resultados más completos.

Número de cuadernos de campo estudiados :	20
Mujeres:	80%
Hombres:	20%

Periodo de cumplimentación del cuaderno de campo: del 17 al 28 de febrero o del 3 al 17 de marzo.

### Percepciones y sentimientos manifestados en el cuaderno de campo:

- Han descubierto que es su verdadera profesión: 50%

Comentan que al verse en el hospital, ayudando a los pacientes en esos momentos tan duros, viendo como son útiles a la gente, han vivido sensaciones muy intensas y les ha recompensado la gratitud y la sonrisa del enfermo. Otro grupo comenta que han vivido cosas que habían soñado imaginado alguna vez.

- Han sufrido un accidente laboral (salpicadura de sangre en la cara): 5%

A una alumna de segundo le salpico sangre de un paciente de VIH a la cara y se asustó mucho. Fue a Medicina Preventiva y allí le tranquilizaron.

- Comentan que han recibido apoyo psicológico/emocional del enfermo mientras lo atendían: 50%

Comentan que para ellos ha sido muy importante el estímulo y el apoyo que les han dado los pacientes con su comportamiento. Dicen que cuando están con el paciente les animo mucho que les hablaran les diesen ánimo, sonrieran y sobretodo que les dijese que lo estaban haciendo muy bien, que se notaba que les gustaba lo que estaban haciendo. También se mostraron muy contentos los alumnos cuando al alta los pacientes se despedían de ellos, pues se sentían parte importante del equipo de cuidados y que su labor era reconocida.

- No pudieron dormir la noche anterior a comenzar las prácticas: 15%

Refieren que la noche antes no pudieron dormir de los nervios que tenían ante el inicio de las prácticas clínicas. Cuentan que ya estaba ahí el momento que tanto esperaban, y se pasaron toda la noche imaginando como sería su primer día, que compañeros le tocarían, como serian los enfermeros de la unidad, etc..

- Se sintieron muy impresionados cuando murió un paciente en su unidad: 30%

Relatan que cuando se murió un paciente que tenían asignado en su unidad se sintieron muy mal y se quedaron con la sensación de que podían haber hecho algo más. También comentan la impotencia ante la pena de los familiares.

También reflejan como les impresiono la primera vez que vieron a un paciente sangrando por la boca, echando bilis, cuando descubren que un paciente tiene una gran escara (herida) en el sacro que casi se le ve el hueso.

- Refieren sentirse muy cansados por las prácticas: 25%

Comentan que las siete horas de prácticas se les hacen muy cuesta arriba a medida que avanza la semana, pues no paran en las siete horas que están en el hospital.

- Comentan que la relación con el equipo de enfermería de la unidad que les asignaron fue buena: 75%

Este es un ítem muy importante para el alumno.

Comentan que se han sentido muy bien con los compañeros que trabajan en la unidad. Se han sentido atendido, escuchados, han demostrado interés por sus preguntas, se han molestado en acompañarles a diferentes sitios para que vean como se hacen las cosas, han ido con ellos a las habitaciones para enseñarles las diferentes técnicas de enfermería, etc..

Distinguen perfectamente a los profesionales que les gusta la docencia de los que lo hacen casi de forma obligada o para que les quiten el trabajo (como veremos en los ítem siguientes). Reconocen ser muy impulsivos a la hora de realizar una crítica al profesional, pues el primer comentario que anotan en su cuaderno de campo está influenciado por la primera impresión que les causa el profesional al llegar a la unidad: “este es muy simpático” “gasta muchas bromas, es un buen compañero” pero luego a medida que trabajan con ellos se dan cuenta que a la hora de enseñarles o de

la competencia profesional, no siempre hay una relación y al compañero que a priori lo habían tratado de “seco” se muestra más interesado en la docencia, les deja hacer más cosas, y es más competente que otros. Pero lo que más valoran ellos aparte de que les enseñen cosas y les hagan caso es que les traten como a uno más del equipo, que le llamen para tomar café con todos, que les gasten las mismas bromas que a los demás, que ellos se sientan aceptados como uno más del equipo y no como algo externo a él.

A la hora de despedirse lo hacen con pena y suelen traer pasteles, coca salada y dulce y muchos traen una cámara de fotos para tener un recuerdo.

- Comentan sentirse utilizados: 25%

Un porcentaje de alumnos comenta que se siente utilizado como mano de obra barata para atender a los enfermos y que les tienen de recaderos de aquí para allá. También se quejan mucho de que les mandan hacer tal cosa porque las auxiliares tienen trabajo y resulta que cuando lo están haciendo se dan cuenta de que la auxiliares están leyendo una revista o viendo la tele y ellos están trabajando, y no les parece justo.

- Son muy críticos con las actuaciones de los veteranos: 75%

La principal queja la hacen hacia las auxiliares de enfermería pues comentan que no preservan la intimidad del paciente a la hora de realizar la higiene del paciente, que lo hacen deprisa y corriendo, a veces de forma incorrecta y mal.

Los alumnos dicen que se sienten mal por los pacientes, que sienten vergüenza ajena y sobre todo comentan lo poco que costaría hacerlo de la manera adecuada.

También se quejan en una unidad determinada de racismo hacia la etnia gitana.

Comentan también de falta de paciencia para atender a los pacientes cuando luego están sin hacer nada en la unidad.

Una alumna se muestra muy crítica por la forma de trabajar de los veteranos, dice que de lo que se enseña en la universidad a lo que luego se hace en el hospital a veces hay una distancia considerable, y que espera que cuando sea profesional y trabaje en un hospital sea mucho mejor que ellos, para finalmente añadir que cree que está tan disgustada porque “mañana me toca la regla” y está algo irascible.

- Tienen miedo de cometer errores: 25%

Un grupo de alumnos comenta que es mucha responsabilidad para ellos todo lo que les mandan y tienen mucho miedo de cometer un error fatal para el paciente.

- Han sufrido al ver las condiciones del enfermo: 10%

Dicen implicarse mucho con los problemas de los pacientes y que les gustaría poder hacer algo más por ellos.

- Han necesitado comentar con la familia los logros conseguidos: 30%

Un grupo de alumnos comenta que estaban tan excitados por haber realizado una técnica bien por primera vez que nada más llegar a casa tuvieron que llamar a su

familia para contarles lo que habían hecho. También cuando algo les había impresionado o les había llamado la atención. Más de un alumno comenta que su familia le ha dicho: ¿Cómo lo aguantas?

- Tenían muchas ganas de aprender y de que les dejasen tomar iniciativas: 50%

Los alumnos comentan que creen aprender mucho y rápido pero sin embargo cuando les dicen de hacer algo en un primer momento les da miedo. Comentan que están todo el día preguntándole a los veteranos cosas como: ¿Esto cómo se hace? ¿Esto para qué sirve? ¿Porqué se hace esto así? Etc.

- Comentan haber pasado buenos momentos: 30%

Los alumnos comentan haber pasado buenos momentos sobretodo cuando han sido reconocidos como uno más del equipo, cuando los pacientes al despedirse han llorado de pena (una comenta que al ver llorar al paciente se puso a llorar con él y luego se preguntaba ella misma si eso era de ser buena profesional.

- Comentan haber pasado malos momentos: 30%

Los malos momentos han venido sobre todo propiciados por la muerte de un paciente que tenían asignado en su unidad. También por el comportamiento de enfermeros/auxiliares hacia ellos. Una también comenta el comportamiento inadecuado de un facultativo con ella faltándole el respeto.

- Se han sentido recompensados por el paciente: 30%

Los alumnos se muestran muy contentos cuando en el momento del alta el paciente se ha acordado de ellos y les han traído algún obsequio por muy pequeño que fuese: A una le trajeron una tarta, a otra le hicieron una alpargata de esparto, a otra, que le impresionó mucho, una cestita echa con una piel de una mandarina y a otra le trajeron bombones. Una comentó que había sido un día maravilloso pues una paciente le dijo “que tenía manos de Santa”, la alumna estaba que no se lo podía creer. Y dos alumnas comentaron haber llorado de felicidad al ver al paciente al irse de alta finalmente curado.

Pero todos comentan que la mayor recompensa para ellos ha sido ver la sonrisa de los pacientes cuando les atendían.

- Han sido rechazados por el paciente por ser alumnos: 10%

Sólo dos alumnos han sido rechazados por el paciente por verlos tan jóvenes y novatos y aunque les ha sabido mal lo han entendido.

- La relación con los compañeros de prácticas ha sido buena: 40%

La relación con sus compañeros de prácticas ha sido muy buena. Hacen una diferencia entre los compañeros de su promoción y los de segundo. Casi todas las discusiones ha sido con los de segundo, pues éstos en algunos casos no les dejaban realizar algunas técnicas, pues las querían hacer ellos, ya que lógicamente el año pasado

hicieron cuidados básicos y ahora quieren realizar más técnicas propias de enfermería. Por el contrario con sus compañeros de curso han estado muy a gusto, sobretodo porque se daban apoyo mutuo, se daban ánimos y cuando surgía alguna adversidad se buscaban para consolarse: Uno de los momentos que más les gustaban era el del desayuno pues tenían ganas de encontrarse todos en cafetería para comentar las incidencias.

Una alumna comenta estar hecha un lío en este periodo de prácticas, pues parece que se ha enamorado de un compañero y que ella tiene novio, pero que se ha quedado “más a gusto plasmándolo en el cuaderno de campo” pues necesitaba decírselo a alguien.

- Han realizado su primera venopunción bien pero con mucho nerviosismo y pensando que se iban a pinchar: 65%

Todos comentan lo importante que ha sido para ellos la primera vez que han pinchado una vena y han sido capaces de canalizarla. Dicen que estaban muy nerviosos, que pensaban continuamente que no iban a cogerla, y una vez que la habían cogido pensaban que se iban a pinchar con la aguja delante del paciente, y cuando estaban introduciendo la sangre en los tubos también pensaban que se iban a pinchar de un momento a otro.

Una alumna comenta que tuvo “un subidón de adrenalina de mucho cuidado” y que el enfermero de la planta la mandó a casa un poco antes de la hora para que se tranquilizase.

- Han realizado su primera venopunción mal y se han sentido muy frustrados: 30%

Los alumnos que han realizado su primera venopunción y no han conseguido su objetivo se muestran muy desolados y esperan que la próxima vez les vaya mejor. También son conscientes que es la primera vez y que es normal.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

Teniendo en cuenta de que se tratan de resultados preliminares y de que seguimos trabajando en la investigación, comentaremos las siguientes impresiones.

En primer lugar debemos de comentar la dificultad a la hora de analizar los datos al tratarse de una fuente de datos abierta, lo cual lo hace más complicado de analizar.

### **Hallazgos cuantitativos:**

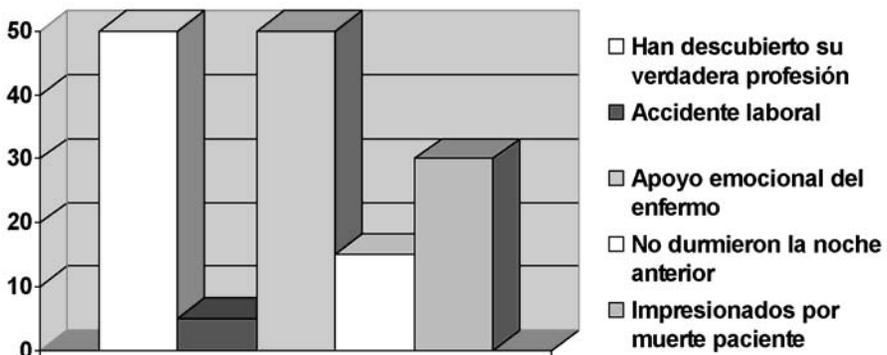
- Nos encontramos que según reflejan los cuadernos de campo de los alumnos estudiados ven como lo más importante que se les considere como uno más, buscar la aceptación social; quiere identificarse y compartir las aficiones de un grupo social y quiere que este grupo lo acepte como miembro como a un igual; uno de ellos comentaba “me han gastado una broma como si ya fuese uno de ellos, ¡que bien!” otro decía “esto me va gustando cada vez más, hacemos de todo, como ellos “

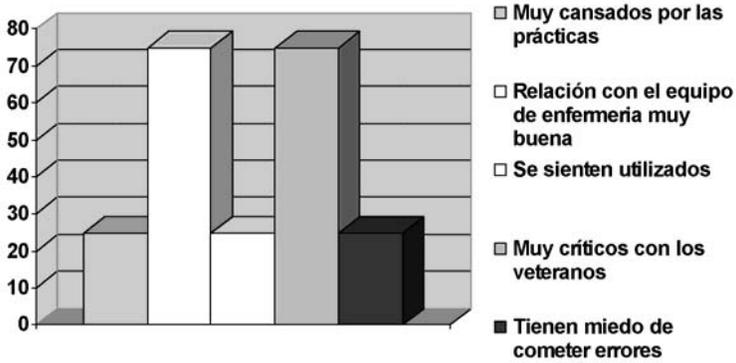
- En un porcentaje similar se sitúan los alumnos que comentan que para ellos lo más importante es el hecho de que se sientan escuchados, atendidos en sus necesidades, problemas e inquietudes.
- Y por último y subiendo un peldaño más en la pirámide de Maslow, lo más valorado por los alumnos ha sido cuando han podido pinchar por primera vez una vena, han visto que han sido capaces y le han demostrado a los compañeros de la unidad de lo que han sido capaces.

### Hallazgos cualitativos:

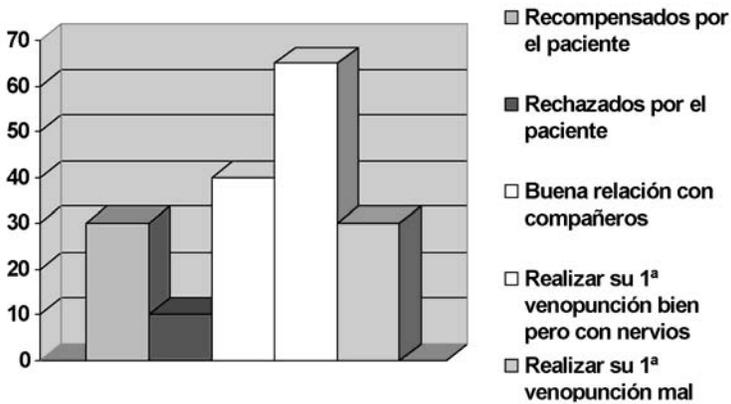
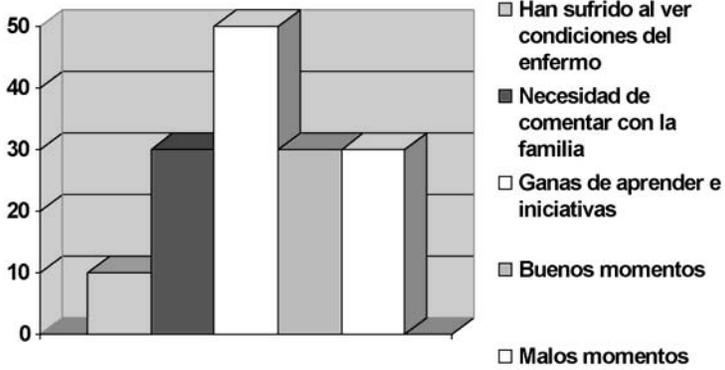
- Los alumnos comentan lo solos que se sienten al realizar las prácticas y como en muchos casos les animan más los paciente que los propios profesionales que están tutelándolos.
- En segundo lugar cuentan que la relación con el equipo ha sido buena, estando en relación directa con el grado de reconocimiento por parte de los profesionales de la unidad a los alumnos.
- En tercer lugar demuestran que la formación en el aula les ha marcado de manera importante, pues tienen muy claro como se deben de realizar los procedimientos, las atenciones que se le deben de dispensar al enfermo y la atención y cuidados que necesitan, y cuando creen que uno de los profesionales que les deben de enseñar no lo realizan, son muy críticos con el/ella y lo plasman en su cuaderno.

### ANEXO 1





## ANEXO 2



## BIBLIOGRAFÍA

- ANTÓ, J.M. Y COMPANYY, A- "Diagnóstico de Salud de la comunidad: principios, métodos, medidas y fuentes de datos". Atención Primaria, nº 1, 1984.
- BANDURA, A., WALTERS, R.H.(1990). Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad. Madrid: Alianza Universidad.
- BARMLÍ, P.: -Antropología en la educación Sanitaria" (pp. 17-24). En Arxiu d'Étnografia de Catalunya. Dossier: Antropología de la Salud (Comelles, J.M. I O. Romaní, comp.) Vol. 7,1989.
- BRUNER, J. (1991) Actos de significado. Más allá de la revolución cognitiva. Alianza, Madrid.
- COLLIÈRE, M. (1989). Utilización de la antropología para abordar las situaciones de cuidados. Rol, 179-180, 17-25.
- FESTINGER, L y KATZ D.: Los métodos de investigación en las ciencias sociales. Editorial Paidós, Buenos Aires, 1979.
- FOSTER, GM.: Antropología aplicada, F.C.E.,México, 1974.
- GEERTZ, C. El antropólogo como autor, Paidós, Barcelona, 1989;
- GETINO, M. Y MARTÍNEZ, A.. Nuevas tendencias en la antropología de la medicina. Revista ROL de enfermería nº 172, 21-27
- LARREA, C. PLANA, M. Antropología y educación para la salud. Revista ROL de enfermería nº 179-180, julio-agosto 1993, 65-69
- MARTORELL, M.A. (2001). ¿Antropoenfermería o Enfermeantropología?. Editorial. Cultura de los Cuidados, año V, nº 9, 5-9.
- NOTIVOL, M.P. (1994) La enfermería clínica y el método fenomenológico. Enfermería Clínica. 1,5:33.
- RICOEUR, P. (1973) Ciencia e ideología. En Revista Ideas y Valores No. 42. Bogotá/73.
- SILES, J. (1991) Evolución histórica de las prácticas de enfermería. Revista de enfermería. Universidad de Castilla La Mancha, 2: 109-125.
- SILES, J. (1996) La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (I). Publicación Científica de Enfermería, 9: 7-11
- SILES, J. (1997) La diferencia entre el aula y el centro sanitario: una apuesta por la implicación del alumnado en el proceso de armonización teórico-práctico (II). Publicación Científica de Enfermería, 10: 17-25
- SILES, J. (1999) Historia de la enfermería. Alicante: Aguaclar
- THORELL-EKSTRAND, I. y BIORVELL, H. (1995). Nursing Students' experience of care planning activities in clinical education. Nursing Education Today, 15, 196-203.
- TOFFLER, A. (1999) "El shock del futuro". Plaza y Janes, Barcelona.
- WATSON, S. (1991) An analysis of concept of experience. Journal of Advanced Nursing. 16:
- ZABALEGI YARNOZ, A. (1999). Prácticas clínicas en enfermería: métodos docentes.

# ***IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA DE INFORMACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL POLIVALENTE***

*(Hospital General Universitario de Alicante)*

*Manuela Domingo Pozo, Ginés Ángel Rodríguez Aguilar, M<sup>a</sup> José Muñoz Reig,  
Concepción Mirambell Miralles*

## **INTRODUCCIÓN**

El Hospital Polivalente del Hospital General Universitario de Alicante es una unidad básica asistencial de enfermería de corta estancia dirigida a prestar cuidados de enfermería a personas cuyas características clínicas exijan una atención terapéutica activa de duración corta que no esté indicada realizar en otros dispositivos hospitalarios. Consta de 23 camas distribuidas alrededor de un control de enfermería. Es una unidad donde existe un horario de visitas e información para los familiares.



Nuestra misión es la mejora continua de productos y servicios para satisfacer las necesidades de nuestros pacientes y de los servicios médicos y quirúrgicos que confían en la cualificación profesional de los enfermeros.

El proyecto ha consistido en la puesta en marcha y desarrollo en el hospital polivalente de *un modelo de gestión propio de enfermería*, considerado este como un medio para la consecución de unos resultados. El liderazgo de la enfermería en la asistencia sanitaria lleva consigo responsabilidades para prestar cuidados eficientes a pacientes y sus familiares.

Los valores básicos fundamentales para el éxito de la unidad son:

- **Los pacientes:** En esta Unidad se atiende a personas, personas, con derechos, con necesidades sanitarias y sociales, en el respeto a los principios de intimidad,

autonomía y dignidad. La atención personalizada e integral es donde se apoya toda nuestra filosofía.

- **Los profesionales de enfermería:** Son el pilar central de la unidad.

- **Los Servicios Médicos y Quirúrgicos:** Son nuestros clientes, la confianza de estos en nuestras actuaciones es el resultado final de nuestros esfuerzos. Tal y como nuestros procedimientos son percibidos, somos nosotros percibidos.

- **Los resultados:** Son la medida final de la eficiencia con la que proporcionamos a nuestros pacientes y servicios médicos y quirúrgicos los mejores productos para sus necesidades. La evaluación continua de los resultados es esencial para la mejora continua.

Los profesionales de enfermería tenemos la necesidad de definir el alcance de nuestro trabajo y la aportación a la mejora de la salud de la población mostrando el impacto de nuestro trabajo en la prestación de cuidados sanitarios. Una de las claves para mostrar y demostrar la aportación de la enfermería a la salud de la población es poder evidenciar los resultados obtenidos en una unidad de enfermería en el individuo-familia. Pero, esto no es posible, sin sistemas que proporcionen la información necesaria para la evaluación de los cuidados (1,2). La estandarización de los procesos de cuidados y la evaluación continua de la actividad asistencial se configuran como las herramientas de gestión que dotan a los órganos directivos de la información adecuada y necesaria para la toma de decisiones. (3,4,5).

Si analizamos las ventajas que nos ofrecen los sistemas de información son(6):

... *para los profesionales de enfermería:*

- Ayuda a mostrar el impacto de su trabajo en el sistema de prestación de cuidados.
- Define la base de conocimientos de la práctica de Enfermería a través de un lenguaje unificado.
- Facilita la toma de decisiones.
- Crea foros de debate a través de grupos de trabajo y de comités técnicos de normalización.
- Fomenta el desarrollo uniforme de la práctica de enfermería.

...*para los órganos gestores y unidades hospitalarias:*

- Permite examinar y comparar el coste de los cuidados.
- Permite evaluar y comparar la eficacia de los cuidados suministrados en múltiples situaciones.
- Facilita la comunicación de los tratamientos de enfermería a otros profesionales.

...*para las instituciones sanitarias:*

- Facilita la implantación de sistemas de gestión integrados.
- Permite la planificación de las necesidades de personal y de equipos y su gestión.
- Favorece el sistema de retribución para los servicios de enfermería.
- Impulsa la promoción de la enfermería en el campo de la política sanitaria.

- Identifica líneas de investigación.
- Incorpora los principios de la calidad total a la gestión de la organización.

*...para la enseñanza:*

- Ayuda a los docentes a desarrollar programas que articulen de mejor manera la docencia
- Facilita la enseñanza de toma de decisiones clínicas a profesionales noveles.

*...para la sociedad:*

- Sirve de comunicación de la naturaleza de los cuidados al público.
- Favorece el desarrollo del enfoque humanista de la atención sanitaria.
- Permite desarrollar procesos de certificación en el campo de la enfermería que garanticen los cuidados prestados.”

En el Hospital Polivalente, debido al grado de complejidad, variedad de los pacientes y rotación de las camas, se hace necesario un análisis en profundidad de los procesos y registros de enfermería, que permitan agilidad en su desarrollo y cumplimentación, y que contemplen toda la actividad de enfermería.

Se precisa de un sistema de información potente que determine la actividad que se desarrolla en el hospital polivalente y que contribuya a la mejora de la calidad de los cuidados de enfermería que se prestan en el mismo. Así, se presentan las herramientas de estandarización que se están desarrollando.

## **OBJETIVOS**

1. Estandarizar los procesos más frecuentes en el Hospital Polivalente.
2. Implantar un sistema de información de enfermería.
3. Evaluar el nivel de cumplimentación y la implantación del registro de enfermería del Hospital Polivalente.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### ***Fases del estudio:***

1. Análisis de las características propias de la unidad y del tipo de pacientes atendidos.
2. Estandarización de los procedimientos más frecuentes.
3. Diseño de un nuevo registro que contempla toda la actuación de enfermería con su guía de cumplimentación (anexo I).
4. Implantación del registro en fase piloto.
5. Reuniones con las enfermeras para analizar modificaciones necesarias en el registro.
6. Implantación definitiva del registro.
7. Audit. del registro: Estudio descriptivo trasversal los días 8 y 11 de octubre 2004 de las hojas de enfermería del polivalente. Sujetos a estudio: registro de enfermería Hospital Polivalente. Muestreo aleatorio simple con reposición de 100 historias clínicas. Variables a estudio: especialidad, motivo ingreso, hora

llegada, alergias, valoración enfermera, preparación del paciente, cuidados post procedimiento, evolución, planificación del alta, constantes, pruebas, medicación, hora salida, fecha y firma enfermera. Se diseña una hoja de recogida de datos para el audit. (anexo II). Se introducen los datos en una base de datos Access y se procede a su análisis estadístico a través del programa SPSS 10.0. Se obtienen frecuencias absolutas y relativas.

## RESULTADOS

### Resultados del análisis de la actividad asistencial: (gráfico 1)

Tabla 1: Cuidados de adaptación al medio a pacientes atendidos en el Hospital Polivalente por: (enero- junio 2004.)

Procedimientos	N	%
Cateterismos cardíacos	321	14,26
ACTP (Angioplastia coronaria trasluminal percutánea)	271	12,03
Endoscopias	11	0,48
Arteriografías cerebrales	88	3,9
MieloTAC	4	0,17
Arteriografías de miembros inferiores	33	1,46
Punción hepática	1	0,04
Cardioversión eléctrica	65	2,88
Estudios electrofisiológicos cardiológicos	37	1,64
Implantación de marcapasos	12	0,53
Ablaciones cardíacas	1	0,04
Punción ovárica (reproducción asistida)	103	4,57
Transferencia embrionaria(reproducción asistida)	88	3,9
Artroscopias de rodilla	110	4,88
Intervenciones de cirugía plástica	15	0,66
Hernias inguinales	72	3,19
Lipomas	10	0,44
Sinus	35	1,55
Fístulas	11	0,48
Hemorroides	9	0,39
Fisuras	10	0,44
Otras intervenciones menores de cirugía	6	0,26
Biopsias hepáticas	16	0,7
Paracentesis	2	0,08
Transfusiones	7	0,31
Sangrías	3	0,13
Administración de tratamientos intravenosos	278	12,35
Procedimientos de banco de sangre	614	27,2
Intervenciones quirúrgicas UDO (unidad del dolor)	10	0,44
Varios	8	0,35
<b>TOTAL INGRESOS</b>	<b>2251</b>	

## **Estandarización de los procesos más frecuentes en el Hospital Polivalente:**

Procedimientos estandarizados: 9

Cuidados de enfermería a pacientes que van a ser sometidos a:

- Angioplastia coronaria transluminal percutánea (ACTP).
- Cateterismos cardiacos.
- Artroscopia.
- Cardioversiones eléctricas.
- Estudio electrofisiológicos.
- Punción ovárica.
- Transferencia embrionaria.
- Implantación de marcapasos.
- Biopsias hepáticas

Todos los procedimientos siguen la misma estructura y han sido validados por la Comisión de Planes de Cuidados del HGUA.

La estructura que siguen es: definición, objetivos, estancia, material necesario, preparación al procedimiento, cuidados post procedimiento, observaciones y una tabla resumen de las actividades más importantes.

Intervenciones de enfermería estandarizadas (ver anexo III): 3

- Enseñanza: prequirúrgica (5610)
- Preparación quirúrgica (2930)
- Planificación del alta (7370)

**Registro de enfermería:** Se diseña un registro que recoja todas y cada una de las peculiaridades de la unidad (Anexo I) y las intervenciones estandarizadas para todos los pacientes, así el registro consta de los siguientes apartados:

- Valoración de enfermería a la llegada a la unidad.
- Preparación previa: donde se incluye las intervenciones Enseñanza: prequirúrgica (5610) y Preparación quirúrgica (2930)
- Cuidados post procedimiento.
- Evolución del paciente.
- Alta : se incluye la intervención Planificación del alta (7370).
- Gráfica de constantes y pruebas.
- Administración de medicación.

En un único documento aparecen reflejadas todas las actividades que realiza la enfermera durante la estancia del paciente en la unidad. Resultados del audit. tras dos meses de implantación (ver tabla 2): el registro se ha implantado en el 100% de los pacientes que ingresan en el hospital polivalente. Las estancias medias por procedimiento son:

- Tratamientos: 3,35 horas
- ACTP: 20 horas.
- Cateterismos cardiacos: 23, 9 horas.
- Punción ovárica: 6,4 horas
- Artroscopias: 8,5 horas

El grado de adecuación de las estancias medias recogidas en los protocolos es bastante alto. Aunque existen diferencias como por ejemplo en la ACTP cuya estan-

cia media registrada en el protocolo es de 24 horas y en cambio en la práctica es de 20 horas.

Gráfico 1: procedimientos más frecuentes realizados en el Hospital Polivalente.

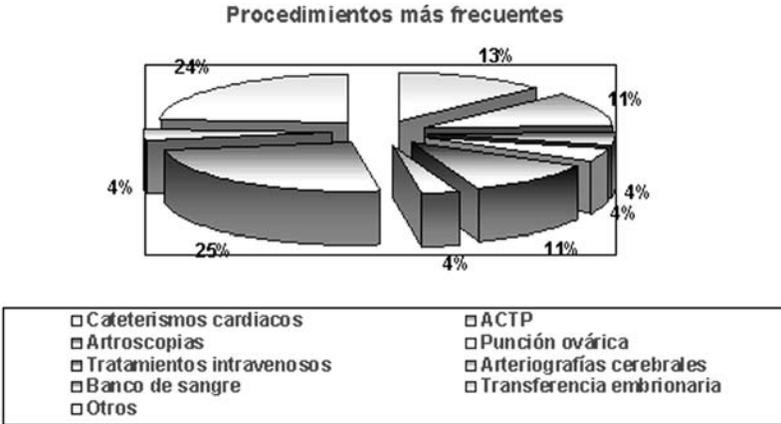


Gráfico 2: variables más cumplimentadas en la valoración al ingreso.

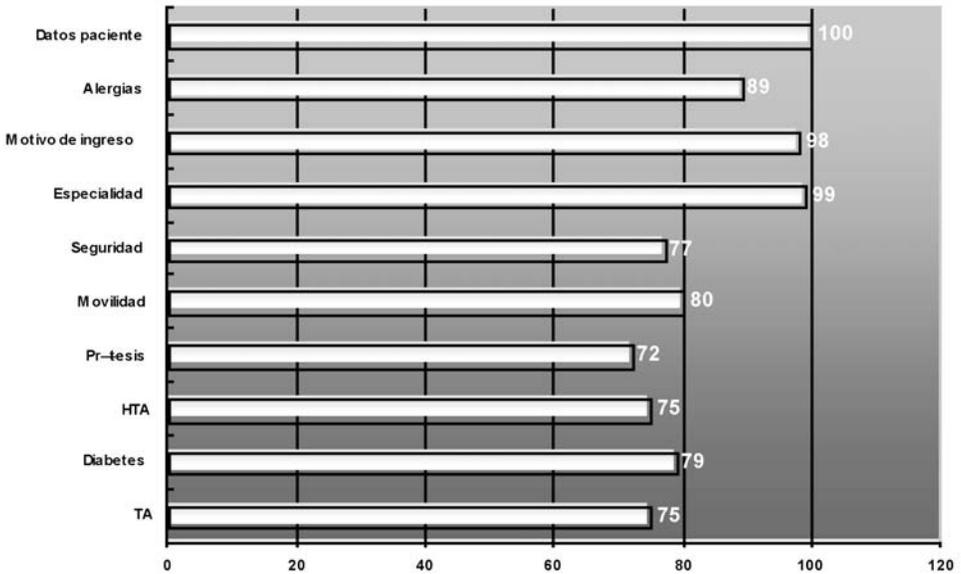


Gráfico 3: variables más cumplimentadas del apartado de preparación al procedimiento.

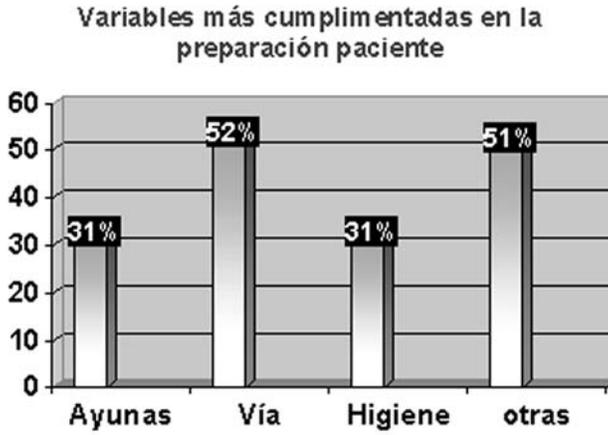


Gráfico 4: Variables más cumplimentadas en el apartado de post procedimiento:

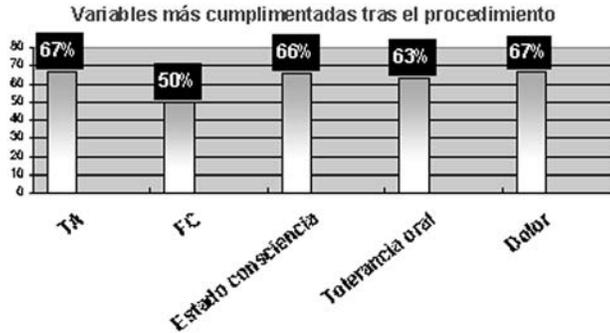


Gráfico 5: % de cumplimentación de las intervenciones estandarizadas.

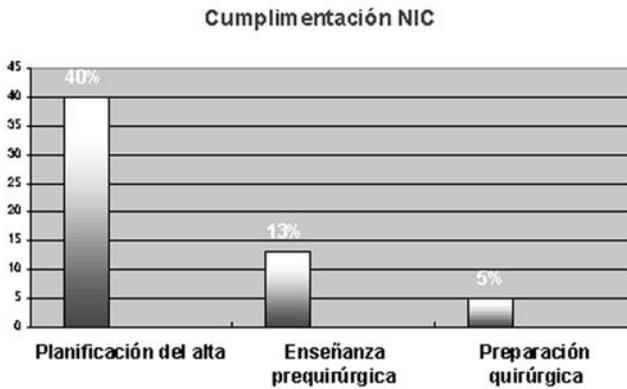
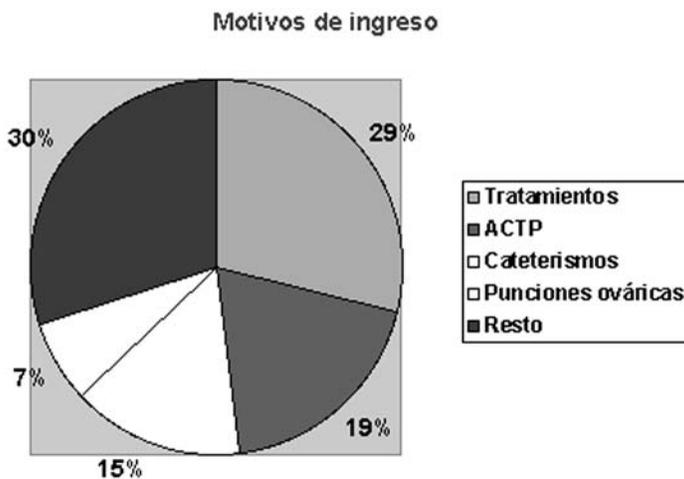


Gráfico 6: motivos de ingreso más frecuentes registrados.



**Tabla 2: Resultados del audit. del registro tras 2 meses de implantación :**

<i>Variables</i>	<i>Porcentaje de cumplimentación (%)</i>	
Especialidad	99 %	35 % Hemodinámica 17 % Unidad del dolor 11 % Nefrología 8 % FIV 6% Cardiología 6% Neuroradiología
Motivo ingreso	98%	29% para tratamientos 19% ACTP 15% cateterismos cardiacos 7% Punción ovárica
Datos del paciente	100%	
Alergias	89%	
Teléfono	51%	
Hora llegada y salida	80%	
Valoración		
TA	75%	
FC	52%	
Diabetes	79%	
Pauta Insulina/ antidiabéticos	68%	
HTA	75%	
Anticoagulación	65%	
Prótesis	72%	

Dieta	55%
Otros	14%
Movilidad	80%
Seguridad	77%
Otras necesidades alteradas	4%
Exploraciones que aporta el paciente	16%
Preoperatorio	22%
Consentimiento cumplimentado	14%
Información previa	12%
Información después	4%

### ***Preparación***

Enseñanza prequirúrgica (5610)	13%	
Preparación quirúrgica (2930)	5%	
Ayunas	31%	
Vía	52%	
Profilaxis	2%	
Higiene	31%	
Rasurado	20%	
Retirar joyas	21%	
Otras intervenciones	51%	“Ingresa para...” 26 %
Fecha	86%	
Firma DUE	88%	
Post procedimiento		
TA	67%	
FC	50%	
ECG	17%	
Estado de consciencia	66%	
Nivel de dolor (escala EVA)	67%	
Tolerancia oral	63%	
Deambulaci3n	19%	
Micci3n	39%	
Diuresis	4%	
Retirada compresi3n	28%	
Retirada de introductor	20%	
Observaciones	53%	“Hecho procedimiento X” 28% “Pulsos pedios +” 21% “No sangrado” 19% “Normotenso” 8%
Fecha	57%	
Firma DUE	62%	
Evoluci3n	69%	9 % registra la medicaci3n administrada en este apartado.

### *Alta*

Planificación del alta (7370)	40 %
Observaciones	79%
Fecha	81%
Firma DUE	80%

### *Gráfica*

FR	0 %
TA	57%
FC	32%
Tª	3%
dolor	1%
Pruebas	5%
Medicación	71%
Glucemias	8%

## **DISCUSIÓN:**

Tras el análisis de los resultados obtenidos se puede concluir que es muy importante adaptar los registros de enfermería de tal forma que sea más fácil dicho registro de toda la actividad de enfermería derivada de la práctica. Si se aportan herramientas metodológicas que ayuden a la enfermera a la estandarización de los procedimientos más frecuentes y a la planificación de los cuidados, se conseguirá un mayor seguimiento y evaluación documentada de los cuidados de enfermería que reciben los pacientes en las unidades de enfermería(7). Así, el aumento de los niveles de cumplimentación en variables que antes no se cumplimentaban, como por ejemplo los aspectos referidos a la valoración inicial de enfermería al ingreso del paciente en la unidad, denota esa necesidad. El nuevo documento que ha sido aprobado por la Comisión de Historias Clínicas sustituye a 5 documentos que antes de la implantación de este registro se utilizaban, pero muchos de ellos no se cumplimentaban en su totalidad. La agilidad de su formato (A3) y el reflejo en él de las actividades más frecuentes permiten a la enfermera el registro de todos los cuidados que realiza.

De los resultados de la auditoría del registro se deduce una minusvaloración de ciertas actividades de enfermería, que realizándose y estando reflejadas en el registro no se cumplimentan, es el caso de las tres intervenciones NIC estandarizadas en el registro: Enseñanza prequirúrgica (13%), preparación quirúrgica (5%) y planificación del alta (40%). Este también es el caso del dolor que tras el procedimiento se mide en un 67% de los casos, el seguimiento del dolor en la gráfica apenas aparece en 1%. La evaluación de la respuesta del paciente al dolor debe tender al 100%, al igual que las alergias se valoran en un 89%. Estos datos vienen a afirmar la idea de

relegar las actividades propias del cuidado a favor de las actividades biomédicas. La canalización de vías periféricas y la administración de medicación contemplan niveles de cumplimentación elevados en comparación con las intervenciones anteriormente citadas.

Tras esta primera evaluación del registro y del grado de cumplimiento de los procedimientos de enfermería estandarizados, se hace necesario reflexionar sobre ciertas deficiencias para corregirlas. Así se procederá a mantener una reunión con los profesionales de enfermería donde se analizarán las variables menos cumplimentadas. Además, tras el audit, se realizarán algunas modificaciones en el registro para hacerlo, si cabe más ágil. La formación y la evaluación continua del personal debe incorporarse en un modelo de gestión que pretende la mejora continua de la calidad de los cuidados.

En la actualidad el 70 % de los procedimientos por los que ingresan los pacientes en el polivalente están estandarizados. El objetivo de los próximos meses será llegar al 90 %, así como informatizar el registro y crear una potente base de datos de los cuidados enfermeros que se llevan a cabo en esta unidad. Así, la práctica asistencial debe basarse en la mejora continua de los cuidados; esto se conseguirá con el trabajo en equipo y basando los cuidados en la evidencia científica. Se debe aumentar la conciencia del personal en la valía propia y en la autonomía profesional para poder mostrar que nuestros cuidados son altamente eficaces y consiguen una rápida recuperación de los pacientes, con altos niveles de seguridad y minimizando para ello los riesgos(9,10).

Los sistemas de registro de enfermería deben reflejar la atención recibida por los pacientes por lo que la baja cumplimentación no permite conocer los efectos que los cuidados de enfermería tienen en los pacientes. En una revisión sistemática de la Cochrane Library no se encuentran estudios de investigación lo suficientemente sólidos para afirmar si el aumento de la cumplimentación de los registros supone una mejora de la calidad de los cuidados (8). Sin embargo, otros artículos como el de Fernández Molina (7) demuestran cómo la valoración de los problemas del paciente aumenta con un cambio de formato más ágil y con formación a los profesionales en su cumplimentación.

Decíamos al principio que el modelo de gestión de los cuidados que hemos desarrollado en el Hospital Polivalente no es un fin en sí mismo, sino que tiene sentido con el propósito de mejorar los resultados finales, conseguir maximizar el grado de competencia global como Unidad de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante.

Gracias a la estandarización y normalización de los cuidados de enfermería se habrá conseguido convertir al Hospital Polivalente en un ejemplo de gestión basado en un modelo enfermero y no biomédico. Pero para ello todavía queda mucho camino que recorrer.

“La sociedad en todos los tiempos y latitudes, acaba por crear aquellas instituciones que le resulten necesarias para su funcionamiento”. B.Malinowsky (1884-1942)

## BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Gabaldón Bravo, E; Gómez Robles, J; Fernández Molina, M; Domingo Pozo, M; Torres Figueiras, M; Terrés Ruiz, C; Gomis García, L. Análisis de las causas del bajo nivel de cumplimentación del paciente al ingreso: una aproximación desde la perspectiva cualitativa. *Cult cuidados* 2002; Año 4 nº 11: 53-60.
3. Sánchez Linares, A; Sans Penon, C. Protocolizar las actividades de enfermería. *Rev Rol de Enfermería.* 2001; 24(1): 67-74
4. Serrano, R. Et al .Estandarizar los cuidados, cuando lo hecho es válido. *Rev Rol de Enferm.* 1997;227-228: 23-31.
5. Teixidó Freixa M. El producto enfermero y la reforma de los procesos asistenciales(III). *Rev Rol de Enf* 2002;25(6):408-410.
6. Proyecto NIPE. ISECS .[www.ocenf.org/nipe/](http://www.ocenf.org/nipe/). Introducción a la normalización.
7. MA. Fernández Molina J. Gómez Robles, , EM. Gabaldón Bravo, M. Domingo Pozo, M. Torres Figueiras, C. Terrés Ruiz. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enferm Clin.* 2003;13(3):137-44
8. Currell R, Wainright P, Urquhart C. Sistemas de registro de enfermería: efectos en la práctica de la enfermería y los resultados en la atención sanitaria (Revisión Cochrane traducida). En: *La Cochrane Library plus en español*, nº 2, 2004. Oxford, Update Software Ltd.
9. Mena Navarro FJ., Macías Rodríguez AC, Romero Corchero M, Valderrama Martín A, Feria Lorenzo D. ¿Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? *Rev. Rol de Enferm* 2001;24(2):137-139.
10. Ortega C.; Sánchez N. "Lenguaje de enfermería en las publicaciones científicas" *Enferm. Científica* 1999 nº 206-207

## Anexo I: Registro de enfermería Cara 1

REGISTRADA EN EL REGISTRO GENERAL DE PROFESIONES DE LA GENERALITAT VALENCIANA  
CONSEJERÍA DE SANIDAD



**AGÈNCIA  
VALENCIANA  
DE SALUT**

Hospital General  
Universitario de Alicante

PRIMER  
COGNOM

SEGON COGNOM  
SEGUNDO

NOM  
NOMBRE

DATA DE NAIXIMENT  
FECHA DE NACIMIENTO

SEXE  
SEXO    M     F

NÚM. DE TARGETA SANITÀRIA  
NÚM. DE TARJETA SANITARIA

NÚM. D'HISTÒRIA CLÍNICA  
NÚM. DE HISTORIA

--	--	--	--

Especialidad.....

Fecha Ingreso:.....Hora llegada:.....

Motivo de Ingreso:.....

Alergias.....

Teléfono contacto cuidador principal:.....

### REGISTRO DE ENFERMERÍA. Hospital Polivalente

A LA LLEGADA A LA UNIDAD

**VALORACIÓN ENFERMERA:**

Constantes: T.A.:..... F.C.:.....

Diabetes:  Sí  No    Pauta Insulina/ Antidiabéticos:.....

Hipertensión:  Sí  No    Terapia anticoagulante:  Sí  No    Tipo:.....

Prótesis dentarias:  Sí  No    Dieta:.....

Otros.....

**NECESIDADES:**

**Movilidad:**

Independiente

Dependiente

Cama

Silla ruedas

**Seguridad:** Estado cognitivo-perceptivo:

Orientado     Desorientado     Alerta     Ansioso     Agitado

Otros.....

Otras necesidades alteradas.....

Exploraciones que aporta al ingreso:  Analítica     ECG     RX     Valoración preanestesia

Previa preoperatorio:  Sí  No

Exploraciones que se realizan:.....

Consentimiento cumplimentado:  Sí  No

Información: Previa al procedimiento:  Sí  No

Después del procedimiento  Sí  No

Enseñanza: prequirúrgica (5610)

Preparación quirúrgica (2930)

Ayunas

Vía periférica

Profilaxis antibiótica

Higiene

Rasurado zona

Retirada prótesis, joyas, esmaltes uñas

Otras intervenciones de enfermería (actividades, cuidados):

.....

.....

.....

.....

PREPARACIÓN PREVIA

Fecha y Firma Enfermera:.....

## Cara 2

Hospital General  
Universitario de Alicante

GENERALITAT VALENCIANA  
CONSSELLERIA DE SANITAT



**AGÈNCIA  
VALENCIANA  
DE SALUT**

**POST PROCEDIMIENTO**

### Cuidados post-procedimiento:

Hora llegada:.....  
 TA:..... FC:..... ECG:   
 Estado de consciencia:.....  
 Nivel de dolor (*Escala EVA 0-10*):.....  
 Tolerancia alimentos / líquidos:.....  
 Deambulación:.....

Micción:     Espontánea         Inducida         Diuresis

M	
T	
N	

Retirada compresión:.....

Retirada introductor:.....

OBSERVACIONES/INCIDENCIAS:.....  
 .....  
 .....

Fecha y Firma enfermera:.....

### EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

FECHA	HORA	RELEVO DE ENFERMERÍA	FIRMA ENFERMERA



# Cara 4

Hospital General  
Universitario de Alicante

GENERALITAT VALENCIANA  
REGISTRARIA DE SANITAT



Tratamiento	Fecha					
PAUTA DE INSULINA según glucemia:	De		De		De	
	Co		Co		Co	
	Ce		Ce		Ce	
<b>Enfermera</b> <i>(firma con las iniciales legibles)</i>	M a ñ a n a					
	Tarde					
	Noche					

**Anexo II: Planilla de recogida de datos**

<b>Variables (Cumplimentadas)</b>	<b>Contenido</b>	<b>Variables (Cumplimentadas)</b>	<b>Contenido</b>
<input type="checkbox"/> Especialidad		<input type="checkbox"/> Especialidad	
<input type="checkbox"/> Motivo ingreso		<input type="checkbox"/> Motivo ingreso	
<input type="checkbox"/> Hora llegada		<input type="checkbox"/> Hora llegada	
<input type="checkbox"/> Alergias		<input type="checkbox"/> Alergias	
<input type="checkbox"/> Teléfono		<input type="checkbox"/> Teléfono	
<b>Valoración</b>			
<input type="checkbox"/> TA		<input type="checkbox"/> TA	
<input type="checkbox"/> FC		<input type="checkbox"/> FC	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Diabetes	
<input type="checkbox"/> PInsulina		<input type="checkbox"/> PInsulina	
<input type="checkbox"/> HTA		<input type="checkbox"/> HTA	
<input type="checkbox"/> Anticoagulación		<input type="checkbox"/> Anticoagulación	
<input type="checkbox"/> Prótesis		<input type="checkbox"/> Prótesis	
<input type="checkbox"/> Dieta		<input type="checkbox"/> Dieta	
<input type="checkbox"/> Otros		<input type="checkbox"/> Otros	
<input type="checkbox"/> Movilidad		<input type="checkbox"/> Movilidad	
<input type="checkbox"/> Seguridad		<input type="checkbox"/> Seguridad	
<input type="checkbox"/> Otras necesidades		<input type="checkbox"/> Otras necesidades	
<input type="checkbox"/> Exploraciones aporta		<input type="checkbox"/> Exploraciones aporta	
<input type="checkbox"/> Preoperatorio		<input type="checkbox"/> Preoperatorio	
<input type="checkbox"/> Consentimiento		<input type="checkbox"/> Consentimiento	
<input type="checkbox"/> Información previa		<input type="checkbox"/> Información previa	
<input type="checkbox"/> Información después		<input type="checkbox"/> Información después	
<b>Preparación</b>			
<input type="checkbox"/> Enseñanza preqx		<input type="checkbox"/> Enseñanza preqx	
<input type="checkbox"/> Preparación qx		<input type="checkbox"/> Preparación qx	
<input type="checkbox"/> Ayunas		<input type="checkbox"/> Ayunas	
<input type="checkbox"/> Vía		<input type="checkbox"/> Vía	
<input type="checkbox"/> Profilaxis		<input type="checkbox"/> Profilaxis	
<input type="checkbox"/> Higiene		<input type="checkbox"/> Higiene	
<input type="checkbox"/> Rasurado		<input type="checkbox"/> Rasurado	
<input type="checkbox"/> Retirar joyas		<input type="checkbox"/> Retirar joyas	
<input type="checkbox"/> Otras interv		<input type="checkbox"/> Otras interv	
<input type="checkbox"/> Fecha		<input type="checkbox"/> Fecha	
<input type="checkbox"/> Firma DUE		<input type="checkbox"/> Firma DUE	
<b>Post procedimiento</b>			
<input type="checkbox"/> Hora llegada		<input type="checkbox"/> Hora llegada	
<input type="checkbox"/> TA		<input type="checkbox"/> TA	
<input type="checkbox"/> FC		<input type="checkbox"/> FC	
<input type="checkbox"/> ECG		<input type="checkbox"/> ECG	
<input type="checkbox"/> Consciencia		<input type="checkbox"/> Consciencia	
<input type="checkbox"/> EVA		<input type="checkbox"/> EVA	

<input type="checkbox"/> Tolerancia		<input type="checkbox"/> Tolerancia	
<input type="checkbox"/> Deambulaci3n		<input type="checkbox"/> Deambulaci3n	
<input type="checkbox"/> Micci3n		<input type="checkbox"/> Micci3n	
<input type="checkbox"/> Diuresis		<input type="checkbox"/> Diuresis	
<input type="checkbox"/> Compresi3n		<input type="checkbox"/> Compresi3n	
<input type="checkbox"/> Introductor		<input type="checkbox"/> Introductor	
<input type="checkbox"/> Observaciones		<input type="checkbox"/> Observaciones	
<input type="checkbox"/> Fecha		<input type="checkbox"/> Fecha	
<input type="checkbox"/> Firma DUE		<input type="checkbox"/> Firma DUE	
<input type="checkbox"/> Evoluci3n		<input type="checkbox"/> Evoluci3n	
<b>Alta</b>			
<input type="checkbox"/> Planif alta		<input type="checkbox"/> Planif alta	
<input type="checkbox"/> Observaciones		<input type="checkbox"/> Observaciones	
<input type="checkbox"/> Fecha		<input type="checkbox"/> Fecha	
<input type="checkbox"/> Firma DUE		<input type="checkbox"/> Firma DUE	
<input type="checkbox"/> Hora salida		<input type="checkbox"/> Hora salida	
<b>Gráfica</b>			
<input type="checkbox"/> FR		<input type="checkbox"/> FR	
<input type="checkbox"/> TA		<input type="checkbox"/> TA	
<input type="checkbox"/> FC		<input type="checkbox"/> FC	
<input type="checkbox"/> Tª		<input type="checkbox"/> Tª	
<input type="checkbox"/> dolor		<input type="checkbox"/> dolor	
<input type="checkbox"/> Pruebas		<input type="checkbox"/> Pruebas	
<input type="checkbox"/> Medicaci3n		<input type="checkbox"/> Medicaci3n	

**Anexo III:**  
**Intervenciones de enfermería estandarizadas para todos los pacientes.**  
**Incorporadas en el registro de enfermería.**

**Enseñanza: prequirúrgica / preprocedimiento (5610)**

Ayudar a un paciente a comprender y prepararse mentalmente para la cirugía y el período postoperatorio.

**Actividades:**

- 5610.1. Informar al paciente y familia acerca de la fecha, hora y lugar programado del procedimiento.
- 5610.2. Informar al paciente y familia de la duración esperada del procedimiento.
- 5610.3. Conocer el nivel de conocimientos del paciente previo relacionado con el procedimiento.
- 5610.4. Evaluar la ansiedad del paciente y familia relacionada con el procedimiento.
- 5610.5. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- 5610.6. Describir las actividades pre y post procedimiento.
- 5610.7. Proporcionar información acerca de lo que sentirá durante el procedimiento.
- 5610.8. Discutir las medidas de control del dolor.
- 5610.10. Instruir al paciente sobre la técnica para levantarse de la cama.
- 5610.13. Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo.

**Preparación quirúrgica (2930)**

Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos, pruebas y documentación requeridos en el registro clínico.

**Actividades:**

- 2930.1. Determinar el nivel de ansiedad o miedo del paciente respecto del procedimiento quirúrgico.
- 2930.2. Confirmar la explicación preoperatorio.
- 2930.3. Asegurarse de que el paciente está en ayunas, si procede.
- 2930.4. Verificar que se ha firmado el consentimiento informado.
- 2930.5. Verificar que se han realizado las pruebas de laboratorio necesarias.
- 2930.6. Verificar que se ha realizado ECG.
- 2930.7. Comunicar al personal de quirófano las necesidades de cuidados especiales.

- 2930.8. Comprobar que el paciente lleva la banda de identificación, y de alergias si procede.
- 2930.9.10 Retirar anillos, pulsera, y extraer dentaduras postizas, gafas, lentillas u otras prótesis.
- 2930.11. Quitar el esmalte de uñas, maquillaje, si procede.
- 2930.12. Administrar enemas, si precisa.
- 2930.13. Administrar la medicación preoperatorio, si procede.
- 2930.14. Realizar rasurado y ducha, si procede.
- 2930.15. Comprobar que el paciente se ha colocado las prendas de vestir según el protocolo.
- 2930.16. Proporcionar información a la familia sobre las zonas de espera..
- 2930.17. Preparar la habitación para el retorno del paciente de la cirugía.

### **Planificación del alta (7370)**

Preparación para trasladar al paciente desde un nivel de cuidados a otro dentro o fuera del centro de cuidados actual.

#### ***Actividades:***

- 7370.1. Ayudar al paciente y familia a preparar el alta.
- 7370.2. Colaborar con el médico, paciente y familia y demás miembros del equipo sanitario en la planificación de la continuidad de cuidados.
- 7370.3. Identificar la comprensión de los conocimientos o habilidades necesarios por parte del paciente y del cuidador principal para poner en práctica después del alta.
- 7370.4. Identificar lo que debe aprender el paciente para los cuidados posteriores al alta.
- 7370.5. Observar si todo está listo para el alta.
- 7370.6. Comunicar al paciente los planes de alta.
- 7370.7. Registrar los planes de alta en la documentación de enfermería.

# ***CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN U.C.I. REVISIÓN ACTUALIZADA SEGÚN EVIDENCIA CIENTÍFICA***

*(Hospital General Universitario de Elche)*

*Carmen Pilar Miquel Roig, Cristina Huertas Linero, María Pastor Martínez*

## **INTRODUCCIÓN**

Los cuidados y técnicas en las Unidades de Cuidados de Intensivos plantea cierta variabilidad, ya que muchos de ellos se realizan de forma rutinaria y sin base científica.

Partiendo de esta premisa, nos planteamos realizar una búsqueda bibliográfica que confirmara de manera científica nuestra actuación en los cuidados y técnicas.

## **OBJETIVOS**

- Actualizar de forma científica, la correcta realización de los cuidados de Enfermería.
- Aportar un instrumento de trabajo (tabla protocolizada), de fácil manejo para el personal de Enfermería.

## **ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA**

Para la búsqueda de la evidencia se revisaron las bases de datos Medline, Cochrane, Cinahl y Cuides. Se estableció contacto con profesionales expertos, para averiguar la existencia de trabajos en realización o recientemente completados (O.R.L., Medicina Preventiva, Oftalmología, Odontología) y también con laboratorios. Se revisaron publicaciones en revistas de Enfermería (Enfermería Intensiva, Nursing, Rol) y manuales de Cuidados de Enfermería.

## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

Se incluyeron todos los ensayos controlados con asignación al azar, realizados en Unidades de Críticos y aquellos trabajos realizados con pacientes similares a los de nuestra unidad. Se excluyeron, los estudios realizados en Unidades de Críticos Pediátricas.

## RESULTADOS

La revisión de los estudios seleccionados se lleva a cabo por dos revisores de forma independiente.

Para la clasificación de los niveles de evidencia, se siguió la clasificación de la metodología canadiense del departamento de fuerzas, utilizando niveles de calidad de evidencia publicada y grado de recomendaciones:

### Tabla 1 Clasificación de la evidencia publicada

I	Evidencia por lo menos de un ensayo clínico controlado con asignación aleatoria adecuado
II-1	Evidencia obtenida a partir de ensayos clínicos controlados sin asignación aleatoria de diseño adecuado
II-2	Evidencia de estudios de cohortes de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de mas de un centro o grupo de investigación
III3	Evidencia de series temporales múltiples con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados.
III	Opinión de autoridades respetadas, basadas en su experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

### Tabla 2 Grado de recomendaciones

A	Fuerte relación resultados/ beneficio para apoyar la intervención
B	Moderada relación resultados/beneficio para apoyar la intervención
C	Evidencia débil a favor o en contra, pero la recomendación se puede hacer con otros argumentos
D	Moderada relación riesgo/ beneficio en contra de la intervención
E	Fuerte relación en contra de la intervención

### Los resultados obtenidos muestran:

- La disminución en el numero de curas de catéteres venosos o arteriales y los cambios de sistemas de infusión se traducía en una menor incidencia de las infecciones(nivel de evidencia IA).

- En sondaje vesical y nasogástrico, no encontramos evidencia científica respecto al cambio periodico, siendo aconsejable su retirada ante cualquier sintomatología.

- En la higiene bucal y ocular en pacientes intubados y/o sedados el nivel de evidencia fue de IIIB.Para estos casos la recomendación de los expertos es,la clorhexidina 0,12 % para la higiene bucal y suero fisiológico más lubricante ocular para la higiene ocular.

- Encontramos evidencia que sustenta que el cambio de tubuladuras del repirador, debe realizarse una vez por semana(nivel de evidencia IA).

- En los cambios de cánula completa de traqueotomía, se encontró evidencia científica a favor del cambio cada 5 días, tanto el primer cambio como los sucesivos(nivel de evidencia IA).

- Fuerte evidencia a favor del uso de la clorhexidina alcohólica 2% como anti-séptico de primera elección en curas de catéteres.

Ver tabla 3

### Cuidados de enfermería

	Técnica	Curas *	Cambio sist. Infusión Y llaves de 3 pasos.**
Vías periféricas	Lavado de manos, guantes limpios. IA	Solo en caso de suciedad o mojado. IA	No precisa, solo en caso de cambio de vía. IA
Vías Centrales	Estéril IA	C/72h IA	C/72h IA
Cat. Arteriales	Estéril IA	C/72h IA	No precisa cambio. Lavar Llave 3p. Tapón estéril. IA
Swan-Ganz	Estéril IA	C/72h y cambio 5 días IA	C/72h IA
Introduccion F. cateterismo		Retirada 4-6h. Compresivo durante 24h. IIIB	
	Técnica	Cuidados	Cambio
Sonda vesical	Estéril IA	Lavado zona con clorhexidina c/24h y si precisa III-B	C728 días latex. Silicona C/ 2 meses. Utilizar sistema cerrado. IIIA
Sonda Nasogástrica	Lavado de manos Guantes limpios IA	Lavar y lubricar fosas nasales, cambio aposito y movilizar S.N.G c/24h IIIB	Cuando haya obstrucción u otros problemas. IIIA
	Técnica		Frecuencia
Higiene bucal	Enjuague con clorhexidina 0.12%. Hidratar labios IIIB		1 vez por turno y cuando precise
Higiene ocular	Lavado por arrastre con S.F y después lágrima artificial. IIIB		1 vez por turno y cuando precise
Higiene corporal	Lavado agua y jabón neutro e hidratación IIIB		1 vez al día y cuando precise.
		Cuidados	Cambio
Tubo O.T			Alternar comisura labial C/turno III B
Tubuladura respirador			1 vez por semana (LUNES) y cuando precise IA
Humidificador respirador			1 vez por turno y cuando precise III
Cánula Traqueotomía		Cura C/24h y si precisa con S.F y clorhexidina 2% Cambio sujeción C/24 y si precisa IA	Cánula interna c/24h y si precisa. Cánula completa cambiar c/5 días (1ª vez y sucesivas) IA

\* El antiséptico de elección será la clorhexidina alcohólica al 2%. IA

\*CLASIFICACION DE LA EVIDENCIA.

-Tabla 3-

## CONCLUSIONES

Algunas técnicas y cuidados, que realiza el personal de Enfermería, disminuye la calidad asistencial y en ocasiones aumenta la carga de trabajo.

Según nuestro estudio podemos afirmar la carencia de base científica, en ciertos cuidados como la higiene bucal y ocular en pacientes intubados y/o sedados.

Destacamos la importancia de realizar revisiones periódicas de los Cuidados de Enfermería en todas las Unidades de Hospitalización.

## BIBLIOGRAFÍA (según tabla):

### • Vías Periféricas:

#### \* Técnica:

1. Nogueiras M, Marinsalta N, Roussel M, Notario R. Importance of hand germ contamination in health-care workers as possible carriers of nosocomial infections. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*. 2001 May-Jun;43(3):149-52.
2. Larson EL, Laughon BE. Comparison of four antiseptic products containing chlorhexidine gluconate. *Antimicrob Agents Chemother*. 1987 Oct; 31(10):1572-4.
3. Guilhermetti M, Hernandez SE, Fukushigue Y, Garcia LB, Cardoso CL. Effectiveness of hand-cleansing agents for removing methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from contaminated hands. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2001 Feb;22(2):105-8.
4. Larson EL, Aiello AE, Bastyr J, et al. Assessment of two hand hygiene regimens for intensive care unit personnel. *Crit Care Med*. 2001 May;29(5):944-51.

#### \* Cambio del sistema de infusion:

5. Josephson A, Gombert ME, Sierra MF, Karanfil LV, Tansino GF. The relationship between intravenous fluid contamination and the frequency of tubing replacement. *Infect Control* 1985; 6:367-70.
6. McLane C, Morris L, Holm K. A comparison of intravascular pressure monitoring system contamination and patient bacteremia with use of 48- and 72-hour system change intervals. *Heart Lung* 1998; 27:200-8.
7. Maki DG, Botticelli JT, LeRoy ML, Thielke TS. Prospective study of replacing administration sets for intravenous therapy at 48- vs 72-hour intervals. 72 hours is safe and cost-effective. *JAMA* 1987; 258:1777-81.
8. Sitges-Serra A, Linares J, Perez JL, Jaurieta E, Lorente L. A randomized trial on the effect of tubing changes on hub contamination and catheter sepsis during parenteral nutrition. *J Parenter Enteral Nutr* 1985; 9:322-5.
9. Juvé Udina ME, Carbonell Ribalta MD, Soldevila Casas RM, Campa Pulido I, Juárez Vives M. Mantenimiento de catéteres venosos periféricos durante más de cuatro días. En busca de la mayor evidencia. *Enf Clínica* 2003; 13: 208-216

### • Vías centrales y catéter arterial

10. ¿Cómo prevenir la infección relacionada con el cateterismo intravascular?. En: Laboratorios INIBSA. Departament de Sanitat i Seguretat Social Generalitat de Catalunya.
11. Roncero A, Bannink H, Flores L, León C. Manejo de catéteres intravasculares. Análisis de una encuesta nacional
12. Acebrón V, Castilla ML, Díaz-Cano F, Fernández S, Mínguez D, Tejero P. Recomendaciones para la prevención de la infección asociada al uso de los dispositivos intravasculares. *Medicina Preventiva* 1998 vol IV, número 3, tercer trimestre
13. CDC. Guidelines for Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections 2002; 51, N° RR-10.
14. Mermel L. Prevention of Intravascular Catheter-Related Infections. *Annals of Internal Medicine* 2000; 132: 391-402.

- Sonda vesical

15. Leone M, Arnaud S, Boisson C, Blanc-Bimar MC, Martin C. Catheter-related nosocomial urinary infections in intensive care: physiopathology, epidemiology and prevention. *Ann Fr Anesth Reanim* 2000; 19: 23-34.
16. CDC. Guidelines for Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infections, 1981.
17. Corgoran GB, Kirkwood EM. Revise Guidelines for the control of MRSA infection in Hospitals. *Journal of Hospital Infections* 1999; 1: 72-74.
18. Fernando J, López F. En : Guía de Higiene y Prevención de la infección hospitalaria. Ed Díaz de Santos 1998.

- Sonda nasogástrica

19. Nogueras M, Marinsalta N, Roussel M, Notario R. Importance of hand germ contamination in health-care workers as possible carriers of nosocomial infections. *Rev Inst Med Trop Sao Paulo* 2001;43:149-52.
20. Larson EL, Laughon BE. Comparison of four antiseptic products containing chlorhexidine gluconate. *Antimicrob Agents Chemother* 1987; 31:1572-4.
21. Guilhermetti M, Hernandez SE, Fukushigue Y, Garcia LB, Cardoso CL. Effectiveness of hand-cleansing agents for removing methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* from contaminated hands. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2001;22:105-8.
22. Larson EL, Aiello AE, Bastyr J, Lyle C, Stahl J, Cronquist A, et al. Assessment of two hand hygiene regimens for intensive care unit personnel. *Crit Care Med* 2001;29:944-51.

- Higiene bucal

23. Fourrier F, Cau-Pottier E, Boutigny H, Roussel-Delvallez M, Jourdain M, Chopin C. Effects of dental plaque antiseptic decontamination on bacterial colonization and nosocomial infections in critically ill patients. *Intensive Care Med* 2000;26:1239-47.
24. Houston S, Hougland P, Anderson JJ, LaRocco M, Kennedy V, Gentry LO. Effectiveness of 0.12% chlorhexidine gluconate oral rinse in reducing prevalence of nosocomial pneumonia in patients undergoing heart surgery. *Am J Crit Care* 2002;11:567-70.
25. Guía de Recomendaciones para el control de la Infección nosocomial. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat 2003; Capítulo III (1): 153-157
26. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad en cama. En *Enfermería 21. Enfermería medico-quirúrgica*. Ed. DAE. 2001; 823-825.

- Higiene ocular

27. Cortese D, Capp L, McKinley S. Moisture Chamber versus lubrication for the prevention of corneal epithelial breakdown. *Am J Crit Care* 1995;4:425-8.
28. Imanaka H, Taenaka N, Nakamura J, Aoyama K, Hosotani H. Ocular surface disorders in the critically ill. *Anesth Analg* 1997;85:343-6.
29. Lenart SB, Garrity JA. Eye care for patients receiving neuromuscular blocking agents or propofol during mechanical ventilation. *Am J Crit Care*. 2000 ;9:188-91.
30. Cuidados oculares. En: *Farmacología ocular* 1994. Ed. UPC.
31. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad en cama. En *Enfermería 21. Enfermería medico-quirúrgica*. Ed. DAE. 2001; 823-825.

- Higiene corporal

32. Deterioro de la integridad cutánea relacionado con inmovilidad en cama. En *Enfermería 21. Enfermería medico-quirúrgica*. Ed. DAE. 2001; 823-825.

- Tubo orotraqueal y humidificador del respirador

33. Cuidados del paciente con intubación orotraqueal. En: *Trastornos Respiratorios*. 1993; 253. Ed. Doyma

- Tubuladura del respirador

34. Long MN, Wickstrom G, Grimes A, Benton CF, Belcher B, Stamm AM. Prospective, randomized study of ventilator-associated pneumonia in patients with one versus three ventilator circuit changes per week. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1996 ;17:14-9.
35. Kollef MH, Shapiro SD, Fraser VJ, Silver P, Murphy DM, Trovillion E, et al. Mechanical ventilation with or without 7-day circuit changes. A randomized controlled trial. *Ann Intern Med.* 1995; 123:168-74.

- Cánula de la traqueostomía

36. Álvarez Sánchez J, Antón Pleite EM, López Yagüe MJ, et al. Efecto sobre la contaminación microbiológica y de confort del paciente ante dos diferentes pautas temporales de cambio de cánulas traqueales. *Enfermería Intensiva* 200; 11: 99-106.

- Clorhexidina al 2% como antiséptico de elección

37. Maki DG, Ringer M, Alvarado CJ. Prospective randomised trial of povidone-iodine, alcohol, and chlorhexidine for prevention of infection associated with central venous and arterial catheters. *Lancet.* 1991;338:339-43.
38. Mimoz O, Pieroni L, Lawrence C, Edouard A, Costa Y, Samii K, Brun-Buisson C. Prospective, randomized trial of two antiseptic solutions for prevention of central venous or arterial catheter colonization and infection in intensive care unit patients. *Crit Care Med* 1996;24:1818-23.
39. Mimoz O, Karim A, Mercat A, Cosseron M, Falissard B, Parker F, Richard C, Samii K, Nordmann P. Chlorhexidine compared with povidone-iodine as skin preparation before blood culture. A randomized, controlled trial. *Ann Intern Med.* 1999;131:834-7.
40. Chaiyakunapruk N, Veenstra DL, Lipsky BA, Saint S. Chlorhexidine compared with povidone-iodine solution for vascular catheter-site care: a meta-analysis. *Ann Intern Med* 2002;136:792-801. Summary for patients in: *Ann Intern Med* 2002;136:126.

# **ESTOY EN "OFF": GESTIÓN DE UN CASO DE CUIDADOS**

*(Hospital General Universitario de Alicante)*

*Nieves Izquierdo García, Nieves Prieto Castelló, Lorena Giménez Ballester,  
Carmen Molina Mínguez, María Torres Marín, Emilia Bielsa Juliá, Laura Favieres Aracil,  
M<sup>a</sup> Antonia Alonso Roman, M<sup>a</sup> José Mora Zamora*

## **INTRODUCCIÓN**

La enfermedad de Parkinson es una dolencia neurodegenerativa, de curso crónico y progresivo, y de etiología multifactorial y desconocida, caracterizada por 4 síntomas principales: temblor de reposo, rigidez, bradicinesia y alteración del equilibrio y la marcha.

Descrita originariamente en 1817 por el doctor británico James Parkinson<sup>14</sup>, en la actualidad su causa sigue siendo desconocida, aunque la investigación en este área es activa y constantemente se están recibiendo resultados nuevos e interesantes. Varias hipótesis la relacionan con factores como: envejecimiento acelerado, daño oxidativo, toxinas ambientales y/o predisposición genética, siendo ésta última, junto con la presencia de una toxina química MP-TP las únicas causas probadas<sup>10</sup>.

La enfermedad de Parkinson se desarrolla cuando se produce una pérdida de neuronas productoras de dopamina en una pequeña región de la base del cerebro llamada sustancia negra. La pérdida de dopamina (neurotransmisor que permite la transmisión de información entre neuronas) es la que provoca que los impulsos no puedan transmitirse correctamente, dejando a los pacientes incapaces de controlar sus movimientos de forma normal, desarrollándose los signos y síntomas descritos anteriormente.

Tratándose de una enfermedad muy heterogénea, el tratamiento varía dependiendo del estado de evolución del paciente y de la edad de comienzo de los síntomas, por lo que ha de ser siempre individualizado, adaptado a las necesidades y dirigido a controlar los síntomas, con el objetivo de prevenir que éstos causen discapacidad. Las 2 vías principales de tratamiento son: cirugía y tratamiento farmacológico<sup>5</sup>, siendo la Levodopa el fármaco más efectivo. Actualmente se está utilizando también la Apomorfina en los periodos en "off", aquellos en los que el paciente se queda totalmente bloqueado.

Es uno de los trastornos neurológicos degenerativos de más alta frecuencia. Una persona de cada mil la desarrolla. Afecta a ambos sexos por igual, no es hereditaria

ni contagiosa. No conoce de fronteras sociales, económicas o geográficas, sólo la edad está correlacionada con la aparición de la enfermedad, siendo propia de la edad avanzada y creciendo el riesgo de padecerla con la misma. Es una enfermedad de los años intermedios-finales de vida, se inicia entre los 50 y 60 años en el 40% de los casos, siendo los 65 la edad promedio de inicio<sup>19</sup>. No obstante, 1 de cada 7 individuos con Parkinson ha desarrollado los síntomas antes de los 40 años. Distinguimos pues el Parkinson de Inicio Precoz, cuando la enfermedad se desarrolla entre los 21 y los 40 años, con una prevalencia entre 2-5% y el Parkinson Juvenil desarrollado antes de los 21 años.

En el caso de nuestro paciente, se le diagnosticó la enfermedad a los 27 años, la cual le supone un deterioro y afectación para desarrollar una vida normal a nivel individual, familiar, social y laboral. Este caso es suficientemente motivador para nosotros por sus características con respecto a su inicio, evolución, tratamiento y perspectivas de futuro, así como las consecuencias sociofamiliares que se desarrollan en su entorno.

Pretendemos con este trabajo cerciorarnos de que el método científico (Proceso de Atención de Enfermería) aplicado a la práctica asistencial es posible. La estandarización de los cuidados ha de servir para aunar teoría y práctica, hecho éste imprescindible para la realización de las intervenciones enfermeras. De ello se derivará la individualización de los cuidados, motivo éste que nos ha llevado al planteamiento de hipótesis y objetivos que esperamos lograr.

## **HIPÓTESIS**

- Con un plan de cuidados individualizado el paciente aumentará el grado de autonomía en las actividades de la vida diaria e integrará al cuidador más eficazmente en el proceso de la enfermedad.

## **OBJETIVOS**

- Individualizar un plan de cuidados estandarizado
- Medir los resultados obtenidos a través de un plan de cuidados individualizado.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realiza una revisión bibliográfica sobre la patología y las bases de la metodología del proceso enfermero.

Se ha utilizado como soporte el Plan de cuidados al paciente con Enfermedad de Parkinson (GRD-012), confeccionado según el modelo de cuidados de Dorothea Orem, elaborado en nuestra unidad y validado por la Comisión de Planes de cuidados del Hospital General U. Alicante. Este plan estándar, elaborado con taxonomías de NANDA (Definición y Clasificación de los Diagnósticos Enfermeros, 2003-2004), CIE/NIC (Clasificación de Intervenciones de Enfermería), CRE/NOC (Clasificación de Resultados de Enfermería), que se encuentran en la INTRANET de nuestro hospital, nos ha servido como guía para la realización del Plan Individualizado aplicado a nuestro paciente (varón de 34 años diagnosticado de

Enfermedad de Parkinson juvenil hace 7 años). Se pidió consentimiento verbal y por escrito para tratar su caso.

Tras una valoración inicial, donde se detectaron los diagnósticos enfermeros presentes en el paciente, planteamos para cada uno de ellos los objetivos a conseguir, así como las intervenciones a realizar; midiendo los resultados obtenidos con las escalas (NOC) determinadas en el plan estándar.

El plan fue aplicado y reevaluado diariamente y por turnos durante los 8 días de estancia en la unidad, realizándose durante esos días 3 sesiones clínicas de enfermería para el seguimiento y consenso acerca del plan.

En la evaluación al alta se valoró el plan, midiendo de nuevo los resultados con las escalas (NOC) prefijadas al ingreso.

La validación de las escalas de los indicadores, método de medida utilizado, se realizó por observación directa en la primera y última valoración por la misma enfermera.

## RESULTADOS

Siguiendo las etapas del plan de cuidados llegamos a los siguientes resultados:

### VALORACIÓN

El 6-10-04 se recogieron datos a través de la entrevista con el paciente y cuidador y la observación directa, que nos permitieron identificar unos diagnósticos según los problemas específicos del paciente, aplicándoles a cada uno de ellos las escalas de medición prefijadas (NOC) y obteniendo al ingreso la siguiente puntuación:

1. Deterioro de la movilidad física r/c temblor, rigidez y bradicinesia -> 2-3
2. Riesgo de caídas r/c dificultades en el equilibrio y la marcha -> 5
3. Deterioro de la comunicación verbal r/c la enfermedad de Parkinson -> 3
4. Déficit de autocuidado: alimentación r/c la enfermedad de Parkinson -> 4-5
5. Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c la falta de coordinación -> 3-4
6. Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento r/c la dificultad de movimiento -> 4
7. Déficit de autocuidado: uso de WC r/c la falta de coordinación -> 4-5
8. Deterioro del patrón del sueño r/c efectos secundarios del tratamiento y factores de la enfermedad del Parkinson -> 3
9. Disfunción de la sexualidad r/c la enfermedad de Parkinson -> 1-2
10. Incontinencia urinaria funcional r/c la limitación neuromuscular y enfermedad de Parkinson -> 2-3
11. Cansancio en el desempeño del rol del cuidador r/c la enfermedad crónica -> 2

El 7-10-04 apareció un nuevo diagnóstico, repitiéndose en días sucesivos en 5 ocasiones:

12. Dolor agudo r/c espasmos y contracturas -> 3

Como complicación al ingreso el paciente presentaba sialorrea que se mantuvo hasta el alta.

## **PLANIFICACIÓN**

Nos planteamos unos objetivos concretos al ingreso, en base a los cuales seleccionamos las intervenciones realistas y ajustadas a nuestros recursos que nos permitieran alcanzarlos (ANEXO 2)

## **EJECUCIÓN**

Las actividades se fueron revisando, modificando, incorporando y suprimiendo continuamente durante los días de aplicación del plan, haciendo un registro estandarizado y por turnos de las actividades llevadas a cabo.

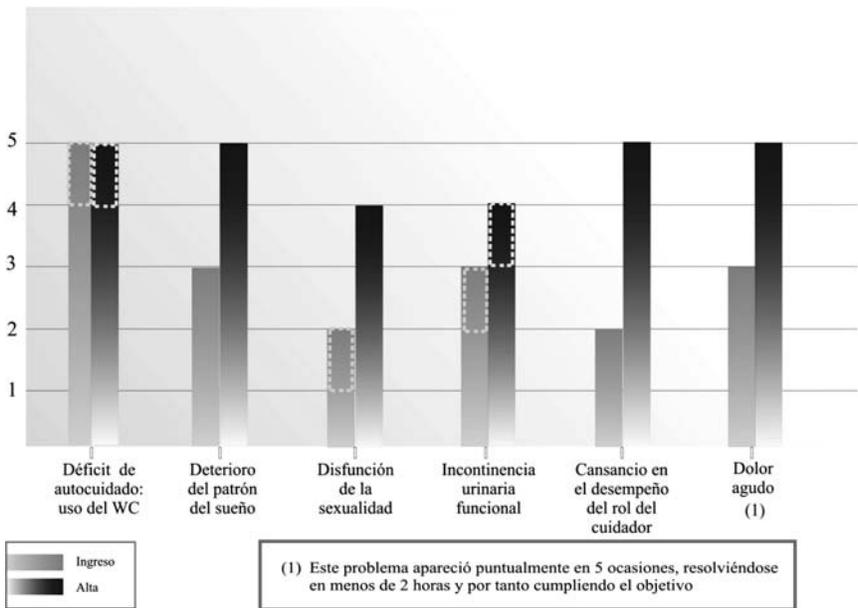
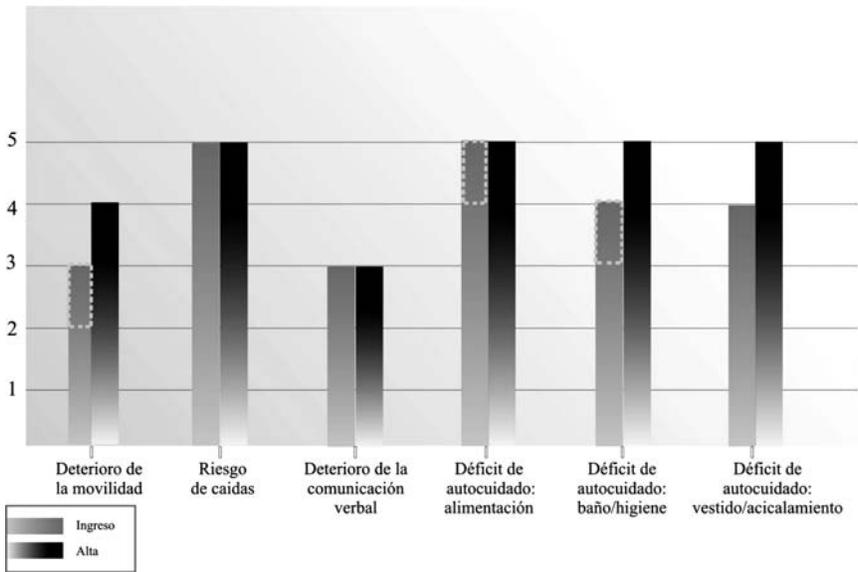
## **EVALUACIÓN**

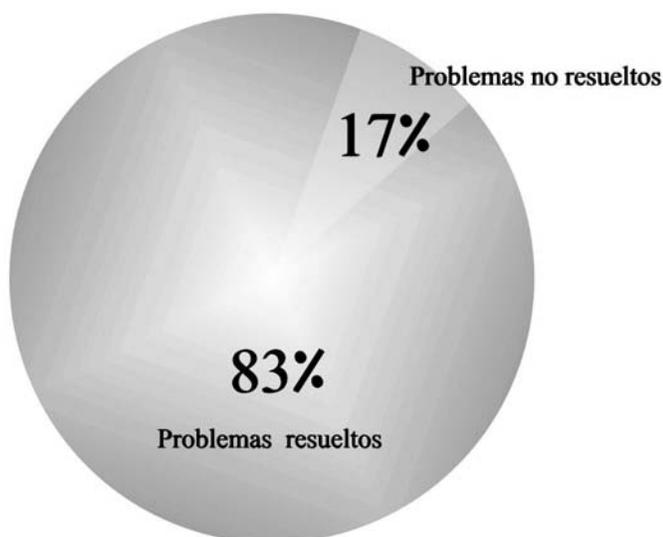
El día del alta del paciente, 14-10-04, se realizó una nueva valoración de los problemas para evaluar el resultado de nuestras intervenciones, según las escalas de medición (NOC), definiendo como problemas resueltos todos aquellos diagnósticos que alcanzaban nuestros objetivos propuestos, siendo éstos los resultados obtenidos:

1. Deterioro de la movilidad física r/c temblor, rigidez y bradicinesia -> 4
2. Riesgo de caídas r/c dificultades en el equilibrio y la marcha -> 5
3. Deterioro de la comunicación verbal r/c la enfermedad de Parkinson -> 3
4. Déficit de autocuidado: alimentación r/c la enfermedad de Parkinson -> 5
5. Déficit de autocuidado: baño/higiene r/c la falta de coordinación -> 5
6. Déficit de autocuidado: vestido/acicalamiento r/c la dificultad de movimiento -> 5
7. Déficit de autocuidado: uso de WC r/c la falta de coordinación -> 4-5
8. Deterioro del patrón del sueño r/c efectos secundarios del tratamiento y factores de la enfermedad del Parkinson -> 5
9. Disfunción de la sexualidad r/c la enfermedad de Parkinson -> 4
10. Incontinencia urinaria funcional r/c la limitación neuromuscular y enfermedad de Parkinson -> 3-4
11. Cansancio en el desempeño del rol del cuidador r/c la enfermedad crónica -> 5
12. Dolor agudo r/c espasmos y contracturas -> 5

El porcentaje de consecución según los objetivos planteados y actividades realizadas es del 83%. El 27% restante no se resolvieron, pero mejoraron considerablemente.

Los criterios de resultados (ANEXO 2.2) que se han utilizado en nuestro Plan y las valoraciones iniciales y finales aparecen detallados en ANEXO 1.1 y ANEXO 1.4





## CONCLUSIONES

En primer lugar, referente a la aplicación del plan de cuidados al paciente y cuidador, ultimamos que aplicado de un modo individualizado, atiende y cubre las necesidades del paciente, al tiempo que aumenta el grado de autonomía en las actividades de la vida diaria, mejorando la calidad de vida esperada dentro del marco del desarrollo de la enfermedad, a la vez que colabora en la integración del cuidador principal, soporte básico y primordial en esta patología. Al mismo tiempo también pudimos identificar carencias que de otro modo hubieran pasado desapercibidas como las referidas a temas sobre recursos sociales, disfunción de la sexualidad en el paciente...

Así, en nuestro caso, tratándose de una enfermedad crónica degenerativa y progresiva de larga evolución y con un cuidador principal estable a lo largo de la misma, pudimos comprobar que es posible individualizar un plan estándar.

En segundo lugar, a nosotros en concreto nos ha supuesto una nueva experiencia a la vez que un reto, que resultó por un lado duro por falta de medios y práctica al ser la primera vez en esta nueva metodología, a la vez que gratificante al hacernos caer en la cuenta en todas las actividades cotidianas que realizamos y que al no estar reflejadas en ningún sitio no se tiene conciencia de ellas.

El plan nos ha servido para asegurarnos de que se cubren las necesidades del paciente, obteniendo un seguimiento mayor en todos sus procesos diagnosticados.

En tercer lugar y en general creemos que ha de suponer para la enfermería su desarrollo como tal, ya que posibilita que su función en el marco sanitario sea reconocida y valorada, fomentando su autonomía como profesionales en relación con los cuidados y entrando dentro del terreno de la gestión y de la investigación; pues sólo

una vez que obtenemos resultados cuantificables podemos tener el control de los mismos, de los que sólo nosotros como profesionales somos los responsables. Así pues, es importante para las enfermeras medir los efectos de sus intervenciones sobre los resultados de los pacientes, para asegurar que las contribuciones de las actuaciones enfermeras sobre los resultados a nivel del paciente, familia y comunidad no se atribuyan a otros proveedores asistenciales. Si la enfermería depende sólo de la información centrada en el médico “el impacto de los cuidados enfermeros continuarán sin especificarse y, por tanto, serán invisibles” Mallison, 1990.

Tras todo lo expuesto en este punto concluimos que hemos alcanzado los objetivos que nos propusimos al inicio de este trabajo.

## AGRADECIMIENTOS

- A todas las compañeras de la Unidad de Neurología.
- Dr. Carlos Leiva Santana. Neurología HGUA.
- Dra. Carmen Serna Candel. Médico residente Neurología HGUA.
- Dra. María Alvarez Saucó. Médico residente Neurología HGUA.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson M., Bulechek G., McCloskey J., Maas M., Moorhead S. “Diagnósticos enfermeros, Resultados e Intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC” Ed. Mosby-Harcourt. Barcelona 2002.
2. McCloskey J.C., Bulechek G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 3 Ed. Harcourt. Madrid. 2001.
3. Johnson M., Maas M. Nursing Outcomes Classification (NOC). Mosby-Year Book. St. Louis. 1997.
4. Aguilar, M; Salguero, M; Palacios, M; Chico, G; Gelonch, O; Oriol, N. “Programa específico de Parkinson: tratamiento integral” Rev. Summa Neurológica. Mayo de 2002. Vol I (1): 42-50
5. Alberca, R; Ochoa, J.J. Pautas actuales en el tratamiento médico y quirúrgico de la Enfermedad de Parkinson. Edit. Intercongrés. S.A. La Bisbal (Girona) 1995.
6. Bayés Rusiñol, A. Rehabilitación integral en la enfermedad de Parkinson y otros parkinsonismos. Manual de ejercicios prácticos. Ars Médica. Barcelona 2003.
7. Bernal Navarro, E; Bernal Valls, E; Faus Cuñat, V. “La fisioterapia en el enfermo afecto de Parkinson” Re: Enfermería Integral. Abril-Junio 1999; 49: III-IV.
8. Bernal Navarro, E; Company José, C; Faus Cuñat, V; Bernal Valls, E. “Ejercicios para el enfermo afecto de Parkinson” Re: Enfermería Integral. 2000; 53: VIII-XI.
9. Campbell, C. Enfermería: Diagnósticos y métodos. Ed. Marín S.A. Barcelona 1994.
10. Controversias en Neurología III. Progresión y neuroprotección de la enfermedad de Parkinson. Editor. J.A. Obeso. Madrid. 2001.
11. Chips, E; Clain, N; Campbell, N; Campbell, V. Trastornos neurológicos. Serie Mosby de Enfermería clínica. Edit. Mosby/Doyma. Barcelona. 1995.
12. Fay Yocum. R. RN. BS. MSN. Registros de enfermería: cuidados de calidad. Nursing 2003; 21(3): 23-27.
13. Boix, A; Farreras, P; Sánchez, A; Martín, A. Gestión de casos y planes de cuidados. Rev. Rol de Enf. 1998; 235:23-31.
14. González Maldonado, R. El extraño caso del Dr. Parkinson. Visión nueva de una antigua enfermedad. Grupo editorial Universitario. Granada. 1997.
15. Herrero Botín, M. “Movimientos anormales, discinesias tardías” Rev. Rol Enfermería. Abril 1990; XIII (140):58-60.
16. <http://www.sarenet.es/Parkinson/ejerci2.htm>. Ejercicios generales, pag. 1-4.
17. <http://www.sarenet.es/Parkinson/ejerci3.htm>. Ejercicios para mejorar la coordinación de movimientos y el equilibrio, pag. 1-3.

18. <http://www.sarenet.es/Parkinson/orienta3.htm>. La vida diaria con la enfermedad de Parkinson, pag 1-8.
19. Jahanshahi, M; Marsden, C.D. Enfermedad de Parkinson. Manual de consejos para la comunicación entre el equipo médico, el paciente y sus cuidadores. Edimsa. Madrid. 2000.
20. Jiménez-Jimenez, F.J. "Tratamiento de la enfermedad de Parkinson" Med. Clínica. Febrero 1999, 112(7): 257-258.
21. López del Val, J; Gurut Linazasoro, C. Trastornos del movimiento. Asociación española del estudio de los ganglios basales. La Bisbal (Girona) 2000.
22. Mena, F.J; Macías, A.C; Romero, M; Valderram, A; Fera, D. ¿Influyen los diagnósticos de enfermería en la valoración del método de trabajo enfermero? Rev. Rol Enf 2001; 24(2):137-139.
23. Obeso, J; Tolosa, E; Grandas, F. Tratado sobre la enfermedad de Parkinson. Dupont Pharma. Madrid. 1997.
24. Parot Smith, L. RN. Retired Staff Nurse. La Grange. 6 a. Según el curso de la enfermedad de Parkinson. Nursing 2002. Noviembre; 9(20):21-23.
25. Sánchez, A; Sanz, C. Protocolizar las actividades de enfermería. Revisión bibliográfica. Rev. Rol Enf 2001;24(1):67-74.
26. Sánchez Bernardos, V. Hay que desmitificar la enfermedad de Parkinson. <http://www.ocenf.org/prensa/1999/01ene99/1998/p4abr98/nación.htm>
27. Santiuste de Pablos, M; Saura, MJ; Salorio del Moral, P; Flores Bienert, MD. Protocolo de actuación del personal de Enfermería en la rehabilitación del enfermo de Parkinson. Enfermería científica. Mayo 1993;134:35-37.
28. Vilarasau, MC; Virgili, N; Pita, AM; Forga, MT; Fernández, MA; Pérez-Portabella, MC. "La enfermedad de Parkinson: la alimentación como terapia" Rev. Rol Enferm. Noviembre 1990;XIII(147):131-134.
29. Kaschak Newman, D; Jakovac Smith, D.A. Planes de cuidados en geriatría. Serie Mosby de Enfermería Clínica. Edit. Mosby/Doyma. Barcelona 1994.
30. Martí Massó, J.F. Neurología. Información para pacientes y familiares. Edit. Ergon. Madrid 1995.
31. Píriz Campos, R; De la Fuente Ramos, M. Enfermería S21. Enfermería Médico-Quirúrgica 2. Edit. DAE (Difusión Avances de Enfermería). Madrid 2001.
32. Hildich-Smith, M. "Parkinsonismo" Geriatría. Colecc. Farmitalia Carlo Erba de diagnóstico y tratamiento. Edit. Jims. Barcelona 1988.
33. Borrás Maixenchs, N; Maynegre Santaularia, M. "La enfermedad de Parkinson" Rev. Rol Enferm. Junio 1988;XI(118):12-15.
34. Diagnósticos enfermeros: Definición y Clasificación 2003-2004 (NANDA INTERNACIONAL). Edit. Elsevier. Madrid. 2003.
35. Mercedes Alvadalejo Tello, Francisco Javier Ballesta López, Francisco Vicente Blanes Compañ, Catalina Cases Alarcón, Miguel Castells Molina, Manuela Domingo Pozo, Francisco Javier Gómez Robles, Nieves Izquierdo García, José Luis López Montes, Belén Payá Pérez, Mercedes Segura Cuenca, María Torres Figueiras. Guía de Actuación de enfermería: Manual de procedimientos. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Secretaría Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud. 2003.

# ANEXO 1

 <p style="text-align: center;"><b>Hospital General Universitario de Alicante y Centro de Especialidades Babel</b></p> <p>SERVEI / SECCIÓ SERVICIO / SECCIÓN</p> <p>UBICACIÓ UBICACIÓN</p> <p>CONSULTA EXTERNA <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">CENTRE D'ESPECIALITATS CENTRO DE ESPECIALIDADES <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">FULL NÚM. HOJA NÚM. <input type="text"/></p>	<p>PRIMER COGNOM PRIMER APELLIDO</p> <p>SEGON COGNOM SEGUNDO APELLIDO</p> <p>NOM NOMBRE</p> <p>DATA DE NAIXEMENT FECHA DE NACIMIENTO</p> <p>SEXE SEXO      M <input type="checkbox"/>      F <input type="checkbox"/></p> <p>C.I.P. <input type="text"/></p> <p>NÚM. D'HISTÒRIA CLÍNICA NÚM. DE HISTORIA CLÍNICA <input type="text"/></p>
<h2 style="margin: 0;">FULL DE VALORACIÓ D'INFERMERIA / HOJA DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA</h2>	
<p>Motiu d'ingrés/diagnòstic mèdic: _____</p> <p>Procedència _____</p> <p>Ingressa per primera vegada: Si <input type="checkbox"/>      No <input type="checkbox"/></p> <p><b>Antecedents:</b> <b>ALÈRGIES</b> _____</p> <p>Malalties anteriors _____</p> <p>Tractaments anteriors _____</p> <p><b>Hàbits:</b> Hàbits tòxics: No <input type="checkbox"/>      Si <input type="checkbox"/></p> <p>Tipus _____</p> <p>Preferències en la seua alimentació i dieta _____</p>	<p><b>Constants: FC:</b> _____ <b>Tª</b> _____ <b>TA:</b> _____</p> <p><b>Estatut funcional</b> <input type="text"/></p> <p><b>Seguretat:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Estat de consciència _____</li> <li>•Necessita cap element de seguretat: No <input type="checkbox"/>      Si <input type="checkbox"/>      Tipus: _____</li> </ul> <p><b>Estat de pell y mucoses:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No alterat</li> <li><input type="checkbox"/> Alterat _____</li> <li>•Risc UPP _____</li> </ul> <p><b>Pròtesi:</b> No <input type="checkbox"/>      Si <input type="checkbox"/>      Tipus: _____</p> <p><b>Capacitat sensorial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Alterat _____ <small>(tipus d'alteració)</small></li> <li><input type="checkbox"/> No alterat</li> </ul> <p><b>Aspectes psicològics i socials:</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Persona al seu càrrec _____</li> <li>•Telèfon de contacte _____</li> </ul>
<h3 style="margin: 0;">NECESSITATS BÀSIQUES</h3>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>RESPIRACIÓ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No alterat</li> <li><input type="checkbox"/> Alterat _____ <small>(Munxo, cianosi, secrecions...)</small></li> </ul> <p><b>ALIMENTACIÓ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autònom</li> <li><input type="checkbox"/> Dependent _____</li> <li>Necessita ajuda _____</li> <li>Presenta problema _____</li> </ul> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>ELIMINACIÓ:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autònom</li> <li><input type="checkbox"/> Dependent _____</li> <li>Incontinència: Fecal: <input type="checkbox"/>      Urinària: <input type="checkbox"/></li> <li>Sondatge: <input type="checkbox"/>      Bolquer: <input type="checkbox"/></li> <li>Ostomia: <input type="checkbox"/>      Col.lector: <input type="checkbox"/></li> <li>Patró d'eliminació fecal _____</li> </ul> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>DESCANS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> No alterat</li> <li><input type="checkbox"/> Alterat _____</li> <li>Patró de descans _____</li> </ul> </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>HIGIENE PERSONAL:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autònom</li> <li><input type="checkbox"/> Dependent _____ <small>(necessita ajuda del tipus...)</small></li> <li>Estat de higiene _____</li> </ul> </div>
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p><b>MOBILIDAT</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Autònom</li> <li><input type="checkbox"/> Dependent _____ <small>(necessita ajuda del tipus...)</small></li> </ul> </div>	<p><b>VALORACIÓ ESPECÍFICA</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Cognoms _____</p> <p>Nom _____</p> <p>Data _____ Hora _____</p> <p style="text-align: right;"><b>SIGNATURA INFERMERA:</b></p>

## ANEXO 1.2.



Hospital General Universitario de Alicante  
**PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LOS PLANES DE CUIDADOS DE LA UNIDAD DE NEUROLOGÍA 8º C**

Plan de cuidados : \_\_\_\_\_

<b>CÓDIGO NANDA</b>	<b>PROBLEMAS DE ENFERMERÍA (ETIQUETA DIAGNÓSTICA)</b>	<b>Relacionado con (causa del problema)</b>	<b>Inicio</b>	<b>Resuelto</b>
00136	<input type="checkbox"/> Temor			
00123	<input type="checkbox"/> Desatención unilateral			
00146	<input type="checkbox"/> Ansiedad			
00126	<input type="checkbox"/> Conocimientos deficientes (régimen terapéutico)			
00155	<input type="checkbox"/> Riesgo de caídas			
00122	<input type="checkbox"/> Trastorno de la percepción sensorial: táctil, visual			
00047	<input type="checkbox"/> Riesgo de deterioro de la integridad cutánea			
00086	<input type="checkbox"/> Riesgo de disfunción neurovascular periférica			
00069	<input type="checkbox"/> (Riesgo de) Afrontamiento inefectivo			
00039	<input type="checkbox"/> Riesgo de aspiración			
00085	<input type="checkbox"/> Deterioro de la movilidad física			
00103	<input type="checkbox"/> Deterioro de la deglución			
00020	<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria funcional			
00014	<input type="checkbox"/> Incontinencia fecal			
00015	<input type="checkbox"/> Riesgo de Estreñimiento			
00095	<input type="checkbox"/> Deterioro del patrón sueño			
00008	<input type="checkbox"/> Termorregulación ineficaz			
00031	<input type="checkbox"/> Limpieza ineficaz de las vías aéreas			
00120	<input type="checkbox"/> Baja autoestima situacional			
00059	<input type="checkbox"/> Disfunción de la sexualidad			
00061	<input type="checkbox"/> Afrontamiento familiar inefectivo			
00051	<input type="checkbox"/> Deterioro de la comunicación verbal			
00004	<input type="checkbox"/> Riesgo de infección			
00135	<input type="checkbox"/> Duelo disfuncional			



<b>OTROS PROBLEMAS DE ENFERMERÍA (ETIQUETA DIAGNÓSTICA)</b>	<b>FECHA INICIO</b>	<b>FECHA resuelto</b>
<b>COMPLICACIONES POTENCIALES (C.P.)</b>		
<input type="checkbox"/> Repetición ACV		
<input type="checkbox"/> Dolor.		
<input type="checkbox"/> Riesgo de tromboembolismo		
<b>Déficit de autocuidados:</b>	<b>FECHA INICIO</b>	<b>FECHA resuelto</b>
<input type="checkbox"/> Alimentación		
<input type="checkbox"/> Eliminación		
<input type="checkbox"/> Vestido		
<input type="checkbox"/> Higiene		

Observaciones y firma enfermera/o:

ANEXO 1.3.

x / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	P.H.	ENF/ AE	R/NR M T N
<p>eritorio de la idad r/c temblor, z y bradicinesia.</p>	<p><i>Nivel de la movilidad (02/08)</i> Mantenimiento del equilibrio <i>02/0802</i> <i>Mantenimiento de la posición corporal.</i> <i>02/0806.</i> <i>Deambulación: camina</i> <b>Inicio:</b> <b>Fin:</b></p>	<p>Terapia de ejercicios: control muscular</p> <p>Terapia de ejercicios: deambulación</p> <p>Terapia de ejercicios: movilidad articular</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Sistema de apoyo educativo/parcial/ totalmente compensatorio:</b> Determinar la disposición del paciente para comprometerse a realizar un protocolo de actividades o ejercicios Ayudar al paciente a colocarse en la posición de sentado o de pie para la realización de ejercicios. Incorporar las actividades de la vida diaria en el protocolo de ejercicios Colocar una cama de baja altura Aplicar/proponer un dispositivo de ayuda para la deambulación. Realizar ejercicios pasivos / activos si está indicado. Fomentar la deambulación Normas generales en la movilización del paciente Posiciones de los pacientes encamados. Cambios posturales</p>	<p>C/precise ENF C/precise ENF/AE Ingreso ENF/AE Ingreso ENF/AE C/precise ENF/AE Por turno ENF Continuo ENF/AE 9-13-17-21-24-6 ENF/AE 9-13-17-21-24-6 ENF/AE</p>		
<p>sgo de caídas r/c lidades en el equilibrio tacha.</p>	<p><b>Conducta de seguridad: caídas (1909)</b> 190901. Uso correcto de dispositivos de ayuda. 190903. Colocación de barreras para prevenir caídas.</p> <p><b>Inicio:</b> <b>Fin:</b></p> <p>Obj.: El paciente consiga la máxima movilidad dentro de sus limitaciones.</p>	<p>Manejo ambiental: seguridad</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Sistema de apoyo educativo</b> Identificar las necesidades de seguridad, según función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente. Identificar riesgos respecto a la seguridad en el ambiente Eliminar los factores de peligro en el ambiente Disponer dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad en el ambiente Observar si se producen cambios en el estado de seguridad del paciente Actuación de enfermería en la prevención de las caídas</p>	<p>Ingreso ENF/AE Continuo ENF/AE C/precise ENF/AE C/precise ENF/AE Continuo ENF/AE Continuo ENF/AE</p>		

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	P.H.	ENF/ AE	R/NR M T N
<input type="checkbox"/> Dolor agudo r/c espasmos y contracturas.  Inicio: Fin:	<i>Control del dolor (1605)</i> 160511. Refiere dolor controlado.  Inicio: Fin:  <i>Nivel del dolor (2102)</i> 210201. Dolor referido. 210208. Inquietud. Inicio: Fin:  EYA: Inicio: Fin: Obj.: El paciente manifestara disminución o alivio total del dolor antes de las primeras 2 horas de aparición.		<input type="checkbox"/> Sistema parcial y totalmente compensatorio Valoración del dolor  Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor	c/precise  c/precise	ENF  ENF	

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	P.H.	ENF/ AE	R/NR M T N
<p><input type="checkbox"/> Deterioro de la comunicación verbal r/c la Enfermedad de Parkinson.</p> <p>Inicio: Fin:</p>	<p><i>Capacidad de comunicación (0902)</i></p> <p>090201. Utiliza el lenguaje escrito. 090202. Utiliza el lenguaje hablado.</p> <p>Inicio: Fin:</p> <p>Obj.: el paciente se comunicará eficazmente con los demás. El paciente adquiera conocimientos y habilidades para conseguir una comunicación más eficaz</p>	<p>Fomento de la comunicación: déficit del habla</p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema Apoyo educativo/ parcial y totalmente compensatorio</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Solicitar la ayuda de la familia en la comprensión del lenguaje del paciente.</li> <li>2. Escuchar con atención</li> <li>3. Abstenerse de gritar al paciente con trastornos de comunicación</li> <li>4. Estar de pie delante del paciente al hablar</li> <li>5. Proporcionar un refuerzo y una valoración positiva, si procede</li> <li>6. Animar al paciente a que hable despacio, en voz alta y utilizando frases cortas</li> <li>7. Enseñar ejercicios faciales (muecas, gestos, silbar...), vocales (emisión de fonemas) y linguales (p. ej. maasticar chicle)</li> <li>8. Instar al paciente a escribir diariamente</li> <li>9. Utilizar cartones con dibujos</li> </ol>	c/precise	ENF/AE	
<p><input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado: alimentación r/c la Enfermedad de Parkinson.</p> <p>Inicio: Fin:</p>	<p><i>Cuidados personales: comer (0303)</i></p> <p>030303. Maneja utensilios. 030312. Mastica la comida. 030313. Deglute la comida.</p> <p>Inicio: Fin:</p>	<p>Manejo de la nutrición</p>	<p><input type="checkbox"/> Sistema apoyo educativo/parcial y totalmente compensatorio</p> <p>Administración de la dieta oral</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proporcionar los dispositivos de adaptación para facilitar que el paciente se alimente por sí mismo, si es necesario</li> <li>2. Preguntar al paciente si tiene alguna alergia a algún alimento</li> <li>3. Determinar las preferencias de comidas del paciente</li> <li>4. Fomentar la ingesta adecuada de calorías según el tipo corporal y estilo de vida.</li> </ol>	c/comida	ENF/AE	

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	P.H.	ENF/ AE	R/NR M T N
	Obj.: el paciente mantendrá cubierta la necesidad de alimentación durante la estancia hospitalaria.		<p>5. Realizar la selección de comidas</p> <p>6. Determinar la capacidad del paciente para satisfacer las necesidades nutricionales</p>			
<input type="checkbox"/> Deterioro de la deglución r/c la rigidez de la musculatura de la masticación y deglución.	<i>Control de aspiración (1918)</i> 191801 Identifica	Terapia de deglución	<input type="checkbox"/> Sistema. Apoyo educativo/parcial/totalmente compensatorio Progresión de la dieta oral.	c/comida	ENF/AE	

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	P.H.	ENF/ AE	R/NR M T N
<input type="checkbox"/> Deterioro de la deglución r/c la rigidez de la musculatura de la masticación y deglución.  Inicio: Fin:	<p><i>Control de aspiración (1918)</i>            191801. Identifica factores de riesgo</p> <p><u>Inicio:</u>  <u>Fin:</u></p> <p><i>Estado deglución (1010).</i>            101012. Ausencia de aragamiento, tos o náuseas.            101006. Capacidad de limpiar la cavidad oral.</p> <p><u>Inicio:</u>  <u>Fin:</u></p> <p>Obj.: El paciente progresará la dieta ajustada a sus necesidades nutricionales durante la estancia hospitalaria y mejorará su estado de deglución</p>	Terapia de deglución	<input type="checkbox"/> <b>Sistema Apoyo educativo/parcial/ totalmente compensatorio</b> Progresión de la dieta oral. <ol style="list-style-type: none"> <li>Determinar la capacidad del paciente para centrar su atención en el aprendizaje / realización de tareas de ingesta y deglución</li> <li>Explicar el fundamento del régimen de deglución al paciente / familia</li> <li>Ayudar al paciente a sentarse en una posición erecta para la alimentación o ejercicios deglutorios</li> <li>Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada hacia delante en preparación para la deglución</li> <li>Ayudar a mantener una posición sentada durante 30 min. después de terminar de comer</li> <li>Observar su hay signos y/o síntomas de aspiración</li> <li>Observar el sellado de labios al comer, beber y tragar</li> <li>Controlar si hay signos de fatiga al comer, beber y tragar</li> <li>Comprobar la boca para ver si hay restos de comida después de comer</li> <li>Enseñar al cuidador a cambiar de posición, alimentar y vigilar al paciente</li> <li>Enseñar a la familia a comprobar si han quedado restos de comida, después de comer</li> <li>Proporcionar / vigilar la consistencia de la comida / líquidos en función de los hallazgos de la valoración de la deglución</li> <li>Ayudar a mantener la ingesta calórica y de líquidos adecuada</li> <li>Controlar el peso corporal</li> <li>Vigilar la hidratación corporal</li> <li>Proporcionar cuidados bucales si es necesario</li> <li>Instauración de sonda nasogástrica o PEG, según precise y cuidados de los mismos</li> <li>Educar a la familia sobre el cuidado de la SNG y la PEG</li> </ol>	c/comida	ENF/AE	
<input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado: baño / higiene r/c la falta de coordinación.	<p><i>Cuidados personales: baño (0301)</i></p>		<input type="checkbox"/> <b>Sistema de apoyo educativo</b> Higiene paciente autónomo	C/24h	ENF/AE	

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	P.H.	ENF/AE	R/NR M T N
<b>Deficit autocuidado:</b> vestido / aicalamiento r/c la dificultad de movimiento.  <b>Inicio:</b> <b>Fin:</b>	<b>Cuidados personales:</b> <b>Higiene (0305)</b> 03007. Se lava en el lavabo. 03007. Se pone la ropa.  <b>Inicio:</b> <b>Fin:</b>		Cambio de la ropa de la cama. paciente autónomo.	C/24h	ENF/AE	
	<b>Obj.</b> el paciente mantendrá cubierta la necesidad de higiene durante la estancia hospitalaria		<input type="checkbox"/> <b>Sistema totalmente compensatorio</b> Higiene del paciente en cama Lavado de cabeza en cama Higiene de la boca Higiene de los ojos Higiene de los genitales Cuidado de las uñas Cambio de la ropa del paciente encamado	C/24h  C/4-5d C/comida C/precise C/precise C/24h C/precise C/precise	AE  ENF/AE AE AE AE AE	
<b>Deficit autocuidado:</b> vestido / aicalamiento r/c la dificultad de movimiento.  <b>Inicio:</b> <b>Fin:</b>	<b>Cuidados personales:</b> <b>vestir (0302)</b> 03012. Se pone la ropa. 03010. Se pone los zapatos. 03006. Se abrocha la ropa. <b>Inicio:</b> <b>Fin:</b>	Ayuda con los autocuidados: vestir/arreglo personal	<input type="checkbox"/> <b>Sistema apoyo educativo/ parcial y totalmente compensatorio</b> Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos de adaptación para la higiene personal, vestirse, el arreglo personal, el aseo y alimentarse Proporcionar los objetos personales deseados  Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea capaz de asumir los autocuidados Animar al paciente a realizar las actividades normales de la vida diaria ajustadas al nivel de su capacidad	C/precise  C/precise C/precise C/precise C/precise	AE/ENF  AE/ENF AE/ENF AE/ENF AE/ENF AE/ENF	

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	P.H.	ENF/ AE	R/NR M T N
	necesidad de vestido durante la estancia hospitalaria		Enseñar a los padres / familia a fomentar la independencia para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada	C/paciente	AE/ENF	
<input type="checkbox"/> Déficit de autocuidado: uso del WC s/c la falta de coordinación.	<b>Cuidados personales: uso del inodoro (0310)</b> 031005 Se cubra en el inodoro o en el orinal. 031008 Se lava la mano del inodoro. Inicio: Fin:		<b><input type="checkbox"/> Sistema, apoyo/parcialmente/totalmente compensatorio</b> Manejo del orinal tipo cuña Manejo del orinal tipo botella	C/paciente	AE/ENF	
<input type="checkbox"/> Estreñimiento s/c efectos secundarios del tratamiento y falta de movilidad.	Eliminación intestinal (0501) 050101. Parón de eliminación ERE. 050122. Intervención para la eliminación fecal. 050124. Ingestión de líquidos adecuada. 050125. Ingestión de fibra adecuada. Inicio: Fin:	Manejo intestinal	<b><input type="checkbox"/> Sistema de apoyo educativo</b> Fomento de la eliminación fecal.  <b><input type="checkbox"/> Sistema parcialmente compensatorio</b> Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación Tomar notas de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con antenorridad Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibra	C/paciente C/24h	AE/ENF AE/ENF	

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	P.H.	ENF/ AE	R/NR M T N
	<p>Em: Objetivo: El paciente defecará c/24-48h y recuperará su patrón de eliminación fecal durante la hospitalización</p>	<p>líquidos</p> <p>Manejo intestinal</p>	<p>Evaluar el perfil de la medicación para determinar los efectos secundarios gastrointestinales</p> <p>Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación</p> <p>Vigilar estado de hidratación</p> <p>Favorecer ingesta oral, si precisa</p> <p>Fomento de la eliminación fecal</p> <p>Administración de enemas de limpieza y de retención</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Sistema totalmente compensatorio</b></p> <p>Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color si procede</p> <p>Observar si hay signos y síntomas de diarrea, estreñimiento e impactación</p> <p>Tomar notas de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad</p>	<p>C/24h</p> <p>Porturno</p> <p>Porturno</p> <p>C/precise</p> <p>C/precise</p> <p>C/precise</p> <p>C/24h</p>	<p>ENF</p> <p>AE/ENF</p> <p>ENF</p> <p>AE/ENF</p> <p>AE/ENF</p> <p>AE/ENF</p> <p>AE/ENF</p> <p>AE/ENF</p> <p>AE/ENF</p> <p>ENF</p>	
		<p>Manejo de líquidos</p>	<p>Instruir al paciente sobre los alimentos de alto contenido en fibra</p> <p>Evaluar el perfil de la medicación para determinar los efectos secundarios gastrointestinales</p> <p>Evaluar la incontinencia fecal, si es el caso</p> <p>Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación</p> <p>Vigilar estado de hidratación</p> <p>Favorecer ingesta oral, si precisa</p> <p>Administrar fluidos, si precisa</p> <p>Fomento de la eliminación fecal</p> <p>Administración de enemas de limpieza y de retención</p> <p>Eliminación manual de fecalomas</p>	<p>A ingreso</p> <p>A ingreso</p> <p>C/24h</p> <p>C/precise</p> <p>Porturno</p> <p>Porturno</p> <p>Porturno</p> <p>C/precise</p> <p>C/precise</p> <p>C/precise</p> <p>C/precise</p> <p>C/precise</p>	<p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>AE/ENF</p> <p>AE/ENF</p> <p>ENF</p> <p>AE/ENF</p> <p>AE/ENF</p> <p>AE/ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p>	
	<p><input type="checkbox"/> <b>Detenoreo del patrón del sueño r/c efectos secundarios del tratamiento y factores de la Enfermedad del Parkinson.</b></p> <p>Inicio: Em: Sueño (0004)</p>	<p>Aumentar el afrontamiento</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Sistema de apoyo educativo, parcial y totalmente compensatorio</b></p> <p>Cuidados de Enfermería para favorecer el estado del paciente</p> <p>V alorar el ajuste del paciente a los cambios de imagen corporal, si está indicado</p> <p>V alorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad</p> <p>Favorecer las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes</p> <p>Fomentar situaciones que fomenten la autonomía del paciente</p>	<p>C/precise</p> <p>Continua</p> <p>Continua</p> <p>Continua</p> <p>Continua</p>	<p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p> <p>ENF</p>	



Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	P.H.	ENF/ AE	R/NR M T N
	Obj.: el paciente manifieste la comprensión de sus limitaciones.	Facilitar el duelo	Ayudar al paciente a identificar objetivos adecuados a largo y corto plazo Aunar la implicación familiar, si procede Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para hacerse cargo de sus limitaciones y a manejar su estilo de vida o su papel necesario en ella Ayudar a identificar las modificaciones necesarias en el estilo de vida	Continuo Continuo Continuo Continuo	ENF ENF ENF ENF	
<input type="checkbox"/> Ansiedad r/c la Enfermedad del Parkinson.	<b>Control de ansiedad (1402)</b> 140306. Utiliza estrategias de superación afectivas Inicio: Fin:	Disminución de la ansiedad	<input type="checkbox"/> <b>Sistema de apoyo educativo, parcial y totalmente compensatorio</b> Aunar la manifestación de percepciones, sentimientos y miedos Ayudar al paciente a identificar situaciones que precipitan la ansiedad Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad, si está prescrito	C/precise C/precise C/precise C/precise	ENF ENF ENF ENF	
<input type="checkbox"/> Disfunción de la sexualidad r/c la enfermedad de Parkinson.	<b>Preconocimiento sexual (0119)</b> 011924. Comunica las necesidades sexuales. 011907. Expresa la capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de las limitaciones físicas. Inicio: Fin:	Aseoramiento sexual	<input type="checkbox"/> <b>Sistema apoyo educativo:</b> Proporcionar intimidad y asegurar la confidencialidad Informar al paciente al principio de la relación que la sexualidad constituye una parte importante de la vida y que las enfermedades, los medicamentos y el estrés a menudo alteran el funcionamiento sexual Remitir al paciente a un terapeuta sexual, cuando corresponda	C/precise	ENF	
	Objetivo: el paciente manifieste conocer su limitaciones en torno a las prácticas sexuales y acepte el problema					

Dx / Problemas Enfermería	Criterios resultado	Intervenciones	Actividades	P.H.	ENF/AE	R/NR M T N
<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria funcional r/c la limitación neuromuscular y enfermedad de Parkinson.  Inicio: Fin:	Continencia urinaria (0502) 050212. Ropa interior seca durante el día. 050213. Ropa interior o de la cama seca durante la noche. Inicio: Fin:		<input type="checkbox"/> <b>Sistema de apoyo educativo, parcial y totalmente compensatorio</b> Informar al paciente sobre las causas de éste sintoma.  Cuidados de la incontinencia urinaria  Ejercicios de Kegel  Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo frecuencia, color, volumen... Medir diuresis	c/precis e  C/precise  C/precise  c/precis e	ENF/AE  ENF  ENF  ENF/AE	
<input type="checkbox"/> Cansancio en el desempeño del rol del cuidador r/c la enfermedad crónica  Inicio: Fin:	<i>Alteración del estilo de vida del cuidador familiar</i> (2203) 220307. Apoyo social comprometido Inicio: Fin:	<b>Apoyo al cuidador principal</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sistema de apoyo educativo</b> 1. Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. 2. Determinar la aceptación del cuidador de su papel. 3. Reconocerla dependencia que tiene el paciente del cuidador. 4. Enseñar al cuidador técnicas de manejo de estrés. 5. Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. 6. Actuar en lugar del cuidador si se hace evidente una sobrecarga de trabajo.	c/precis e	ENF/AE	
	<i>Bienestar del</i>					





## ANEXO: 2

PROBLEMAS DE ENFERMERÍA	CRITERIO DE RESULTADO / OBJETIVO	INGRESO	ALTA
Deterioro de la movilidad física r/c temblor, rigidez y bradicinesia	<i>Nivel de la movilidad (0208)</i> 020801. Mantenimiento del equilibrio 020802. Mantenimiento de la posición corporal 020806. Deambulaci3n: camina OBJ: QUE EL PACIENTE CONSIGA LA M3XIMA MOVILIDAD DENTRO DE SUS LIMITACIONES (LLEGAR A 3 PTOS EN LA ESCALA LIKERT DE 1 A 5 <sup>1</sup> )	2-3	4 RESUELTO
Riesgo de caídas r/c dificultades en el equilibrio y la marcha	<i>Conducta de seguridad: caídas (1909)</i> 190901. Uso correcto de dispositivos de ayuda. 190903. Colocaci3n de barreras para prevenir caídas. OBJ: EL PACIENTE NO PRESENTAR3 CAÍDAS DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA (MANTENER 5 PTOS)	5	5 RESUELTO
Dolor agudo r/c espasmos y contracturas	<i>Control del dolor (1605)</i> 160511. Refiere dolor controlado. <i>Nivel del dolor (2102)</i> 210201. Dolor referido. 210208. Inquietud. OBJ: EL PACIENTE MANIFESTAR3 DISMINUCI3N O ALIVIO TOTAL DEL DOLOR ANTES DE LAS PRIMERAS 2 H. DE APARICI3N (LLEGAR A 5 PTOS)	3	5 RESUELTO
Deterioro de la comunicaci3n verbal r/c la Enfermedad de Parkinson	<i>Capacidad de comunicaci3n (0902)</i> 090201. Utiliza el lenguaje escrito. 090202. Utiliza el lenguaje hablado. OBJ: EL PACIENTE SE COMUNICAR3 EFICAZMENTE CON LOS DEM3S. QUE EL PACIENTE ADQUIERA CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES PARA CONSEGUIR UNA COMUNICACI3N M3S EFICAZ (MANTENER 3 PTOS)	3	3 RESUELTO
Déficit de autocuidado: alimentaci3n r/c la Enfermedad de Parkinson.	<i>Cuidados personales: comer (0303)</i> 030303. Maneja utensilios. 030312. Mastica la comida. 030313. Deglute la comida OBJ: EL PACIENTE MANTENDR3 CUBIERTA LA NECESIDAD DE ALIMENTACI3N DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA. (LLEGAR A 5)	4-5	5 RESUELTO
Déficit de autocuidado: baño / higiene r/c la falta de coordinaci3n.	<i>Cuidados personales: baño (0301)</i> 030109. Se baña en la ducha. <i>Cuidados personales: higiene (0305)</i> 030507. Se lava en el lavabo. 030507. Se pone la ropa. OBJ: EL PACIENTE MANTENDR3 CUBIERTA LA NECESIDAD DE HIGIENE DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA (LLEGAR A 5)	3-4	5 RESUELTO
Déficit autocuidado: vestido / acicalamiento r/c la dificultad de movimiento.	<i>Cuidados personales: vestir. (0302)</i> 030212. Se pone la ropa. 030210. Se pone los zapatos. 030206. Se abrocha la ropa. OBJ: EL PACIENTE MANTENDR3 CUBIERTA LA NECESIDAD DE VESTIDO DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA (LLEGAR A 5 PTOS)	4	5 RESUELTO

<sup>1</sup> Escala Likert: escala de medici3n de los indicadores de los criterios de resultado que refleja la situaci3n del 1 al 5, siendo el 1 lo menos deseable con respecto al resultado y el 5 lo m3s deseable.

Déficit de autocuidado: uso del WC r/c la falta de coordinación.	<i>Cuidados personales: uso del inodoro (0310)</i> 031005. Se coloca en el inodoro o en el orinal. 031008. Se levanta del inodoro. OBJ.:EL PACIENTE MANTENDRÁ CUBIERTA LA NECESIDAD DE ELIMINACIÓN DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA. (LLEGAR A 5)	4-5	4-5 NO RESUELTO
Deterioro del patrón del sueño r/c efectos secundarios del tratamiento y factores de la Enfermedad del Parkinson.	<i>Descanso (0003)</i> 000306. Consumo de fármacos psicotropos. 000303. Calidad de descanso. <i>Sueño (0004)</i> 000407. Hábito de sueño OBJ: EL PACIENTE DORMIRÁ LAS HORAS HABITUALES DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA. EL PACIENTE MANIFESTARÁ LA SENSACIÓN DE SUEÑO REPARADOR EL PACIENTE SE MANTENDRÁ DESPIERTO DURANTE EL DÍA. (LLEGAR A 5)	3	5 RESUELTO
Disfunción de la sexualidad r/c la enfermedad de Parkinson.	<i>Funcionamiento sexual (0119)</i> 011924. Comunica las necesidades sexuales. 011907. Expresa la capacidad de realizar la actividad sexual a pesar de las limitaciones físicas. OBJ: EL PACIENTE MANIFIESTA CONOCER SUS LIMITACIONES EN TORNO A LAS PRÁCTICAS SEXUALES Y ACEPTA EL PROBLEMA (LLEGAR A 4)	1-2	4 RESUELTO
Incontinencia urinaria funcional r/c la limitación neuromuscular y enfermedad de Parkinson.	<i>Continencia urinaria (0502)</i> 050212. Ropa interior seca durante el día. 050213. Ropa interior o de la cama seca durante la noche. OBJ.:EL PACIENTE MANTENDRÁ SU MÁXIMO NIVEL DE CONTINENCIA URINARIA (LLEGAR A 4)	2-3	3-4 NO RESUELTO
Cansancio en el desempeño del rol del cuidador relacionado con la enfermedad crónica	<i>Alteración del estilo de vida del cuidador familiar (2203)</i> 220307. Apoyo social comprometido <i>Bienestar del cuidador familiar (2508)</i> 250803. Satisfacción con el estilo de vida 250807. Satisfacción con el apoyo profesional 250809. Satisfacción con el rol de cuidador familiar OBJ: EL CUIDADOR MANIFESTARÁ SU CAPACIDAD DE AUTOSATISFACER SU PROPIO BIENESTAR. EL CUIDADOR MANIFESTARÁ QUE SE HA INTEGRADO EN LA ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD. (LLEGAR A 5 PUNTOS)	2	5 RESUELTO

**ANEXO 2.1**  
**ESCALAS DE LOS CRITERIOS DE RESULTADO**

**DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA R/C TEMBLOR, RIGIDEZ Y BRADICINESIA.**

***NIVEL DE LA MOVILIDAD (0208)***

1. Dependiente, no participa.
2. Requiere ayuda personal y de dispositivos.
3. Requiere ayuda personal.
4. Independiente con ayuda de dispositivos.
5. Completamente independiente.

**RIESGO DE CAÍDAS R/C DIFICULTADES EN EL EQUILIBRIO Y LA MARCHA**

***CONDUCTA DE SEGURIDAD: CAIDAS (1909)***

1. No adecuada.
2. Ligeramente adecuada.
3. Moderadamente adecuada.
4. Sustancialmente adecuada.
5. Completamente adecuada.

**DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL R/C LA ENFERMEDAD DE PARKINSON**

***CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN (0902)***

1. Extremadamente comprometida.
2. Muy comprometida.
3. Moderadamente comprometida.
4. Levemente comprometida.
5. No comprometida.

**DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN R/C LA ENFERMEDAD DE PARKINSON**

***CUIDADOS PERSONALES: COMER (0303)***

1. Dependiente, no participa.
2. Requiere ayuda personal y de dispositivos.
3. Requiere ayuda personal.
4. Independiente con ayuda de dispositivos
5. Completamente independiente.

**DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE R/C LA FALTA DE COORDINACIÓN**

***CUIDADOS PERSONALES: BAÑO (0301)***

1. Dependiente, no participa.
2. Requiere ayuda personal y de dispositivos.

3. Requiere ayuda personal.
4. Independiente, con ayuda de dispositivos.
5. Completamente independiente.

***CUIDADOS PERSONALES: HIGIENE (0305)***

1. Dependiente, no participa.
2. Requiere ayuda personal y de dispositivos.
3. Requiere ayuda personal.
4. Independiente, con ayuda de dispositivos.
5. Completamente independiente.

**DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: VESTIDO/ACICALAMIENTO R/C LA DIFICULTAD DE MOVIMIENTO**

***CUIDADOS PERSONALES: VESTIR (0302)***

1. Dependiente, no participa.
2. Requiere ayuda personal y de dispositivos.
3. Requiere ayuda personal.
4. Independiente, con ayuda de dispositivos.
5. Completamente independiente.

**DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: USO DEL WC R/C LA FALTA DE COORDINACIÓN**

***CUIDADOS PERSONALES: USO DE INODORO (0310)***

1. Dependiente, no participa.
2. Requiere ayuda personal y de dispositivos.
3. Requiere ayuda personal.
4. Independiente con ayuda de dispositivos.
5. Completamente independiente.

**DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO R/C EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO Y FACTORES DE LA ENFERMEDAD DE PARKINSON**

***DESCANSO (0003)***

1. Extremadamente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

***SUEÑO (0004)***

1. Extremadamente comprometido.
2. Sustancialmente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

**DISFUNCIÓN DE LA SEXUALIDAD R/C LA ENFERMEDAD DE PARKINSON**

***FUNCIONAMIENTO SEXUAL (0119)***

1. Nunca manifestado.
2. Raramente manifestado.
3. En ocasiones manifestado.
4. Con frecuencia manifestado.
5. Manifestado constantemente.

**INCONTINENCIA URINARIA FUNCIONAL R/C LA LIMITACIÓN NEUROMUSCULAR Y ENFERMEDAD DE PARKINSON**

***CONTINENCIA URINARIA (0502)***

1. Nunca manifestado.
2. Raramente manifestado.
3. En ocasiones manifestado.
4. Con frecuencia manifestado.
5. Constantemente manifestada.

**CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR R/C LA ENFERMEDAD CRÓNICA**

***ALTERACIÓN DEL ESTILO DE VIDA DEL CUIDADOR FAMILIAR (2203)***

1. Intensa.
2. Sustancial.
3. Moderada.
4. Ligera.
5. Ninguna.

***BIENESTAR DEL CUIDADOR FAMILIAR (2508)***

1. Extremadamente comprometido.
2. Importantemente comprometido.
3. Moderadamente comprometido.
4. Levemente comprometido.
5. No comprometido.

**DOLOR AGUDO R/C ESPASMOS Y CONTRACTURAS**

***CONTROL DEL DOLOR (1605)***

1. Nunca manifestado.
2. Raramente manifestado.
3. En ocasiones manifestado.
4. Con frecuencia manifestado.
5. Manifestado constantemente.

***NIVEL DEL DOLOR (2102)***

1. Intenso.
2. Sustancial.
3. Moderado.
4. Ligero.
5. Ninguno.



# ***INFLUENCIA DE LA DONACIÓN DE SANGRE EN LOS NIVELES DE HIERRO***

*Galvañ García, José Isidoro\*; Peña Rodríguez, Antonio\*\*; Delgado Alcalá, Nuria\*;  
Risueño Sánchez, Maravillas\*; Rodríguez Cutillas, Victoria\*. Tjño. 96 565 81 12  
\*Centro de Transfusión de Alicante. \*\*Dpto. Enfermería. Universidad de Alicante.  
Hospital General Universitario de Elche.*

## **INTRODUCCIÓN.**

El hierro es un elemento esencial para la vida, ya que participa en todos los procesos de oxidación-reducción. Se encuentra formando parte esencial de las enzimas del ciclo de Krebs, en la respiración celular y como transportador de electrones en los citocromos. Así mismo, está presente en numerosas enzimas involucradas en el mantenimiento de la integridad celular, tales como las catalasas, peroxidadas y oxigenasas<sup>1</sup>.

Los 3,5-5 g de hierro que existen en el organismo de un individuo normal se encuentran en dos compartimentos delimitados y conectados entre sí, de manera que el 20% se halla en un compartimento depósito, en forma de ferritina y hemosiderina, y el 80% restante, en un compartimento funcional, unido a la hemoglobina (65%), mioglobina (10%) o enzimas (5%). Una pequeña cantidad, 0,1-0,2%, está unida a la transferrina (proteína transportadora)<sup>2,3</sup>. Las pérdidas de hierro a través de heces, orina y sudor son mínimas (1-2 mg), proceden de una pequeña parte del hierro no recuperado en la eritrocateresis (fagocitosis eritrocitaria a los 120 días de vida de los hematíes), y son repuestas por la absorción de hierro presente en la dieta<sup>2</sup>.

La donación de 425-475 ml de sangre supone una importante pérdida de entre 200 y 250 mg de hierro<sup>4</sup>. Esta pérdida va a generar la movilización de las reservas orgánicas y, el requerimiento de una mayor absorción, que está supeditada tanto a la ingesta de alimentos ricos en hierro, como de otras sustancias, que inhiben su absorción (productos lácteos<sup>5</sup>, huevos, café o té y fibra), o la potencian (alcohol y carne)<sup>6</sup>.

A pesar de las importantes pérdidas referidas, en la mayoría de los bancos de sangre, los parámetros utilizados para habilitar al donante para la donación son las tasas de hemoglobina (> 12,5 en la mujer y > 13,5 en el hombre) y/o hematocrito<sup>7</sup>.

El objetivo de este estudio es determinar la repercusión de la donación en los niveles de hierro orgánico en donantes de sangre de la provincia de Alicante.

## MATERIAL Y MÉTODO

Para conseguir el objetivo propuesto se ha realizado un estudio descriptivo transversal con una muestra de 458 donantes de la provincia de Alicante, entre noviembre y diciembre de 2003, que tenían niveles de hemoglobina adecuados para realizar la donación, consistente en unos 450 ml de sangre extraídos por flebotomía. De estos donantes se desestimaron 19 por diversos motivos (12 por muestras no viables y 7 por identificación errónea).

La muestra se ha seleccionado de forma estratificada por número de donaciones y lugar de residencia. A estos donantes se le pasó una encuesta “ad hoc” con datos demográficos, número de donaciones y hábitos de interés con posible influencia en la eritropoyesis o en el metabolismo del hierro, tales como: consumo de tabaco y de alimentos (verduras, frutas, carne, lácteos, pasta y cereales, pescado, legumbres). Para el análisis estadístico, los donantes se han categorizado en tres grupos, según el número de donaciones previas, (ninguna, entre 1 y 20, y más de 20), mientras que los hábitos de interés han sido categorizados, en función de la frecuencia de consumo. Así mismo, se les recogió una muestra sanguínea (bioquímica y hematología) para determinación de hemograma y estudio de hierro (hierro sérico, transferrina, ferritina y saturación).

Con los datos recogidos se ha realizado un estudio descriptivo y comparativo utilizando los programas Epiinfo 2000 y SSPS para windows, y realizando pruebas paramétricas (chi-cuadrado, ANOVA de un factor) y no paramétricas (Kluscar-Wallis), en función de las variables estudiadas. Se han considerado como estadísticamente significativos valores de  $p$  inferiores a 0,05.

### RESULTADOS.

Los resultados obtenidos, tras el análisis de los datos, son los siguientes: Del total de 439 donantes, el 56% eran hombres (246) y el 44% mujeres (193) con una edad media de 31,5 años y desviación típica de 11,5 (rango entre 18 y 64). El 25% de los casos fueron primeras donaciones, el 47,8% tenían entre 1 y 20 donaciones y, el 26,7% restante, habían donado sangre en más de 20 ocasiones.

La tasa media de hemoglobina fue de 14,65 g/dl para el primer grupo, 14,22 g/dl para el segundo y 14,40 g/dl para el tercero, siendo inferior en mujeres en los tres grupos.

Los niveles medios de ferritina (reserva de hierro) fueron de 97,96 ng/ml para el primer grupo, 50,74 ng/ml para el segundo y 53,38 ng/ml para el tercero, siendo inferior en mujeres en los tres grupos. Cabe resaltar que, aunque en los hombres el descenso está relacionado directamente con el número de donaciones, en las mujeres esto no se cumple, siendo la media del tercer grupo superior a la del segundo.

Los niveles medios de transferrina fueron de 281,17 mcg/dl para el primer grupo, 295,13 mcg/dl para el segundo y 290,14 mcg/dl para el tercero, siendo superior en mujeres en los tres grupos.

Los donantes de ambos sexos del presente estudio presentan niveles normales en otros parámetros relacionados con el metabolismo férrico (sideremia, saturación de transferrina), aunque con valores inferiores en mujeres.

Otros datos estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ) son que:

- El porcentaje de donantes masculinos es superior en el grupo de más de 20 donaciones.
- Existe una relación inversamente proporcional entre el número de donaciones y el número de plaquetas circulantes, aunque siempre se mantienen en valores normales.
- Existe una relación significativa entre los niveles de ferritina y el consumo de ciertos alimentos. Y así, a mayor consumo de carne, mayor tasa de ferritina, y a mayor consumo de fruta menor tasa de ferritina.

## DISCUSIÓN

El hierro es un elemento de vital importancia en el metabolismo humano. Tiene un papel primordial en la eritropoyesis y en muchos otros procesos orgánicos. La donación de sangre es un factor a tener en cuenta en el descenso en los niveles de ferritina, reserva férrica del organismo. Diversos estudios han mostrado, ya desde los años 70, que la deficiencia férrica es alta en donantes de sangre (1,8-8,4% en hombres y 4,5-34,8 en mujeres, según series).

Aunque en nuestro estudio el descenso de ferritina es superior en donantes de 1-20 donaciones, en otros estudios existe una relación directa<sup>4</sup>. Esta diferencia creemos que es debida a que en nuestro estudio se ha tomado como referencia el número absoluto de donaciones, y en otros la frecuencia de éstas (nº de donaciones en un tiempo determinado)<sup>8</sup>.

La reducción de los niveles de hierro sérico, ferritina, hemoglobina y saturación de transferrina, así como la elevación de transferrina en la mujer, respecto al hombre, se considera normal, y es secundaria a las pérdidas menstruales<sup>2</sup>. El mayor porcentaje de hombres en los grupos de más donaciones creemos que es debido a que éstos pueden realizar una donación más al año.

Por otro lado, la relación entre el consumo de ciertos alimentos (carne y fruta) con los niveles de ferritina, puede ser debida al efecto que éstos tienen sobre la absorción de hierro, tal como se ha comentado en la introducción. Por otra parte, no ha aparecido relación del consumo de lácteos, descritos por otros autores como inhibidores de la absorción de hierro, con la tasa de ferritina<sup>5</sup>.

## CONCLUSIONES

La donación de sangre tiene una gran influencia sobre las reservas férricas y constituye un importante factor de deficiencia de éste metal, sobre todo en personas multidonantes y, especialmente, en mujeres.

La alta frecuencia de donantes de sangre con deficiencia férrica, plantea la duda, de si valorar únicamente la tasa de hemoglobina antes de la donación es suficiente, ya que puede darse la circunstancia de tener valores normales de hemoglobina, pero reservas de hierro límites de anemia. Esto hace que algunos autores recomienden el uso del receptor de transferrina en suero<sup>9,10,11</sup> o de los índices de hematíes (VCM, HCM)<sup>12</sup> como herramientas para el diagnóstico y prevención de la deficiencia férrica en donantes.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Andrews NC, Bridge KR. Disorders of iron metabolism and sideroblastic anemia. En: Nathan and Oski's Hematology of infancy and childhood. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders, 1998:423-61.
- 2- Forrellat Barrios M, Gautier du Défaix Gómez H, Fernández Delgado, N. Metabolismo del hierro. Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter 2000; 16 (3); 149-60.
- 3- Wick M, Pinggera W, Lehmann P. Iron metabolism, diagnosis and therapy of anemias. 3th ed. New York: Springer, 1996.
- 4- Delfini Caçado R, Sergio Chiattono C, Forin Alonso F, Langhi Junior DM, Silva Alves, RC. Iron deficiency in blood donors. Sao Paulo Med J/Rev Paul Med 2001; 119 (4);132-4,
- 5- Hallberg L, Rossander-Hulthen L, Brune M. Inhibition of heme-iron absorption in man by calcium. Br J Nutr 1993;69:533-40.
- 6- Lee GR, Herbert V. Nutritional factors in the production and function of erythrocytes. En: Wintrobe's Clinical Hematology. 10th ed. Baltimore: William and Wilkins, 1998:228-66.
- 7- Chueca MP, Galar GM, Ardanaz MF, Zabalegui A, Muruzábal L, Munhoz A. La hemoglobina en la selección de hemodonación. Sangre, 1995; 1; 41-4.
- 8- Lamas MC, Pérez-Lanzac JCL, Arrojo IP, Gordo RS, Christensen EA, Font ES; Determinación de ferritina sérica. Consideraciones para evitar ferropenia inducida en donantes de sangre. Sangre, 39; 9-14, 1994.
- 9- Punnonen K, Rajamaki A. Evaluation of iron status of Finnish blood donors using serum transferrin receptor. Transfus Med. 1999 Jun;9(2):131-4.
- 10- Flesland O, Eskelund AK, Flesland AB, Falch D, Solheim BG, Seghatchian J. Transferrin receptor in serum. A new tool in the diagnosis and prevention of iron deficiency in blood donors. Transfus Apheresis Sci. 2004 Aug;31(1):11-6.
- 11- Gimferrer E, Ubeda J, Royo MT. El Receptor de la transferrina. Bioferrum 1996;1:49-50.
- 12- Alexander HD, Sherlock JP, Bharucha C. Red cell indices as predictors of iron depletion in blood donors. Clin Lab Haematol. 2000 Oct;22(5):253-8.



## 14. MESA DE TRABAJO N.º 4

Moderada por **Dña. Adela Alonso Gallegos**, Coordinadora del Centro de Salud de Florida

### "CUIDADOS EN LA MADUREZ"

Rosalinda Alfaro en su definición de proceso de atención de enfermería nos recuerda que "El proceso de atención de enfermería es un método sistemático y organizado de brindar cuidados de enfermería individualizados que se centra en la identificación y tratamiento de las respuestas del usuario (individuo, familia, grupo) a procesos vitales/ alteraciones de la salud reales o potenciales".

En esta definición observamos que los cuidados de enfermería se orientan a las respuestas humanas de los usuarios en las distintas etapas del ciclo vital. En la madurez, entendiendo esta, como el periodo de la vida del adulto, comprendido entre la juventud y la vejez, después de haber alcanzado la plenitud vital, el individuo se mantiene en un alto nivel de sus funciones, pudiendo desarrollar todos los conocimientos, valores y actitudes adquiridos hasta ese momento. Es una etapa de estabilidad física, psicológica y social, de tal manera que el usuario acude de forma ocasional al sistema sanitario, pero mantener y potenciar la salud es uno de los objetivos fundamentales de los profesionales de la salud para alcanzar una ancianidad con buena calidad de vida.

Por tanto, el objetivo principal de los cuidados de enfermería es favorecer conductas saludables en los usuarios y las actividades de enfermería irán encaminadas a fomentar estas conductas mediante educación, motivación, asesoramiento, enseñanza y comunicación.

El profesional de enfermería realizará una valoración bio-psico-social, utilizando los patrones funcionales de M. Gordon, prestando atención a su estilo de vida, factores de riesgo, creencias, expectativas...para motivar y animar a alcanzar un estado óptimo de salud.

El diagnóstico de Enfermería NANDA 00084 "Conductas generadoras de salud" se define como "Estado en el que una persona que tiene una salud estable, busca activamente métodos para cambiar los hábitos higiénicos propios o el entorno, o ambas cosas, con el fin de alcanzar un nivel superior de bienestar". Entendiendo salud estable como el cumplimiento de las medidas de prevención de la enfermedad adecuadas para la edad, la afirmación por parte del cliente de que tiene una salud buena o excelente, y el control de los signos y síntomas de la enfermedad, si existen.

Las características definitorias principales y secundarias que deben estar presentes para enunciar este diagnóstico son:

1. Deseo expreso o manifiesto de buscar información sobre el fomento de la salud.
  2. Deseo expreso o manifiesto de aumentar el control sobre la salud.
  3. Expresión de preocupación por el efecto de las condiciones ambientales actuales sobre la salud.
  4. Desconocimiento expreso o manifiesto de los recursos de la comunidad que promueven el bienestar..
  5. Desconocimiento expreso o manifiesto de las conductas saludables.
- Las intervenciones de enfermería que proponemos para alcanzar el objetivo de conductas

saludables de nuestros usuarios estarán basadas en las Recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la salud (PAPPS) para adultos sin factores de riesgo conocidos, de la Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria.

## **INTERVENCION ENFERMERÍA**

## **ACTIVIDADES Y PERIODICIDAD**

4490: Ayuda para dejar de fumar

- Interrogatorio sobre hábito tabáquico y registro c/ 2 años
- No reinterrogar a los mayores de 30 que nunca han fumado.
- Consejo y ayuda a los fumadores.

4500: Prevención del consumo de sustancias nocivas.

- Cuantificación sobre el consumo de alcohol c/ 2 años.
- Intervención breve si se consume más de 280g/semana en varones y más de 170g/semana en mujeres.

6610: Identificación de riesgos (cardiovasculares)

- Determinación del colesterol c/ 5 años hasta los 75 años, después sólo una vez si no hay ninguna previa.
- Toma Presión arterial c/ 2 años.

1100: Manejo de la nutrición.

1260: Manejo del peso

- Control del peso cada 2 años
- Para la detección de la obesidad (IMC mayor de 30).
- Para la detección de la malnutrición (IMC menor de 20), frecuente en mayores de 75 años. Investigar ante la pérdida de peso de un 5% en un mes o de un 10% en 6 meses.
- Fomento de la ingesta de una alimentación saludable

0200: Fomento del ejercicio.

- Información y consejo para aumentar los niveles de actividad física habitual o que se realice ejercicio aeróbico o deporte más de 30 minutos 3 veces semana, con pulsaciones entre el 60 y 85% de la frecuencia cardíaca máxima teórica (220-edad)
- Periodicidad no inferior a 3 meses ni superior a 2 años.

6610: Identificación de riesgos (en relación al cancer)

- Cáncer de cervix: En mujeres de 35-65 años, realizar dos con periodicidad anual, y si son normales cada tres años.
- Cáncer de mama: Mamografía cada 2 años.
- Cáncer de endometrio: Consejo para que consulte ante cualquier hemorragia vaginal.
- Cáncer de próstata: No recomendado el cribado en personas asintomáticas.
- Cáncer de colon: Consejo sobre el consumo de dieta rica en fibra y vegetales y pobre en grasas saturadas, práctica de ejercicio y evitar alcohol y tabaco.

5622: Enseñanza: sexo seguro

- Consejo uso medidas anticonceptivas (ambos sexos)
- Valorar como mínimo cada dos años.

6530: Manejo de inmunización/vacunación.

- Vacunación de la gripe: anual para grupos de riesgos y mayores de 65 años.
- Vacunación de tétanos y difteria con dosis de recuerdo cada 10 años.
- Vacunación antirrubéólica, mujeres en edad fértil.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gordon, M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. 3ª Ed. Mosby, Madrid, 1996.
2. North American Nursing Diagnoses Association. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2001-2002. Ed . Harcourt. Madrid, 2001.
3. McCloskey, J.C; Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). Nursing Interventions Classification (NIC) 3ª ed. Harcourt, Madrid 2001.
4. Carpenito, L. Diagnósticos de Enfermería Aplicaciones a la práctica clínica. 9ª edición McGraw-Hill Interamericana, Madrid 2003.
5. Recomendaciones Programa de actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS). Sociedad Española de Medicina de Familia y comunitaria.. Barcelona 2003.

## COMUNICACIONES DE LA MESA:

- Ansiedad y depresión en pacientes portadores de desfibrilador automático implantable.** .....191  
(Hospital General Universitario de Alicante)  
Autores: Sara Molina Garro, Ana Rosa Ibañez Vera, Juan G. Martínez Martínez.
- "Proyecto de identificación y difusión del síndrome de Brugada".** .....195  
(Hospital General Universitario de Alicante)  
Autores: Mª Cristina Sogorb Garri, Mª Angeles Bonmati Montiel,  
David Garri Sogorb, Mª Dolores Segui Mengual, Enriqueta Navarro Placencia,  
Amparo Herrero Belmonte.
- La percepción de las mujeres sobre la menopausia. Un estudio cualitativo.** .....199  
(Centro de Salud de Florida)  
Autores: Mª Dolores Saavedra Llobregat, Cecilia Melia Beigbeber,  
Olga Herrero Herrero.
- Validez y fiabilidad de las láminas COOP-Wonca en una muestra de mujeres menopausicas.** .....205  
(Centro de Salud de Ciudad Jardín)  
Autores: Vanessa Riallin de Cruz, Mª José Cabañero Martínez,  
Mª Luisa Raga Ortega, Ángel Villalba Pacheco.
- ¿Qué percepción tienen los profesionales de nuestro centro sobre la menopausia? Un estudio cualitativo...** .....207  
(Centro de Salud Florida-Babel)  
Autores: Mª Cecilia Melia Beigbeber, Mª Dolores Saavedra Llobregat,  
Olga Herrero Herrero, Joaquin Uris Selles, Manuel Lillo Crespo,  
Isabel Casanova Martínez.



# **ANSIEDAD Y DEPRESION EN PACIENTES PORTADORES DE DESFIBRILADOR AUTOMATICO IMPLANTABLE**

*(Hospital General Universitario de Alicante)*

*Sara Molina Garro, Ana Rosa Ibañez Vera, Juan G. Martínez Martínez.*

## **INTRODUCCIÓN**

Cada vez son mas las indicaciones de implantación de desfibrilador automático (DAI); no solo en pacientes que han sufrido episodios de arritmias ventriculares sino también como prevención primaria en aquellos que tienen un riesgo elevado.

Un alto porcentaje de las muertes súbitas extrahospitalarias no sobreviven pese al desarrollo de los sistemas de emergencia y de la difusión de las técnicas de reanimación cardio-pulmonar.

Por otro lado, aunque la mayoría de los pacientes portadores de DAI tienen una cardiopatía estructural e importante, en ocasiones se trata de pacientes con “corazón sano”, como son los casos de Síndrome de Brugada.

La muerte súbita de origen cardíaco supone el 12% de todas las muertes naturales y el 88% de todas las muertes súbitas.

La enfermedad coronaria es la causa mas frecuente (superior al 80%) y en ocasiones su primera manifestación clínica (50%).

La mayoría de los episodios de muertes súbitas extrahospitalarias ocurren en pacientes no identificados previamente como de alto riesgo.

En los años 1950 a 1980, se desarrollaron las bases para el diseño e implante de dispositivos que permitieran la detección y el tratamiento de las arritmias ventriculares malignas (taquicardia ventricular y FV).

En 1980, el equipo dirigido por el Dr Mirouski, implantó el primer desfibrilador automático en un paciente joven con FV recurrente. El primer implante en España de un DAI se realizó en 1985.

Se trata de un dispositivo de unos 250 gr, no programable, implantado en el abdomen, con electrodos y parches epicárdicos colocados mediante esternotomía.

Actualmente se han simplificado las características tecnológicas del DAI, teniendo como componentes un generador y electrodos, disminuyendo también de peso y tamaño. La técnica de implante ya no es abdominal, siendo hoy en día pectoral subcutánea, disminuyendo así la morbilidad del implante.

Existe también una gran variedad de algoritmos de estimulación para terminar con la arritmia, pero los más usados son: Los trenes de impulso o ráfaga. La rampa y la rampa-scan. Si después de utilizada la terapia no se ha podido quitar la arritmia, es cuando da la cardioversión o desfibrilación, según sea la arritmia auricular o ventricular.

También tienen función de detección bradicárdica y pueden funcionar como MP con estimulación antibradicárdica.

La posibilidad de sufrir una descarga del DAI o el hecho de haberlas tenido, puede crear en los pacientes síntomas de ansiedad y/o depresión, que pueden alcanzar niveles patológicos.

## **OBJETIVOS**

Con el objetivo de valorar la incidencia de ansiedad y/o depresión, en pacientes portadores de DAI se suministró a 50 pacientes consecutivos, 43 hombres y 7 mujeres con edades medias de 69'6 ( $\pm$ ) 13'6 años; rango 18-80 el cuestionario HADS (escala hospitalaria de ansiedad y depresión).

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se trata de un cuestionario autoaplicado de 14 ítems, integrado en dos subescalas de 7 ítems, una de ansiedad (ítems impares) y otra de depresión (ítems pares).

Los ítems de la subescala de ansiedad, están seleccionados a partir del análisis y revisión de la escala de ansiedad de Hamilton evitando la inclusión de síntomas físicos, que puedan ser confundidos por parte del paciente con la sintomatología propia de su enfermedad física. Los ítems de la subescala de depresión se centran en el área de la anhedonia (perdida del placer).

El paciente tiene que seleccionar para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación.

La puntuación para cada subescala se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas (0-3) en los ítems respectivos. El rango de puntuación es de 0-21 para cada subescala.

En versión original de la escala se propone los mismos puntos de corte para las dos subescalas.

- 0 – 7 NORMAL
- 8- 10 DUDOSO
- 11 PROBLEMAS CLINICOS.

## **RESULTADOS**

Un 24% de los pacientes mostraron puntuación patológica para ansiedad y/o depresión.

Un 20% para ansiedad; 20% para depresión y el 16% patológica para ambas (8/50).

Se encontró una relación significativa entre el sexo femenino y ambas patologías. No se encontró relación entre la edad, nivel cultural o estudios y profesión con la puntuación de ambas subescalas.

El grupo de pacientes que habían sufrido alguna descarga mostró una relación significativa con la escala de depresión, pero no de ansiedad.

## CONCLUSIONES

Para concluir diré que, una cuarta parte de los pacientes portadores de DAI presentan trastornos psicológicos en grado patológico, bien depresión, bien ansiedad.

Estos trastornos son mas frecuentes en mujeres en general y en pacientes que han sufrido alguna descarga para el caso de la depresión.

El cuestionario HADS, permite una identificación sencilla de estos trastornos, posibilitando una mejor valoración por parte del especialista adecuado.

## RESUMEN

Cada vez son mas las indicaciones de implantación de desfibrilador automático implantable (DAI), tanto en prevención secundaria como en prevención primaria. Con el objetivo de valorar la incidencia de ansiedad y/o depresión en pacientes portadores de DAI se suministró a 50 pacientes consecutivos (43 hombres y 7 mujeres, con edad media de  $69,6 \pm 13.6$  años, rango 18-80) de la consulta de desfibriladores el cuestionario HADS (escala hospitalaria de ansiedad y depresión). Es un cuestionario autoaplicado de 14 items, integrado por dos subescalas de 7 items, una de ansiedad y otra de depresión. La intensidad o frecuencia del síntoma se evalúa en una subescala de Likert de 4 puntos (rango 0-3), con diferentes formulaciones de respuesta. El corte para las subescalas se considera: normal  $<7$ , dudoso 8-10, patológico  $\geq 11$ .

**Resultados:** Un 24% de los pacientes mostraron puntuaciones patológicas para ansiedad y/o depresión: 20% para ansiedad, 20% para depresión y 16% patológicas para ambas (8/50). Se encontró una relación significativa entre el sexo femenino y ambas patologías ( $p < 0.02$ ). No se encontró relación entre la edad, nivel cultural o estudios y profesión con la puntuación de ambas subescalas. El grupo de pacientes que habían sufrido alguna descarga mostró una relación significativa con la subescala de depresión ( $p < 0.05$ ), pero no de ansiedad.

**Conclusiones:** Una cuarta parte de los pacientes presentan trastornos psicológicos en grado patológico, y en depresión y en ansiedad, siendo mas frecuentes en mujeres en general, y en pacientes que han sufrido alguna descarga para el caso de la depresión. El cuestionario HADS permite una identificación sencilla de estos trastornos posibilitando una mejor valoración por parte del especialista adecuado.



# **PROYECTO DE IDENTIFICACION Y DIFUSION DEL SINDROME DE BRUGADA**

*(Hospital General Universitario de Alicante)*

*M<sup>a</sup> Cristina Sogorb Garri, M<sup>a</sup> Angeles Bonmati Montiel, David Garri Sogorb,  
M<sup>a</sup> Dolores Seguí Mengual, Enriqueta Navarro Placencia, Amparo Herrero Belmonte*

Hace aproximadamente 3 décadas, pocos enfermeros sabían interpretar un ECG; esto no nos debe sorprender ya que la mayoría no había visto ninguno y mucho menos lo habían evaluado. Sin embargo actualmente los electrocardiógrafos, al igual que otros aparatos se han convertido en instrumentos estandarizados de valoración. Por lo tanto la lectura e interpretación de los registros del ECG es importante no solo para la enfermería en las unidades coronarias, sino también en las consultas medicas, centros de atención primaria, servicios de urgencia y muchas otras unidades de enfermería intra y extra hospitalarias ya que nuestra responsabilidad no debe finalizar con la obtención de un trazado de calidad. La interpretación correcta del ECG requiere además suspicacia e instinto, permitiendo así detectar precozmente algunas alteraciones cardiacas difícilmente evidenciables por carecer de cualquier otra manifestación.

Un buen ejemplo de ello es el Síndrome de Brugada en el cual hemos basado el presente estudio.

Desde el año 1953 hasta la década de los 80, se describieron pacientes con la imagen de bloqueo de rama derecha y supradesnivel del S-T, como variantes de la normalidad.(1-2)

Solo los doctores Pedro y José Brugada en 1991, relacionaron dicho patrón(3) electrocardiográfico con la muerte súbita cardiaca. Este síndrome suele diagnosticarse de forma casual a pacientes con o sin síntomas durante la realización de un E.C.G de rutina, el cual se caracteriza por un aparente bloqueo de rama derecha y elevación del segmento S-T en las derivaciones precordiales V1 a V3.

La recurrencia o la posibilidad de un primer episodio sincopal o de muerte súbita cardiaca es del 30% en los 3 primeros años de realizado el diagnóstico.(4) Dichos episodios son causados por crisis de taquicardia ventricular polimórfica rápida, que aparecen de una manera inesperada y sin pródromos.

Este síndrome está determinado genéticamente por alteración en el funcionamiento de los canales del sodio y aunque pueden haber formas aisladas, suele darse en varios miembros de una misma familia.

En cuanto a su incidencia es difícil conocer datos exactos, a causa del poco tiempo transcurrido desde la descripción de este síndrome, aunque según diferentes estudios, entre el 4 al 12% de las muertes súbitas e inesperadas en gente joven (menos de 50 años) son debidas a este síndrome.

Esta enfermedad con consecuencias fatales si no se diagnostica, tiene sin embargo un pronóstico excelente, ya que una vez identificado dicho patrón electrocardiográfico y tras estudio farmacológico y/o electrofisiológico, a aquellos pacientes que sean tributarios se les implanta un D.A.I. (5) (Desfibrilador Automático Implantable) ya que este dispositivo está diseñado para detectar y abortar este tipo de taquicardias malignas.

Estas imágenes muestran ejemplos de E.C.G. donde aparecen las características anteriormente expuestas. Estos electrocardiogramas fueron realizados con motivo de estudio preoperatorio por enfermería de la unidad de electrocardiografía de este hospital. Pertenecen a pacientes de menos de 50 años y no presentaban ninguna sintomatología cardíaca.

Identificados como sospechosos del Síndrome de Brugada por dicha unidad, cada caso fue puesto en conocimiento de la sección de arritmias del servicio de cardiología para posteriores estudios.

En cuanto a las características electrocardiográficas, es importante distinguir los detalles que diferencian las imágenes del síndrome de Brugada, con las del bloqueo de rama derecha, con las cuales puede ser confundido. El bloqueo de rama derecha se caracteriza porque en las derivaciones V1-V3 el complejo QRS se inicia con una deflexión r seguida de una S, seguida de R' hasta volver a la línea isoelectrica. Por el contrario en el síndrome de Brugada, el E.C.G. se inicia igualmente r, S, R' persiguiendo el segmento ST elevado con un descenso progresivo y lento del mismo (supradesnivel del ST).

En esta forma anómala de la repolarización, pueden haber dos tipos de morfología del supradesnivel del S-T, una es en forma de domo o convexa, la cual se relaciona más frecuentemente con episodios agudos, o en forma de silla de montar invertida o triangular, la cual parece estar relacionada más con el curso crónico, aunque existen otras formas que no tienen esta manifestación electrocardiográfica tan característica.

## **OBJETIVOS**

Con el presente estudio, nos planteamos dos objetivos:

1º- Conocer la información que posee acerca de este síndrome el personal de enfermería.

Y dependiendo de los resultados.

2º- Difundir información teórica y práctica sobre este tema a los profesionales de enfermería de cualquier centro sanitario de la manera más sencilla posible.

## **MATERIAL Y METODOS**

-Búsqueda bibliográfica.

-Estudio observacional descriptivo, realizado durante los meses enero-febrero del año 2004, con una muestra de 90 profesionales de enfermería de centros pertenecientes a las áreas de salud 15,16,17,18 y 20, de nuestra provincia, tanto de Atención Primaria, Especializada, enfermería de empresa y centros privados.

Se excluyeron todos aquellos que no tuviesen acceso a la realización de E.C.G, en su práctica diaria.

Se utilizó para las encuestas un cuestionario adecuado (ad hoc), con preguntas diseñadas para averiguar la información que se poseía acerca de este tema.

## **RESULTADOS**

### **Análisis de la muestra:**

Consta de 90 enfermeros, de los cuales 69 eran mujeres (77%) y 21 eran hombres (23%), con una edad media de 40,7 años, y una media de años trabajados de 16.

Del total de la muestra, 53 e (58,8%) pertenecían a Atención Primaria; 20e (22,2%) a Atención Especializada; 11e (12,2%) a Centros Privados y 6e (6,6%) eran enfermeros de empresa.

### **Distribución por áreas de salud:**

Área 15-Villajoyosa: 2e.

Área 16-San Juan: 10e.

Área 17-Elda: 17e.

Área 18-Alicante: 52e.

Área 20-Almoradí: 9e.

A la pregunta ¿Conoces el Síndrome de Brugada?, 79 enfermeros respondieron que NO (88%), 11 enfermeros respondieron SI (12%), de los cuales solo 3 (3,3%) contestaron positivamente el identificarlo en un E.C.G, puesto que describieron sus características.

## **CONCLUSIONES**

El síndrome de Brugada, es una enfermedad prácticamente desconocida por el personal de enfermería. Son pocos los que reconocen tener alguna información sobre esta entidad, y menos los que sabrían reconocer esta anomalía en un E.C.G.

Dada la importancia de su diagnóstico precoz para prevención de desenlaces fatales, y dada la escasa expresividad de este síndrome, consideramos importante, que toda la enfermería que tenga acceso a información electrocardiográfica, ya sea dentro del hospital o fuera de él, tenga la posibilidad de detectar esta anomalía en un E.C.G, ya que supone un marcador importante de muerte súbita, y es la expresión más valiosa de esta entidad.

Por ser el método que nos pareció mas sencillo, iniciamos proyecto de difusión en principio a través de Internet, para lo cual se creo un espacio dedicado a enfer-

mería en la página web de nuestro Servicio de Cardiología, la cual ponemos a vuestra disposición en (<http://icarhos.net/>).

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1- Osher H.L. Wolf L. Electrocardiographic pattern simulating acute myocardial injury. *Am J. Med Sci* 1953;225:541-5
- 2- Marriott H.J.L. *Practical Electrocardiography*. 7th ed. Baltimore: Williams and Williams 1988
- 3- Brugada P, Brugada J. A distinct clinical and electrocardiographic syndrome: right bundle-branch block, persistent ST segment elevation with normal QT interval and sudden cardiac death (abstr). *PACE. Pacing Clin Electrophysiol* 1991;14:746
- 4- Brugada J, Brugada R, Brugada P. Right Bundle Branch block and ST-segment elevation in leads V1 through V3. A Marker for Sudden death in patients without demonstrable structural heart disease. *Circulation* 1998;97:457-60
- 5- Brugada J, Brugada P, Brugada R. El síndrome de Brugada y las miocardiopatías derechas como causa de muerte súbita. Diferencias y similitudes. *Rev. Esp. Cardiol* 2000;53:275-85

# LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LA MENOPAUSIA UN ESTUDIO CUALITATIVO

*(Centro de Salud de La florida)*

*M<sup>a</sup> Dolores Saavedra Llobregat, Cecilia Melia Beigbeber, Olga Herrero Herrero*

## INTRODUCCIÓN

El climaterio, al igual que otras etapas del ciclo vital como la infancia o la adolescencia, se muestran 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.

Desterrar cualquier connotación de enfermedad o de patología ligada al acontecimiento fisiológico de la menopausia es, probablemente uno de los aspectos más importantes a desarrollar desde cualquier ámbito de la salud y que más puede contribuir a desdramatizar esta etapa a muchas mujeres.

Este aspecto tan ligado a la Educación para la salud podría ayudar a resolver muchos de los problemas que se asocian a la menopausia, y liberar de los tabúes y mitos que contribuyen a mantenerlos todavía.

Los síntomas propios de esta etapa son tanto físicos como psíquicos, apareciendo también cambios de tipo familiar ( independencia de los hijos) y social, a los que no es fácil adaptarse, pudiendo producir sentimientos de desvalorización y vejez.

Estas circunstancias pueden condicionar la sobreutilización de los servicios sanitarios y provocar un aumento de medicalización en las mujeres.

Al realizar la búsqueda bibliográfica, hemos comprobado que la mayoría de estudios de intervención se han realizado sin tener en cuenta previamente las percepciones de las mujeres durante esta etapa, que reflejan los argumentos que las mujeres se dan a sí mismas para aceptar o no, los cambios en sus comportamientos durante este periodo.

En muchas ocasiones los fracasos de los programas de promoción de salud, se deben a este desconocimiento.

Falta conocer la subjetividad del individuo ante su proceso de salud.

La finalidad de este estudio se basa en conocer las creencias, percepciones y valores que las mujeres tienen de la menopausia, desde una metodología cualitativa.

La técnica elegida para la recogida de información, son los grupos de discusión ( focus group ). Un grupo focal es una conversación cuidadosamente planeada, dise-

ñada para obtener información sobre las experiencias y perspectivas de los participantes, es de gran utilidad cuando se pretende investigar qué piensan y el porqué, ya que exponen sus ideas y vivencias a través de comentarios, en un grupo de personas que poseen ciertas características en común, obteniéndose datos de naturaleza cualitativa en una conversación guiada y grabada para su reproducción.

En nuestro país los médicos hablan de la menopausia y de lo que sienten las mujeres sin preguntarles a ellas.

Solo se conocen 2 estudios publicados que se hayan interesado por conocer que piensan las mujeres sobre la menopausia.

Es una obligación de la Atención Primaria, que constituye el primer contacto con las mujeres y el más continuado, conocer los significados que esta etapa para las mujeres y cambiar el discurso negativo y medicalizador sobre la menopausia.

## **OBJETIVOS**

1. Conocer la percepción de las mujeres de clase media y baja urbana acerca de la menopausia, en relación con los comportamientos cotidianos, aspectos culturales y sobre su salud y sus creencias.
2. Identificar factores modificables, para elaborar posteriormente una estrategia educativa, de acuerdo con las necesidades manifestadas por las participantes.

## **MATERIAL Y METODOS**

La metodología elegida para este estudio es cualitativa y la técnica utilizada son los grupos de discusión .

En el ámbito de la Atención Primaria, en un centro de salud urbano.

La población a estudio son mujeres de clase media y baja urbana de 40-60 años, usuarias del Centro de Salud Florida del área 18 de la Comunidad Valenciana, correspondiente a población de Alicante.

Los barrios adscritos a este centro, son de nivel medio y bajo, según los indicadores utilizados (nivel de instrucción, ingresos del cabeza de familia, y tasa de analfabetismo), obtenidos del censo de población.

La selección de participantes se realizó teniendo en cuenta las variables de homogeneidad y heterogeneidad. Se decide incluir como variables de homogeneidad : el nivel socio cultural, la edad, y el género (para evitar interferencias en la comunicación), y como variables de heterogeneidad : la maternidad, el asociacionismo y el trabajo remunerado.

Se convocaron 8 grupos de discusión, formados por 8 – 10 mujeres, realizando 1 ó 2 reuniones con cada de ellos, en función del criterio de saturación (criterio de calidad y suficiencia de datos) y con una duración de 90 a 120 minutos.

## **DISEÑO MUESTRAL (TAMAÑO MUESTRAL)**

Se realizó en función de la representatividad de la población diana, en este caso, mujeres perimenopáusicas y menopáusicas.

Al mismo tiempo hemos tenido en cuenta aquellas variables de estructura social más importantes para el objetivo del estudio, como son el nivel cultural, socioeconómico y participación en asociaciones de mujeres.

Es necesario que el grupo sea homogéneo, es decir que los participantes perciban que tienen características coincidentes.

Por otra parte deben existir también factores de heterogeneidad, que es lo que posibilita la discusión y generación de ideas.

Para identificar a los participantes que reúnan el perfil definido anteriormente, se recurrió a informadores clave (presidentas de asociaciones, líderes del barrio, matrona, enfermeras y trabajadoras sociales del centro de salud).

Las dificultades para acudir a las reuniones tratamos de solucionarlas, facilitando el horario etc.

El desarrollo de las reuniones tuvo lugar en un local cedido por la asociación de vecinos, protegiendo así el discurso de “contaminación”, no utilizando las dependencias del centro de salud, con los distintos significantes que tendría para las participantes, usuarias del mismo.

## **ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN**

Los métodos de carácter cualitativo utilizan el paradigma interpretativo.

La recogida de información, en investigación cualitativa, se realiza mediante un muestreo intencional y razonado, esto significa que los sujetos de estudio son aquellos que informan de su visión y percepción de la realidad que queremos estudiar.

El modelo de análisis que se usa es el de contenidos: Proceso de examen sistemático del texto, identificando y clasificando los temas y codificando el contenido del discurso.

El análisis del contenido consta de las siguientes fases:

1. Transcripción literal de las grabaciones.
2. Lectura preliminar de las transcripciones.
3. Elaboración de un guión de categorías
4. Codificación de las transcripciones.
5. Análisis del contenido de las transcripciones.
6. Elaboración del informe final

## **VENTAJAS Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

El grupo de discusión comparte las ventajas y limitaciones de otras técnicas cualitativas.

Una de las ventajas más importantes es que la interacción en grupo estimula la generación de ideas, aportando utilidad en temas complejos sobre los que existe poca información, como es nuestro caso.

Tiene también la ventaja de desarrollar instrumentos de medida adecuados a la población diana, a través de la información que se obtiene de los propios usuarios desde el ámbito sanitario de la Atención primaria.

Pero también tiene limitaciones:

- La presión del grupo puede coartar a algunos participantes y limitar la confidencialidad.
- Requiere experiencia del moderador para no perder el rumbo de la investigación.
- Los datos no tienen el carácter de representatividad estadística.
- La formación de un grupo homogéneo puede resultar difícil y el análisis de los datos complejo.
- Dificultades técnicas para concertar las reuniones con los participantes, desplazamientos fuera del centro para realizarlas, etc.

Lo más importante, es la aportación que este tipo de estudios hace en el conocimiento de temas complejos sobre los que existe poca información y de los que, de otra manera es imposible profundizar.

## **RESULTADOS**

El análisis de la información obtenida nos descubre:

Como actores percibidos por las mujeres:

- En el ámbito social: madre, mujer, suegra, amiga-hermana;
- En el ámbito salud: Médico, ginecólogo, psicólogo, matrona;

Se perciben como problemas físicos: trastornos óseos, sofocos, dispauremia, obesidad, cansancio físico y edemas.;

y como problemas psicológicos: Depresión, falta de ánimo, abandono, disminución de la libido, apatía e irritabilidad.

Destacamos también en este estudio los aspectos relacionados con el ámbito doméstico, los miedos, las carencias y los ritos.

Los factores identificados que ayudarían en el proceso, son la actividad física, el carácter personal, uso de medicina alternativa, actividad intelectual y laboral y tratamiento farmacológico.

Destaca la queja generalizada de falta de información, asesoramiento y prevención.

## **CONCLUSIONES**

Las mujeres perciben la menopausia como un problema de salud, tanto en su esfera física, psicológica como social, influyendo de forma destacable los miedos, carencias y ritos. Así mismo se sienten poco comprendidas socialmente, con poco apoyo familiar y desatendidas por parte de los profesionales de la salud.

La intervención por parte del sistema sanitario más adecuada, sería aquella que proporcionara información, ofreciera seguimiento y preparación (prevención).

La utilización de las técnicas cualitativas para conocer la percepción que tienen las mujeres sobre el tema de la menopausia es el método adecuado puesto que aporta información difícilmente obtenible con otros métodos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cibanal, L.;Lillo, M;Vizcaya, MF;Castells, M;Carratalá, C;Villalba, A;Pérez, R;Raga, ML. COMPARING CONCEPTS AND IDEAS ABOUT MENOPAUSE IN DIFFERENT CULTURAL COMMUNITIES LIVING TOGETHER: ONE STEP ONTO THE HEALTH EDUCATION. Cultural Care Paradigms in Life Transitions: An Interdisciplinary Approach. 28th Transcultural Nursing Conference. Toronto, Ontario, Canada, October 16-19, 2002.
- Saaedra Llobregat L; Meliá Beigdeberg C; Herrero O. LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LA MENOPAUSIA. UN ESTUDIO CUALITATIVO. XV Congr s de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria, Pe nscola (CAstellón) 22 y 23 de mayo de 2003.
- 1.- TI: Perimenopause and the quality of life....including comentry by Salas and Alvarado OS, AU:- Li-S, Holm-K., GulanicK-M, Lanuza-D  
AA. Loyola University, School of Nursing, Chicago  
SO. Clinical-Nursing-Research ( CLIN-NURS-RES) 2000 Feb, 9 (1), 6-26 (38 ref)
- 2.-Ti. Educación para la salud: repercusión de un programa de autoayuda en el estado psíquico de mujeres perimenopausicas.  
AU. C.Garcia Sánchez, C. Martinez García, M. Alfaro Aroca , F. Martinez García. F .Huedo Medrano y J. López-Torres Hidalgo.  
REV. Atención Primaria, Vol, 22, Núm. 4, 15 de septiembre 1998, 215-219
- 3.- TI: El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en practica..  
AU: M.M. García Calvente e I. Mateo Rodríguez,  
AA. Escuela Andaluza de Salud Pública  
REV: Atención Primaria, vol, 25, Núm. 3 , 28 de febrero 2000, ( 181-186)
- 4.- TI: Tratado de CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA, Tomo III, capitulo 19, Los grupos focales y su utilidad en el diseño de la calidad.  
AU.: Maria Gonzalez Barber  / Joaquín Ur s.  
Editado por : Universidad de Murcia, Sociedad Española de Calidad Asistencial.
- 5.- TI. Educación para la salud sobre el climaterio: un consenso sobre sus contenidos.  
AU: Garcia Padilla FM., Toronjo Gomez AM., Lopez Santos V., Contreras Martín A, Toscano Marquez T.,  
AA.: Universidad de Huelva, ZBS Los Rosales y Molino de la Vega, Huelva.  
REV., Atención Primaria 1998, Oct, 15, 22 (6) : 404-5
- 6.- TI. Educación Health and menopause on perimenopause , mas self-help  
AU. Quinn. AA,  
AA. University of Colorado Health Center, School of Nursing, Denver 80262.  
SO:, J., Nurse Midwifwry 1991, Jan-Feb, (1) : 25-29.
- 7.- TI, Chaning focus: Women  s midlife journey toward becoming wise women.  
AU: McCloskey-CAR.  
SO: STATE UNIVERSITY OF NEW YORK AT BUFFALO 1996 D.N:S ( 154p)
- 8.- TI: Wome  ns perceptions and concerns about menopause.  
AU: Aber CS, Arathuzik D, Righter AR.  
AA: University of Massachusetts-Boston, USA.  
SO: Clin. Excell Nurse Pract. 1998 Jul, 2 (4), 232-8.
- 9.- TI: Chinese midlife women  s perceptions and attitudes about menopause.  
AU: Chen YL, Voda AM, Mansfield PK,  
AA: Westminster College School of Nursing, Salt Lake City, Utah 84105, USA  
SO: Menopause 1998 Spring, 5 (1), 28-34.
- 10.- TI Decisión-making and hormone replacement therapy: qualitative análisis.  
AU: Hunter MS, O  Dea I, Britten N,  
AA: Departament of Psycology, University College London, UK.,  
SO:: Soc. Sci Med 1997, Nov., 45 (10), 1541-8.
- 11.-TI : El rigor en la investigación cualitativa  
AU: M.Pla.  
AA:Departamento de Salud Comunitaria,. Escuela Universitaria, Cruz Roja. Universidad Autonoma de Barcelona.  
SO\_ Atención Primaria, 1999, 24: 295-300

- 12.- TI: Evaluación de los servicios de Promoción de la salud de la mujer: el cliente interno, el cliente externo.  
AU: M. Alcaraz, C. Canuto, C. Gascó, S. Monferrer. B. Izquierdo. Y. Tortosa.  
AA: Unidad de Investigación de Atención Primaria, Áreas 03 y 04. Valencia  
SO: Atención Primaria, Vol, 19, Núm, 7, 30 de abril de 1997.
- 13.- TI: Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales.  
AU: L .Iñiguez Rueda.  
AA: Departamento de Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra  
SO: Atención Primaria, 1999, 23, ( 496-502)
- 14.- Ti: Perspectiva del paciente en la evaluación de los resultados en atención primaria: La medida de la calidad de vida relacionada con la salud.  
AU: L.Lizán Tudela, y A, Reig Ferrer.  
AA: Departamento de Psicología de la Salud, Universidad de Alicante y Unidad Docente MFYC. de Alicante.  
SO: Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria, Vol, 4, Núm 3, Julio-Septiembre, 1998, (119-131)
- 15.- TI: Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la mujer menopausica.  
AU: Antonio Fornos Garrigós  
AA: Grupo de trabajo Patología Cardiovascular de la SVMFIC. Centro de Salud Aldaia. Valencia.  
SO: Libro de Ponencias, del XII CONGRÉS DE LA SOCIETAT VALENCIANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA. Junio de 2000 , (11-12).

# VALIDEZ Y FIABILIDAD DE LAS LÁMINAS COOP-WONCA EN UNA MUESTRA DE MUJERES MENOPÁUSICAS

(*Centro de Salud de Ciudad Jardín*)

*Vanessa Riallin de Cruz, M<sup>a</sup> José Cabañero Martínez, M<sup>a</sup> Luisa Raga Ortega,  
Ángel Villalba Pacheco.*

## OBJETIVO

Evaluar la fiabilidad y validez del cuestionario COOP-WONCA en mujeres menopáusicas.

## MÉTODO

### **Diseño. Estudio transversal.**

**Personas.** 122 mujeres menopáusicas, cuya edad media fue de 53.96 años ( $dt = 6.744$ ), de ellas el 79.9% estaban casadas y la media de hijos por mujer era de 2.28. Únicamente un 4.9% eran analfabetas y prácticamente la mitad de ellas el 45% sólo trabajaba en el hogar en el momento de medida. El nivel de ingresos económicos osciló en un 83.6% entre 6.000 y 30.000 euros. En cuanto a las variables relacionadas con la salud, el 65.2% tenían algún problema que precisaba seguimiento, entre los que se encontraban la Hipertensión Arterial (27.9%), la Osteoporosis (21.3%) y la Obesidad (14.8%), y el 67.2% de las mujeres habían padecido uno o varios de los siguientes signos y síntomas en las 2 últimas semanas: insomnio (25.4%), varices (22.1%), dolor en MMII (18.9%), tirones y/o calambres (17.2%), estreñimiento (19.7%) o hemorroides (18.9%).

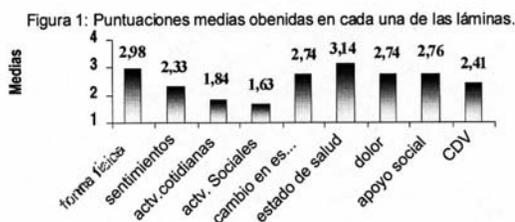
**Instrumentos.** Autocumplimentación de la adaptación española de las láminas COOP-WONCA, (Lizán y Reig, 1999) que en su adaptación inicial mostraron un índice de consistencia interna, alfa de Cronbach de 0.7, tanto para las versiones de 6/ 7 y 9 ítems y una estructura unidimensional tras el análisis factorial de componentes principales. Las láminas COOP-WONCA han sido utilizadas en diversas poblaciones, como son: pacientes de atención primaria, acompañantes de pacientes de atención primaria, embarazadas, cuidadores de enfermos de Alzheimer y drogadictos, con las que obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.79 y volvió a mostrar una estructura unifactorial (Lizán, Reig, Richart y Cabrero, 2000). Sin embargo,

hasta el momento no se han realizado estudios sobre el comportamiento de este instrumento con población menopáusica.

**Análisis.** Para el análisis de consistencia interna y validez de constructo hemos utilizado el coeficiente alfa de Cronbach y el análisis factorial de componentes principales.

## RESULTADOS

Las puntuaciones medias obtenidas muestran que las láminas de actividades cotidianas y actividades sociales presentan los valores más bajos y las láminas de estado de salud y forma física son las que presentan las puntuaciones más altas, tal y como se observa en la figura 1.



**El análisis de fiabilidad** muestra un índice de consistencia interna alfa de Cronbach de 0.82 y del análisis factorial exploratorio emerge una única dimensión que explica el 45.46% de la varianza total y a la que podemos denominar calidad de vida relacionada con la salud (CVRS).

## CONCLUSIONES

- Las mujeres menopáusicas mostraron niveles bajos de dificultad o limitación en las áreas de actividades cotidianas y actividades sociales, mientras que las láminas de estado de salud y forma física exhibieron las puntuaciones más altas, lo que nos indica una peor capacidad funcional en dichas dimensiones. Las láminas restantes presentaron valores intermedios entre las mencionadas anteriormente.

Los resultados obtenidos muestran que las láminas COOP-WONCA poseen unas adecuadas propiedades psicométricas, tal y como han mostrado en estudios anteriores (Lizán y Reig, 1999 y Lizán et al., 2000).

## BIBLIOGRAFÍA

- Lizán, L. y Reig, A. (1999). Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: la versión española de las viñetas COOP-WONCA. *Atención Primaria*, 24,75-82.
- Lizán, T. L., Reig, F. A., Richart, M. M., y Cabrero, G. J. (2000). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud mediante las láminas COOP/WONCA. *Med Clin*, 114 (Supl. 3),76-80.

# **¿QUÉ PERCEPCION TIENEN LOS PROFESIONALES DE NUESTRO CENTRO SOBRE LA MENOPAUSIA? UN ESTUDIO CUALITATIVO**

*(Centro de Salud Florida-Babel)*

*M<sup>a</sup> Cecilia Melia Beigbeder, M<sup>a</sup> Dolores Saavedra Llobregat, Olga Herrero Herrero,  
Joaquín Uris Selles, Manuel Lillo Crespo, Isabel Casanova Martínez*

## **INTRODUCCIÓN**

Durante muchos años la menopausia ha sido y es todavía considerada. Desde una perspectiva social, como una “desgracia” para las mujeres. Esta percepción ha estado alimentada por algunos profesionales de la salud, que y han llegado a considerarlo casi una enfermedad, y a catalogarlo como una endocrinopatía.

Hasta hace sólo unas décadas las mujeres veía la menopausia como un hecho natural y biológico que reconocían y manejaban gracias a un sistema de auto cuidado construido culturalmente. En la actualidad, los profesionales de la salud y consecuentemente los medios de comunicación han elaborado un discurso, según el cual la menopausia es un proceso patológico.

En nuestro país los médicos hablan de la menopausia y de lo que sienten las mujeres ante ésta sin preguntarles a ellas. Cuando se relatan los múltiples perjuicios que acarrear para la salud de las mujeres, se basan bien en estereotipos, bien en datos de muestras procedentes de consulta ginecológica, lo cual implica grave sesgos de selección, como se ha señalado repetidas veces.

Desterrar cualquier connotación de enfermedad o de patología ligada al acontecimiento fisiológico de la menopausia es, probablemente unos de los aspectos más importantes ha desarrollar desde cualquier ámbito de la salud y que más puede contribuir a desdramatizar esta etapa a muchas mujeres. Este aspecto tan ligado a la educación para la salud podría ayudar a resolver muchos de los problemas que se asocian a la menopausia, y liberar de los tabúes y mitos que contribuyen a mantenerlos todavía,

El ámbito de la atención primaria como primer contacto del usuario de los servicios sanitarios es el lugar idóneo para realizar la promoción de la salud en esta etapa vital, tanto desde el punto de vista individual, como desde el punto de vista grupal.

Existen evidencias de que intervenciones educativas sobre diferentes tipos de población producen resultados positivos porque mejoran sus conocimientos e inducen cambios en sus estados de salud.

Al realizar la búsqueda bibliográfica, hemos comprobado que la mayoría de estudios de intervención se han realizado si tener en cuenta previamente las percepciones de las mujeres durante esta etapa, que reflejan los argumentos que las mujeres se dan a si mismas para aceptar, o no los cambios en sus comportamientos durante la menopausia.

Después de realizar un estudio cualitativo para conocer las creencias, percepciones y valores que las mujeres tienen de la menopausia y ante los resultados del mismo, este equipo investigador decidió llevar a cabo un segundo estudio para conocer estas creencias y percepciones en los profesionales de la salud así como sus vivencias personales y profesionales. Para ello elegimos a los profesionales mencionados como sujetos principales por las mujeres en el anterior estudio.

## **OBJETIVOS**

1. Conocer la percepción de los profesionales de La salud: médicos de familia, especialistas, matrona, enfermeras, etc acerca de la menopausia., en relación con los comportamientos cotidianos (Situación familiar y social del entorno en que viven ) , aspectos culturales y aspectos sobre la salud y sus creencias.

2. Conocer las experiencias de estos profesionales en la atención a mujeres con problemas relacionados con la menopausia.

3. Identificar factores modificables relacionados con la atención que desarrollan, así como aspectos de prevención y coordinación interdisciplinar que puedan proponerse.

## **MATERIAL Y METODOS**

La metodología utilizada en este estudio es cualitativa y la técnica elegida la entrevista en profundidad. Se trata de una entrevista de 60 minutos de duración, realizada y guiada por dos investigadores, para obtener información sobre las percepciones, experiencias y perspectivas del entrevistado. Información que se graba y transcribe íntegramente, garantizando el carácter confidencial, anonimato y la utilización y destino de las cintas.

Fueron realizadas diez entrevistas, cuya información fue categorizada, para la posterior aplicación del programa informático NUDIST\*, que nos permite un análisis pormenorizado de dicha información.

La población a estudio son los profesionales de la salud que atienden a las mujeres adscritas al centro de salud Florida del área 18 de la Comunidad Valenciana.

Estos profesionales son: médicos de familia, especialista ginecólogo, matrona, enfermera, fisioterapeuta , psiquiatras y trabajadora social

### **Diseño muestral (Tamaño muestral)**

La investigación cualitativa lo que busca no es la significación estadística, sino la profundidad de los datos y la fórmula que utiliza es el criterio de saturación ( Criterio de calidad y suficiencia de los datos ) .

Por tanto se realizó en función de la representatividad de la población diana: 4 médicos de familia, dos mujeres y dos hombres, 4 Enfermeros,

1 Ginecólogo, 1 Matrona, 1 Psiquiatra, 1 Auxiliar de enfermería de salud mental, 1 Trabajadora social y 1 Fisioterapeuta.

Identificamos a los participantes que según el equipo investigador, reunían un perfil definido con anterioridad.

Las entrevistas se realizaron, en una sala de reuniones del centro de salud. El guión de la entrevista utilizado consiste en un alista de temas o cuestiones a tratar a lo largo de ella, que sirve para garantizar que se recoge toda la información necesaria para responder a los objetivos del estudio. Las cuestiones son formuladas en forma de preguntas abiertas, que permitan obtener información en profundidad.

### **Análisis de la información**

La recogida de información, en investigación cualitativa, se realiza mediante un muestreo intencional y razonado, esto significa que los sujetos de estudio son aquellos que informan de su visión y percepción de la realidad que queremos estudiar.

El modelo de análisis que se utiliza es el de contenidos: Proceso de examen sistemático del texto, identificando y clasificando los temas y codificando el contenido del discurso.

El análisis del contenido consta de las siguientes fases:

1. Transcripción literal de las grabaciones
2. lectura preliminar de las transcripciones.
3. Elaboración de un guión de categorías
4. Codificación de las transcripciones.
5. Análisis del contenido de la transcripciones
6. Elaboración del informe final

### **Ventajas y limitaciones del estudio**

La ventaja más importante es la aportación que este tipo de estudios hace en el conocimiento de temas complejos sobre los que existe poca información y de los que de otra manera es imposible profundizar.

El inconveniente es la dificultad para concertar las entrevistas, por la resistencias de algunos profesionales a ser entrevistados y las dificultades para coincidir en la franja horaria entrevistadores y entrevistados.

### **ESTADO DE LA CUESTIÓN**

Se procede a la realización de este proyecto debido a la falta de trabajos realizados con este tipo de población y desde esta perspectiva metodológica. Existen ensayos realizados desde la perspectiva de la mujer en cuanto a su percepción sobre la menopausia como es el caso del trabajo que se realizó con anterioridad a este acerca de la percepción de las mujeres sobre la menopausia, dotado con una beca FIS por el Instituto Carlos III-INVESTEN y llevado a cabo en 3 Centros de Atención Primaria de la ciudad de Alicante mediante grupos de discusión (LILLO, 2002; SAAVEDRA, 2003) o el llevado a cabo por enfermeras sobre aquello que las mujeres andaluzas de

entre 30 y 60 años demandaban o querían saber sobre el climaterio, también dotado con beca FIS en 1997. Otros trabajos emplearon las entrevistas personales y en profundidad dirigidas a mujeres con menopausia quirúrgica con la finalidad de incidir en su educación sanitaria (GIRIBET I RUBIOL, 2001) y perimenopáusicas sobre el climaterio (ARMADILLO, 1998). Solo en un caso se encontró un trabajo que hiciera referencia a las unidades de Menopausia multidisciplinarias (JIMÉNEZ DE LUQUE, 2001) y donde se remarcaba el valor de la Enfermería dentro del equipo sanitario de Atención Primaria en cuanto a la Menopausia.

## **BASES DE DATOS Y CATALOGOS BIBLIOGRAFICOS CONSULTADOS**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las bases de datos MEDLINE, CINAHL, CUIDEN, CUIDATGE, IME, BDIE, Biblioteca Cochrane, Health Star y algunas de las bases de las AETS combinando los descriptores anglosajones: Menopause, qualitative research, professional perception, interview y anthropology; y los descriptores en castellano: Menopausia, estudios cualitativos, percepción profesional, entrevista y antropología. A partir de esta se puede afirmar que existe un vacío absoluto en la literatura mundial de trabajos que aborden de manera específica la percepción que los profesionales de un centro de salud tienen acerca de la menopausia desde una perspectiva cualitativa.

## **RESULTADOS**

Para la clasificación de la información obtenida se empleó el sistema NUD\*IST en versión QSR N5 para Windows, concretamente en el formato "Free Nodes" donde los Nodos o dominios utilizados se obtuvieron del mismo guión de la entrevista. Cada agente de salud entrevistado se identificó con un color, tal y como se especifica a continuación donde se muestran la codificación de resultados de algunos de los participantes más representativos para la muestra seleccionada:

Matrona\* ; Medico Varón\*\* ; Enfermera I\*\*\*; Fisioterapeuta\*\*\*\* ; Trabajadora Social\*\*\*\*\* ;

## **DEFINICIONES DE LOS PROFESIONALES SOBRE MENOPAUSIA**

\*Es un cambio hormonal en la mujer que le da unas consecuencias, se les retira la regla, los últimos cambios de regla...

## **INFORMACIÓN / CONSEJOS QUE SE LES DA A LAS MUJERES SOBRE MENOPAUSIA POR PARTE DE LOS PROFESIONALES**

\*\*Y la mujer que tampoco viene a comentarte, o bueno, a la mujer no le damos pie para que nos explique o nos comente situaciones, que a lo mejor si fueran chicos, chicos con chicos, la comunicación podría ser más productiva, o chicas con chicas

\*\*\*La aceptación por parte de ellas y de todos los demás, sobretodo del marido.

\*\*\*No, aceptarlo, ósea, por ejemplo los sofocos en el gimnasio aparecen mucho

## AGENTES DE SALUD QUE LOS PROFESIONALES CREEN QUE LA MUJER RELACIONA CON LA MENOPAUSIA Y SU TRATAMIENTO

En general

\*ya te identifican a la matrona con los problemas de la mujer y al ginecólogo.

\*Todos, el ginecólogo, la matrona, el psicólogo, a veces, el psiquiatra también lo necesita la enfermera...

Concretamente

\*Pues a la matrona.

\*\*\*Las matronas, las matronas son las que están trabajando con ese tema.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE LAS MUJERES MANIFIESTAN SOBRE MENOPAUSIA ANTE LOS PROFESIONALES

De tipo físico

\*Ellas se quejan de los sofocos, se quejan de dolor de huesos, eso son la mayoría, de los cambios del humor, de la tristeza.

\*\*\*\*\*Si que te suponen los cambios físicos te suponen un cambio a nivel de imagen, entonces mucha gente lo lleva mal.

De tipo psíquico

\*Que es normal, que la tristeza que tengan es normal...

\*Claro no lo asocian, los nervios que tienen cuando surge el cambio hormonal... puede coincidir en el tiempo pero no es responsable de... por eso cuando yo hablo de climaterio no me atrevo a decir que además el síndrome de vacío aparece cuando aparece el climaterio aunque coincidan en el tiempo.

\*\*\*\*\*Por los cambios de humor y... yo tampoco creo que los cambios sean tan drásticoDe tipo social

## POSIBLES SOLUCIONES PLANTEADAS PARA TRATAR LA MENOPAUSIA SEGÚN EL PROFESIONAL

\*\*Pues malamente porque no hay mucho, el tema está en buscar apoyo un poco de apoyo pero más a nivel individual, buscar un poco de apoyo psicológico para reconducirte un poco.

## LIMITACIONES DEL SISTEMA ANTE LA MENOPAUSIA SEGÚN EL PROFESIONAL

\*Porque no hay cobertura, con una matrona sólo hay mucho número de embarazadas, y no me queda tiempo para las menopáusicas. Estamos

\*\*\*y de que quizá no atendamos demasiado a la parte no física del tema que no le podamos proporcionar demasiada ayuda.

## RELACION DE PAREJA DE LA MUJER MENOPAUSICA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PROFESIONAL

\*Claro, que la pareja también estuviese informada.

## CONSEJOS DE SALUD QUE EL PROFESIONAL DA A LA MUJER CON MENOPAUSIA

\*\*\*Me repito otra vez en lo mismo, habrá quién necesite y habrá quién no necesite.

\*\*\*En sí la menopausia es una etapa más de la vida de una mujer que no hay que darle más importancia de que tiene para no convertirlas en enfermas.

\*\*\*\*Pueden haber, pero vamos, es que yo por ejemplo tengo la idea de que menopausia se toma como enfermedad o que se le ha dado mucha carga y tal, yo creo que no, darle menos carga, vamos, independientemente de que sí, que un tratamiento en un momento determinado, pero automáticamente, que menopausia signifique enfermedad pues no lo veo.

## DIFERENCIA CON ANTERIORES GENERACIONES SEGÚN LOS PROFESIONALES

\*No, pero ahora la gente sabe que hay medios por la televisión, por las revistas... y que no lo van a pasar igual que su madre...

\*\*\*Yo pienso que en aquel momento ni se lo planteaban el tema. Toda su vida a cuidar a los hijos y a la familia se les iban los hijos y se les quedaba un poco la vida, no sin razón de ser pero muy mermada.

## SATISFACCIÓN DE LAS MUJERES SEGÚN LOS PROFESIONALES

Tratamiento hormonal todas en sí tenían un rechazo hacia él porque se encontraban peor desde que lo estaban haciendo, en líneas generales había alguna que no pero una mayoría sí rechazaban ese tratamiento.

## CONCLUSIONES

Gracias a la realización del estudio conocemos la percepción de los profesionales de la salud acerca de la menopausia, complementada con la de las mujeres perimenopáusicas –estudio FIS-MENOPAUSIA-, concretamente de aquellos profesionales que las mismas mujeres destacaron en el estudio previo como “actores dentro del ámbito de salud de la menopausia”.

Identificamos las experiencias de estos profesionales en la atención a las mujeres, en cuanto a problemas en la atención, formas de pensar en cuanto al tema, posibles actividades a desarrollar, etc...

Valoramos los factores modificables relacionados con la atención que desarrollan estos profesionales.

Se abren nuevas líneas de investigación a la hora de trabajar con mujeres menopáusicas, no sólo en cuanto a las preferencias y percepciones de las mismas, sino también en cuanto al papel del profesional de atención primaria.

## AGRADECIMIENTOS

Por los recursos prestados a las siguientes instituciones:

1º Departamento de Enfermería Comunitaria y Medicina Preventiva y Salud Pública de la Historia de las ciencias.

2º Departamento de la Mujer de la Concejalía de Acción Social. Ayuntamiento de Alicante.

3º Unidad de Calidad y Formación de la Dirección de Atención Primaria del Area 18

## BIBLIOGRAFÍA

- Cibanal, L:Lillo, M;Vizcaya, MF;Castells, M;Carratalá, C;Villalba, A;Pérez, R;Raga, ML. COMPARING CONCEPTS AND IDEAS ABOUT MENOPAUSE IN DIFFERENT CULTURAL COMMUNITIES LIVING TOGETHER: ONE STEP ONTO THE HEALTH EDUCATION. Cultural Care Paradigms in Life Transitions: An Interdisciplinary Approach. 28th Transcultural Nursing Conference. Toronto, Ontario, Canada, October 16-19, 2002.
- Saaedra Llobregar L; Meliá Beigdeberg C; Herrero O. LA PERCEPCIÓN DE LAS MUJERES SOBRE LA MENOPAUSIA. UN ESTUDIO CUALITATIVO. XV Congr s de la Societat Valenciana de Medicina Familiar i Comunitaria, Pe scola (CAstellón) 22 y 23 de mayo de 2003.
- 1.- TI: Perimenopause and the quality of life....including comentary by Salas and Alvarado OS, AU:- Li-S, Holm-K., GulanicK-M, Lanuza-D  
AA. Loyola University, School of Nursing, Chicago  
SO. Clinical-Nursing-Research ( CLIN-NURS-RES) 2000 Feb, 9 (1), 6-26 (38 ref)
- 2.-TI. Educación para la salud: repercusión de un programa de autoayuda en el estado psíquico de mujeres perimenopausicas.  
AU. C.Garcia Sánchez, C. Martinez García, M. Alfaro Aroca , F. Martinez García. F .Huedo Medrano y J. López-Torres Hidalgo.  
REV. Atención Primaria, Vol, 22, Núm. 4, 15 de septiembre 1998, 215-219
- 3.- TI: El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en practica..  
AU: M.M. García Calvente e I. Mateo Rodríguez,  
AA. Escuela Andaluza de Salud Pública  
REV: Atención Primaria, vol, 25, Núm. 3 , 28 de febrero 2000, ( 181-186)
- 4.- TI: Tratado de CALIDAD ASISTENCIAL EN ATENCIÓN PRIMARIA, Tomo III, capitulo 19, Los grupos focales y su utilidad en el diseño de la calidad.  
AU.: Maria Gonzalez Barber  / Joaquín Ur s.  
Editado por : Universidad de Murcia, Sociedad Española de Calidad Asistencial.
- 5.- TI. Educación para la salud sobre el climaterio: un consenso sobre sus contenidos.  
AU: Garcia Padilla FM., Toronjo Gomez AM., Lopez Santos V., Contreras Martín A, Toscano Marquez T.,  
AA.: Universidad de Huelva, ZBS Los Rosales y Molino de la Vega, Huelva.  
REV., Atención Primaria 1998, Oct, 15, 22 (6) : 404-5
- 6.- TI. Educación Health and menopause on perimenopause , mas self-help  
AU. Quinn. AA,  
AA. University of Colorado Health Center, School of Nursing, Denver 80262.  
SO:, J., Nurse Midwifwry 1991, Jan-Feb, (1) : 25-29.
- 7.- TI, Chaning focus: Women  s midlife journey toward becoming wise women.  
AU: McCloskey-CAR.  
SO: STATE UNIVERSITY OF NEW YORK AT BUFFALO 1996 D.N:S ( 154p)
- 8.- TI: Wome  ns perceptions and concerns about menopause.  
AU: Aber CS, Arathuzik D, Righter AR.  
AA: University of Massachusetts-Boston, USA.  
SO: Clin. Excell Nurse Pract. 1998 Jul, 2 (4), 232-8.

- 9.- TI: Chinese midlife women's perceptions and attitudes about menopause.  
 AU: Chen YL, Voda AM, Mansfield PK,  
 AA: Westminster College School of Nursing, Salt Lake City, Utah 84105, USA  
 SO: Menopause 1998 Spring, 5 (1), 28-34.
- 10.- TI Decisión-making and hormone replacement therapy: qualitative análisis.  
 AU: Hunter MS, O'Dea I, Britten N,  
 AA: Department of Psychology, University College London, UK.,  
 SO: Soc. Sci Med 1997, Nov., 45 (10), 1541-8.
- 11.-TI : El rigor en la investigación cualitativa  
 AU: M.Pla.  
 AA: Departamento de Salud Comunitaria,. Escuela Universitaria, Cruz Roja. Universidad Autónoma de Barcelona.  
 SO\_ Atención Primaria, 1999, 24: 295-300
- 12.-TI: Evaluación de los servicios de Promoción de la salud de la mujer: el cliente interno, el cliente externo.  
 AU: M. Alcaraz, C. Canuto, C. Gascó, S. Monferrer. B. Izquierdo. Y. Tortosa.  
 AA: Unidad de Investigación de Atención Primaria, Áreas 03 y 04. Valencia  
 SO: Atención Primaria, Vol, 19, Núm, 7, 30 de abril de 1997.
- 13.- TI: Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales.  
 AU: L .Iñiguez Rueda.  
 AA: Departamento de Psicología Social. Universidad Autónoma de Barcelona, Bellaterra  
 SO: Atención Primaria, 1999, 23, ( 496-502)
- 14.-Ti: Perspectiva del paciente en la evaluación de los resultados en atención primaria: La medida de la calidad de vida relacionada con la salud.  
 AU: L.Lizán Tudela, y A, Reig Ferrer.  
 AA: Departamento de Psicología de la Salud, Universidad de Alicante y Unidad Docente MFYC. de Alicante.  
 SO: Cuadernos de Gestión para el profesional de Atención Primaria, Vol, 4, Núm 3, Julio-Septiembre, 1998, (119-131)
- 15.-TI: Prevención secundaria de la cardiopatía isquémica en la mujer menopausica.  
 AU: Antonio Fornos Garrigós  
 AA: Grupo de trabajo Patología Cardiovascular de la SVMFIC. Centro de Salud Aldaia. Valencia.  
 SO: Libro de Ponencias, del XII CONGRÉS DE LA SOCIETAT VALENCIANA DE MEDICINA FAMILIAR I COMUNITARIA. Junio de 2000 , (11-12)



## 15. MESA DE TRABAJO N.º 5

Moderada por **D. Francisco Martínez Pastor**, Coordinador de Enfermería Residencia La Florida.

### “CUIDADOS EN LA ANCIANIDAD“

#### JUSTIFICACIÓN:

La población anciana se incrementa anualmente y cada vez se hace más evidente la necesidad de realizar una enfermería geriátrica de calidad, que preste una atención individualizada a este colectivo teniendo en cuenta su variabilidad, diversidad, su cultura, valores, creencias...

Asimismo la población que reside en el medio sociosanitario cada vez es más dependiente, lo que hace necesario el administrar cuidados adaptados, y para ello, el profesional más idóneo es el de enfermería, por su formación, su filosofía de profesión y por la continuidad que llegan a tener los cuidados que presta ( Atención directa) ...

Los cuidados en la ancianidad se debe abarcar dos grandes aspectos, primero, la persona y sus necesidades individuales y en segundo lugar, el entorno en el que se desenvuelve cotidianamente.

La edad cronológica suele ser indicador de los cambios en la ancianidad, pero debemos buscar las herramientas necesarias para adecuar los cuidados enfermeros y valorar aspectos como la edad funcional, AVD, AVDi...

La herramienta a la que nos referimos es la valoración geriátrica integral, (VGI), donde la enfermería forma parte de ese equipo interdisciplinar aportando sus conocimientos y experiencia, con el objetivo principal de mejorar la calidad de vida de la persona anciana, no solo supliendo a la persona, sino fomentando su autocuidado y desarrollo en su entorno cercano.

#### COMUNICACIONES DE LA MESA:

##### **Cuidados y patrones funcionales en personas mayores en la unidad de Hospitalización a Domicilio de Alicante.** .....217

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: Salvador de Haro Marín, M<sup>a</sup> Teresa Barrios Rincón.

##### **Valoración de Enfermería del Paciente en Atención Domiciliaria: Del proyecto a la práctica.** .....229

(Centro de Salud Florida de Alicante)

Autores: Adela Alonso Gallegos, M<sup>a</sup> José Dasí García, Elena Costa Ferrer, José Vicente Cardona Gómez, Josefa Soler Leyva, Adolf Guirao-Goris.

##### **Proyecto PEYCA.** .....251

(Hospital General Universitario de Alicante)

Autores: Nieves Martínez Alcolea, Josefa Martínez Cutanda, Antonia Gomariz Martínez, M<sup>a</sup> Angeles Cuartero Abril, Trinidad Follana Tovar, Yolanda Planells Aleixandre, Jenny de la Torre Aboki, José Miguel Seguí Ripoll.

<b>Estudio multicéntrico nacional de prevalencia en el uso de terapias complementarias y alternativas por el paciente oncológico.</b> . . . . .	261
(Hospital General Universitario de Alicante)	
Autores: Javier Gómez Robles, M <sup>a</sup> Carmen Gozalves Manzanera, Yolanda Seva Gosalbez, M <sup>a</sup> Teresa Huerta Baydal, Serafina Ibañez Santamaría, M <sup>a</sup> Paz Fernández Ortega.	
<b>Guía de cuidados para el paciente del Hospital de Día de Oncología del H.G.U.A.</b> . . . . .	269
(Hospital General Universitario de Alicante)	
Autores: M <sup>a</sup> Carmen Gozalves Manzanera, Serafina Ibañez Santamaria, M <sup>a</sup> Teresa Huertas Baydal, Yolanda Seva Gosalbez, Javier Gómez Robles.	

# ***CUIDADOS Y PATRONES FUNCIONALES EN PERSONAS MAYORES EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO DE ALICANTE***

*(Hospital General Universitario de Alicante)*

*Autores: Salvador de Haro Marín, M<sup>a</sup> Teresa Barrios Rincón.*

## **INTRODUCCIÓN**

Cuidar a otros es un arte y una ciencia que la enfermera práctica día a día.

Virginia Henderson nos dice que el cuidado está centrado sobre el mantenimiento o la recuperación de la persona en la satisfacción de sus 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.

Dorothea Orem nos dice que la meta de enfermería es mantener la capacidad de la persona para ejecutar sus auto cuidados.

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. No se puede separar factores de la estructura social de la salud como; la religión, política, cultura, economía. (1,2,3,4,5,7,8,)

Francesc Torralba i Roselló. 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.(5)

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 .(6)

Utilizar un Modelo de valoración como el de los Valores Funcionales de Gordon, nos va a permitir la aplicación de planes de cuidados y su posterior evaluación. (1,2)

¿Cuáles son los datos necesarios para la elaboración de un plan de cuidados enfermeros? El modelo conceptual que adoptemos responderá a nuestras preguntas. Si hablamos de patrones los datos se recogerán en función de los 11 patrones funcionales.

## **OBJETIVOS**

- Cuidados generales en personas mayores en una Unidad de Hospitalización a Domicilio de Alicante.
- Cuidados por patologías en personas mayores.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo observacional transversal realizado durante los meses de febrero y mayo del año 2003. Se registraron pacientes con edad de 65 años en adelante. Las enfermedades se reagruparon por patologías: cardíacas, respiratorias, paliativas, crónicas y neurológicas.

Para ello se diseñó una hoja de recogida de datos de cuidados más habituales en personas mayores de una Unidad de Hospitalización a Domicilio siguiendo el Modelo de Patrones Funcionales de Gordon . Esto son:

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 Auto concepto: 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.

Se analizaron 121 cuestionarios .Las variables a estudio fueron la presencia de cuidados siguiendo los 11 patrones funcionales de Gordon. (expresado en valores absolutos y porcentajes). Todos los datos se registraron en una base de datos Access2000 y el análisis estadístico se realizó con el programa estadístico Epiinfo 6.

## RESULTADOS

De los 121 cuestionarios estudiados observamos que los Cuidados más frecuentes en general en las personas mayores fueron: sobre fármacos , dieta, deshidratación, boca, estreñimiento, movilización, descanso-sueño, dolor, autoestima-impotencia, comunicación, aislamiento-soledad, aceptación de los cambios corporales, cuidadores. (tabla 1)

Los Cuidados menos frecuentes fueron: diarrea, incontinencia, fisioterapia respiratoria, técnicas de inyección, sondajes, confusión- agitación. (tabla 1)

Por Cuidados y Patologías;

Cardiológicos; los Cuidados más frecuentes fueron: sobre fármacos , dieta, deshidratación, boca, estreñimiento, movilización, descanso-sueño, dolor, autoestima-impotencia, comunicación, aislamiento-soledad, aceptación de los cambios corporales, cuidadores. (tabla 2) Los Cuidados menos frecuentes: diarrea, incontinencia, fisioterapia respiratoria, técnicas de inyección, sondajes, confusión- agitación. (tabla 2)

Respiratorios; Cuidados más frecuentes: sobre fármacos, dieta, deshidratación, boca, estreñimiento, fisioterapia respiratoria, , descanso-sueño, autoestima-impotencia, comunicación, aislamiento-soledad, aceptación de los cambios corporales, cuidadores. (tabla 3) Los Cuidados menos frecuentes: dieta, diarrea, incontinencia, movilización, técnicas de inyección, sondajes,. dolor, confusión- agitación. (tabla 3)

Paliativos; Cuidados más frecuentes: sobre fármacos , dieta, deshidratación, boca, estreñimiento, diarreas, incontinencia, movilización, descanso-sueño dolor, autoestima-impotencia, confusión- agitación. comunicación, aislamiento-soledad, aceptación de los cambios corporales, cuidadores. (tabla 4)

Los Cuidados menos frecuentes fueron: fisioterapia respiratoria, técnicas de inyección, sondajes, (tabla 4)

Crónicos; Cuidados más frecuentes: sobre fármacos , dieta, deshidratación, boca, estreñimiento, movilización, descanso-sueño, dolor, autoestima-impotencia, comunicación, aislamiento-soledad, aceptación de los cambios corporales, cuidadores. (tabla 5)

Los Cuidados menos frecuentes: diarrea, incontinencia, fisioterapia respiratoria, técnicas de inyección, sondajes, confusión- agitación. (tabla 5)

Neurológicos ;Cuidados más frecuentes: sobre fármacos , dieta, deshidratación, boca, estreñimiento, incontinencia, movilización, fisioterapia respiratoria, descan-

so-sueño, dolor, confusión- agitación, , autoestima-impotencia, comunicación, aislamiento-soledad, aceptación de los cambios corporales, cuidadores. (tabla 6)

Los Cuidados menos frecuentes: diarrea, técnicas de inyección, sondajes, (tabla 6)

## DISCUSIÓN

Las enfermeras/os tienen funciones que le pertenecen como propias como son en el campo de los cuidados. No podemos hacer posible un cuidado óptimo a la población sino clarificamos lo que hacemos, clarificando la naturaleza del servicio que ofrecemos. Para que la práctica enfermera tenga un impacto real sobre los planes sociales y políticos, ante todo hay que dar una idea clara de la naturaleza de los cuidados que realizamos.(1,7,9,10,11,12)

¿Cómo explicar a los demás la naturaleza de nuestros servicios que ofrecemos?. ¿Cómo obtener un reconocimiento si nos es difícil explicar claramente lo que hacemos. ¿Cuándo dejaremos de trabajar a “tintas”? ¿Cuándo nos aproximaremos a sistematizar nuestro quehacer al igual que otros profesionales?

Los modelos conceptuales de la disciplina enfermera permiten tal claridad. Permiten explicar a la sociedad nuestra contribución y nuestro rol. Seremos más reconocidos por otros profesionales y por los beneficiarios de nuestros cuidados. (1,2)

Utilizaremos un proceso de cuidados sistemático y formularemos planes de cuidados que van a ofrecer la continuidad de las intervenciones.(6)

El utilizar un modelo sea el de Gordon , Henderson, Roy, Orem, es lo de menos ; lo que importa es hacer una elección y que sirvan de comunicación entre nosotros y con otros profesionales. Los modelos conceptuales nos ofrecen la oportunidad de precisar nuestra identidad profesional.(1,2,3,4,8)

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.

La contribución de la enfermería a los cuidados de la salud será determinante cuando seamos capaces de integrar su concepción del cuidado sea cual sea, en su práctica cotidiana, con el fin de responder lo más adecuadamente posible a las crecientes necesidades de salud de la población en un mundo en plena transformación.. (1)

Este proceso es lento requiere tiempo espacio, dedicación y técnica, ciencia y sabiduría conocimiento teórico y praxis, y todo ello requiere un marco institucional idóneo donde sea posible cuidar a un ser humano. (5)

La vida es un proceso de desarrollo, de crecimiento y de aprendizaje de nuevas habilidades. R. Carkhuff.

## AGRADEMIENTOS

A todos los Pacientes y a sus Cuidadores.

A los compañeros de la Unidad, Supervisora y Coordinador.

## 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.

**TABLAS**

<b>Tabla 1 CUIDADOS GENERALES N° DE CASOS 121</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>Respuestas N=213</b>	<b>% Respuesta</b>
1.Fármacos . . . . .	121	(100%)		
2.Dieta . . . . .	108	(89.3%)		
3.Deshidratación . . . . .	118	(97.5%)		
4.Boca . . . . .	107	(88.4%)		
5.Estrenimiento . . . . .	115	(95%)		
6.Diarrea . . . . .	35	(28.9%)		
7. Incontinencia . . . . .	69	(57%)		
8.Movilización . . . . .	111	(91.7%)		
9.Fisioterapia respiratoria . . . . .	43	(35%)		
10.Técnicas de inyección : insulina, heparina . . . . .	4	(3.3%)		
11.Sondajes: vesical, nasogástrico. Otros . . . . .	12	(9.9%)		
12.Descanso-Sueño . . . . .	118	(97.5%)		
13.Dolor . . . . .	97	(80.%)		
14.Confusión-Agitación . . . . .	54	(44.6%)		
15.Autoestima-impotencia . . . . .	120	(99.2%)		
16.Comunicación . . . . .	121	(100%)		
17. Aislamiento-Soledad . . . . .	119	(98.3%)		
18.Aceptación de los cambios corporales . . . . .	118	(97.5%)		
19.Cuidadores . . . . .	121	(100%)		

TABLAS

Tabla 2 CUIDADOS CARDIACOS N° DE CASOS 21			Respuestas N=213	% Respuesta
	FRECUENCIA	PORCENTAJE		
1.Fármacos . . . . .	21 . . . . .	(100%)		
2.Dieta . . . . .	21 . . . . .	(100%)		
3.Deshidratación . . . . .	21 . . . . .	(100%)		
4.Boca . . . . .	13 . . . . .	(61.9%)		
5.Estreñimiento . . . . .	17 . . . . .	(81%)		
6.Diarrea . . . . .	0 . . . . .	(100%)		
7. Incontinencia . . . . .	1 . . . . .	(4.9%)		
8.Movilización . . . . .	21 . . . . .	(100%)		
9.Fisioterapia respiratoria . . . . .	1 . . . . .	(4.8%)		
10.Técnicas de inyección : insulina, heparina . . . . .	2 . . . . .	(9.5%)		
11.Sondajes: vesical, nasogástrico. Otros . . . . .	0 . . . . .	(100%)		
12.Descanso-Sueño . . . . .	21 . . . . .	(100%)		
13.Dolor . . . . .	15 . . . . .	(71.4%)		
14.Confusión-Agitación . . . . .	0 . . . . .	(100%)		
15.Autoestima-impotencia . . . . .	21 . . . . .	(100%)		
16.Comunicación . . . . .	21 . . . . .	(100%)		
17. Aislamiento-Soledad . . . . .	19 . . . . .	(90.5%)		
18.Aceptación de los cambios corporales . . . . .	18 . . . . .	(85.7%)		
19.Cuidadores . . . . .	21 . . . . .	(100%)		

TABLAS

Tabla 3 CUIDADOS RESPIRATORIOS N° DE CASOS 14		Respuestas N=213	% Respuesta
	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
1.Fármacos . . . . .	14 . . . . .	(100%)	
2.Dieta . . . . .	6 . . . . .	(42.9%)	
3.Deshidratación . . . . .	11 . . . . .	(76.6%)	
4.Boca . . . . .	13 . . . . .	(92.9%)	
5.Estreñimiento . . . . .	12 . . . . .	(85.7%)	
6.Diarrea . . . . .	0 . . . . .	(100%)	
7. Incontinencia . . . . .	1 . . . . .	(7.1%)	
8.Movilización . . . . .	6 . . . . .	(42.9%)	
9.Fisioterapia respiratoria . . . . .	14 . . . . .	(100%)	
10.Técnicas de inyección : insulina, heparina . . . . .	0 . . . . .	(100%)	
11.Sondajes: vesical, nasogástrico. Otros . . . . .	2 . . . . .	(14.3%)	
12.Descanso-Sueño . . . . .	12 . . . . .	(85.7%)	
13.Dolor . . . . .	1 . . . . .	(7.1%)	
14.Confusión-Agitación . . . . .	2 . . . . .	(14.3%)	
15.Autoestima-impotencia . . . . .	13 . . . . .	(92.9%)	
16.Comunicación . . . . .	14 . . . . .	(100%)	
17. Aislamiento-Soledad . . . . .	14 . . . . .	(100%)	
18.Aceptación de los cambios corporales . . . . .	14 . . . . .	(100%)	
19.Cuidadores . . . . .	14 . . . . .	(100%)	

TABLAS

Tabla 4 CUIDADOS PALIATIVOS N° DE CASOS 37		FRECUENCIA	PORCENTAJE	Respuestas N=213	% Respuesta
1.Fármacos . . . . .	37	. . . . .	(100%)		
2.Dieta . . . . .	37	. . . . .	(100%)		
3.Deshidratación . . . . .	37	. . . . .	(100%)		
4.Boca . . . . .	37	. . . . .	(100%)		
5.Estreñimiento . . . . .	37	. . . . .	(100%)		
6.Diarrea . . . . .	33	. . . . .	(89.2%)		
7. Incontinencia . . . . .	35	. . . . .	(94.6%)		
8.Movilización . . . . .	36	. . . . .	(97.3%)		
9.Fisioterapia respiratoria . . . . .	7	. . . . .	(19.4%)		
10.Técnicas de inyección : insulina, heparina . . . . .	0	. . . . .	(100%)		
11.Sondajes: vesical, nasogástrico. Otros. . . . .	2	. . . . .	(5.4%)		
12.Descanso-Sueño . . . . .	36	. . . . .	(97.3%)		
13.Dolor . . . . .	37	. . . . .	(100%)		
14.Confusión-Agitación . . . . .	37	. . . . .	(100%)		
15.Autoestima-impotencia . . . . .	37	. . . . .	(100%)		
16.Comunicación . . . . .	37	. . . . .	(100%)		
17. Aislamiento-Soledad. . . . .	37	. . . . .	(100%)		
18.Aceptación de los cambios corporales . . . . .	37	. . . . .	(100%)		
19.Cuidadores . . . . .	37	. . . . .	(100%)		

TABLAS

Tabla 5 CUIDADOS CRÓNICOS	Nº DE CASOS 27	FRECUENCIA	PORCENTAJE	Respuestas N=213	% Respuesta
1.Fármacos . . . . .	27	27	(100%)		
2.Dieta . . . . .	22	22	(81.5%)		
3.Deshidratación . . . . .	27	27	(100%)		
4.Boca . . . . .	23	23	(85.2%)		
5.Estreñimiento . . . . .	27	27	(100%)		
7. Incontinencia . . . . .	11	11	(40.7%)		
8.Movilización . . . . .	26	26	(96.3%)		
9.Fisioterapia respiratoria . . . . .	7	7	(25.9%)		
10.Técnicas de inyección : insulina, heparina . . . . .	1	1	(3.7%)		
11.Sondajes: vesical, nasogástrico. Otros . . . . .	3	3	(11.1%)		
12.Descanso-Sueño . . . . .	27	27	(100%)		
13.Dolor . . . . .	23	23	(85.2%)		
14.Confusión-Agitación . . . . .	3	3	(11.1%)		
15.Autoestima-impotencia . . . . .	27	27	(100%)		
16.Comunicación . . . . .	27	27	(100%)		
17. Aislamiento-Soledad . . . . .	27	27	(100%)		
18.Aceptación de los cambios corporales . . . . .	27	27	(100%)		
19.Cuidadores . . . . .	27	27	(100%)		

TABLAS

Tabla 6 CUIDADOS NEURO N° DE CASOS 22	FRECUENCIA	PORCENTAJE	Respuestas N=213	% Respuesta
1.Fármacos . . . . .	22	(100%)		
2.Dieta . . . . .	22	(100%)		
3.Deshidratación . . . . .	22	(100%)		
4.Boca . . . . .	21	(95%)		
5.Estreñimiento . . . . .	22	(100%)		
6.Diarrea . . . . .	2	(9.1%)		
7. Incontinencia . . . . .	21	(95.5%)		
8.Movilización . . . . .	22	(100%)		
9.Fisioterapia respiratoria . . . . .	14	(63.6%)		
10.Técnicas de inyección : insulina, heparina . . . . .	1	(4.5%)		
11.Sondajes: vesical, nasogástrico. Otros . . . . .	5	(22.7%)		
12.Descanso-Sueño . . . . .	22	(100%)		
13.Dolor . . . . .	21	(95.5%)		
14.Confusión-Agitación . . . . .	9	(40.9%)		
15.Autoestima-impotencia . . . . .	22	(100%)		
16.Comunicación . . . . .	22	(100%)		
17. Aislamiento-Soledad . . . . .	22	(100%)		
18.Aceptación de los cambios corporales . . . . .	22	(100%)		
19.Cuidadores . . . . .	22	(100%)		



# **VALORACIÓN DE ENFERMERIA DEL PACIENTE EN ATENCIÓN DOMICILIARIA: DEL PROYECTO A LA PRACTICA**

*(Centro de Salud Florida de Alicante)*

*Adela Alonso Gallegos, M<sup>a</sup> José Dasí García, Elena Costa Ferrer, José Vicente Cardona  
Gómez, Josefa Soler Leyva, Adolf Guirao-Goris*

## **INTRODUCCIÓN**

Dentro de la línea de gestión de conocimientos y en el área de normalización de los instrumentos de la Iniciativa para la Mejora de la Atención Domiciliaria (IMAD) de la Comunitat Valenciana, que pretende potenciar la atención domiciliaria coordinando todos los recursos socio-sanitarios, se ha realizado el consenso sobre la Valoración de Enfermería del Paciente en Atención Domiciliaria (AD). Esta valoración forma parte de una valoración multicliente, multidimensional y multidisciplinar.

En Noviembre del 2001 se informo a las Direcciones de las Áreas seleccionadas para participar en el Proyecto de Atención Domiciliaria, como objetivo primordial de trabajo en la Comunidad Valenciana.

En Enero del 2002 se realizaron grupos nominales con informadores-clave, de las distintas áreas implicadas, con distintos profesionales que intervienen en la Atención Domiciliaria, en los que se detectó problemas para el desarrollo de este tipo de atención y la necesidad de mejorar la Atención Domiciliaria de nuestra Comunidad.

Uno de los problemas que se detectaron en los grupos nominales fue la falta de desarrollo de Metodología de Enfermería dentro de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, formándose un grupo de trabajo de enfermeras con experiencia en Atención Primaria y Unidades de Hospitalización a Domicilio, que constituye el Grupo de Elaboración de Mejora de Metodología de Enfermería (GEM-MAD). Todos los miembros del grupo consideran que la Atención Domiciliaria es un servicio que implica a todo un equipo asistencial (Equipos de Atención Primaria, Unidades de Hospitalización a Domicilio, Cuidadores, Residencias, Ayuda Domiciliaria, Voluntariado...) donde el profesional de enfermería es el responsable de

garantizar la continuidad de cuidados, en estrecha colaboración con el resto del equipo, debe marcar pautas a seguir en la planificación de los cuidados domiciliarios entendiendo al usuario y cuidador los ejes sobre quien gira la atención, fijando objetivos para su posterior evaluación de los resultados de salud. Esto solo se puede llevar a cabo con la implantación progresiva de la utilización de la Metodología de Enfermería.

### **OBJETIVOS DEL GRUPO**

Desarrollar la documentación de enfermería necesaria, orientada a la valoración y seguimiento del paciente en Atención Domiciliaria, utilizando la metodología enfermera.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Consensuar el Modelo de Enfermería a utilizar en el Proceso Atención Enfermería en Atención Domiciliaria.
2. Unificar la terminología.
3. Elaborar el modelo de Valoración de Enfermería en Atención Domiciliaria.
4. Seleccionar escalas validadas que apoyen la valoración enfermera.
5. Identificar las categorías Diagnósticas de Enfermería de la Taxonomía NANDA que se vayan a utilizar en el ámbito de la Atención Domiciliaria.
6. Seleccionar las Intervenciones y actividades más frecuentes que se vayan a utilizar en el ámbito de la Atención Domiciliaria.
7. Elaborar los soportes de valoración y de seguimiento enfocados a su informatización en Abucasis II.
8. Elaborar los manuales de utilización e interpretación.
9. Identificar barreras previsibles y recomendar soluciones.

### **METODOLOGÍA**

El GEMMAD decidió entre todas las propuestas metodológicas de Valoración de Enfermería y después de llevar a cabo una exhaustiva revisión bibliográfica, y a partir de la evidencia científica, la experiencia profesional y el conocimiento de los miembros del Grupo, por unanimidad, se determina qué son los Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon (1982), la herramienta de valoración pertinente para aplicar al paciente y al cuidador en la Atención Domiciliaria, apoyándose en los siguientes criterios:

1. Es el más extendido en el territorio nacional.
2. Se puede utilizar con independencia del modelo de enfermería a aplicar.
3. Está relacionado con los Diagnósticos de Enfermería de la taxonomía NANDA por lo que favorece la aplicación del proceso de cuidados de enfermería tanto en la historia de salud en papel como en la electrónica (Abucasis II).
4. Proporciona una valoración sistemática de datos objetivos y subjetivos del paciente y cuidador principal que favorece el conocimiento de la situación desde una esfera integral (bio-psico-social). Además permite la introducción de las distintas

escalas de valoración multidimensional adaptando a cada patrón y posibilitando una valoración del paciente y cuidador integrada y multidimensional.

Los Patrones Funcionales de Salud permiten valorar y conocer el patrón de funcionamiento habitual del individuo, común al resto de personas, así como cualquier alteración o disfunción de los mismos.

El propósito de la valoración inicial es evaluar el estado de salud de un paciente, identificando cualquier patrón disfuncional que pueda presentar un problema y poder establecer la relación terapéutica de ayuda.

### **Los patrones funcionales descritos por Gordon son los siguientes:**

**Patrón nº1.** Percepción-manejo de la salud: Describe el patrón de salud y bienestar percibido por el individuo y / o cuidador principal o familia y como maneja su salud.

- Incluye la percepción del individuo y / o cuidador principal o familia de su estado de salud.
- Incluye la importancia que tiene para el individuo y / o cuidador principal o familia sobre las actividades que realiza en la actualidad en el cuidado de su salud y en la planificación futura.
- Incluye los comportamientos de cuidados de salud que tiene el individuo y / o cuidador principal o familia sobre su salud, medidas preventivas, hábitos tóxicos, tratamiento y seguimiento de cuidados.

**Patrón nº2.** Nutricional-metabólico: Describe los patrones de consumo de alimentos y líquidos con relación a las necesidades metabólicas, los patrones de provisión restringida de nutrientes ( dietas)

- Incluye intolerancias alimentarias, así como hábitos, y costumbres en la dieta (horas, tipos, cantidad de alimentos y líquidos, preferencias, uso de suplementos)
- Incluye el estado de la piel y mucosas, pelo, uñas, dientes y la capacidad general de cicatrización. Medidas de la temperatura corporal, altura y peso.
- Este patrón esta muy relacionado con el de ACTIVIDAD- EJERCICIO y el de AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO.

**Patrón nº3.** Eliminación: Describe los hábitos de eliminación intestinal, urinaria y cutánea así como los cambios detectados (frecuencia, cantidad, características) y utilización o no de medidas auxiliares (sondaje, absorbentes, colectores..).

- Incluye los cambios detectados (frecuencia, cantidad, características).
- Incluye la utilización o no de medidas auxiliares (sondaje, absorbentes, colectores...) y el uso sistemático de laxantes.
- Si procede, se incluye el patrón de eliminación de residuos tanto familiar (donde se ubican los desechos como indicadores de riesgo para la aparición de roedores moscas y mosquitos, etc.) como comunitario (eliminación de residuos, contaminación del aire)

**Patrón n°4.** Actividad-ejercicio: Describe el patrón de actividad, ejercicio, tiempo libre y ocio.

- Incluye la actividad física de la vida diaria como higiene, cocinar, comprar, comer, trabajar y mantenimiento del hogar.

- Incluye el tipo, la cantidad y la calidad del ejercicio teniendo en cuenta la ocupación laboral, así como las actividades de ocio.

- Incluyen los factores que interfieren con el patrón deseado o esperado por el individuo (déficit neuromuscular, diseño, riesgos cardiopulmonares).

**Patrón n°5.** Sueño-descanso: Describe el patrón de sueño y descanso de un individuo.

- Incluye los patrones del sueño y los periodos de descanso-relax a lo largo de las 24 horas del día.

- Incluye la percepción de la calidad y la cantidad de sueño y descanso y la percepción del nivel de energía.

- Incluye las ayudas para dormir como las medicaciones o la rutina empleada a la hora de acostarse.

**Patrón n°6.** Cognitivo-perceptivo: Describe los patrones sensorio-perceptuales y cognitivos.

- Incluye la adecuación de los órganos de los sentidos, como la vista, el oído, el gusto, el tacto o el olfato, y la compensación o prótesis utilizada para hacer frente a los trastornos.

- Incluye las manifestaciones de percepción del dolor y como se trata éste

- Incluye la descripción de las habilidades cognitivas funcionales, como el lenguaje, la memoria, el juicio y la toma de decisiones.

**Patrón n° 7** Autoconcepto-autopercepción: Describe el concepto que tiene de sí mismo el individuo, como se percibe y como cree que le perciben los demás.

- Incluye las actitudes hacia uno mismo, la percepción de las capacidades (cognitivas, afectivas o físicas).

- Incluye las modificaciones de autoimagen y autoestima que se pueden presentar ante un proceso de enfermedad.

- Incluye el patrón emocional general.

- Incluye el patrón de la postura corporal y del movimiento, contacto visual y patrones de voz y de conversación.

**Patrón n°8.** Rol-relaciones. Describe el patrón de compromisos de rol y de relaciones, la necesidad humana de los demás y la influencia de las relaciones en el desarrollo personal y de los grupos.

- Contempla el papel que desempeña el paciente/cuidador, en sus relaciones y compromisos sociales, familiares y laborales.

- Incluye la percepción que tiene la persona, de los roles más importantes y las responsabilidades en su situación actual.

- Están incluidas tanto la satisfacción, como las alteraciones en la familia, trabajo o relaciones sociales y las responsabilidades relacionadas con estos roles.
- Este patrón está muy relacionado con el de TOLERANCIA AL ESTRÉS

**Patrón nº9.** Sexualidad-reproducción: Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad; describe el patrón reproductivo.

- Incluye la satisfacción percibida o las alteraciones en la sexualidad o en las relaciones sexuales.
- Incluye el estado reproductor en las mujeres, premenopausia o posmenopausia y los problemas percibidos.

**Patrón nº10.** Adaptación-tolerancia al estrés: Describe el patrón general de respuestas de adaptación de un individuo ante determinados acontecimientos, enfermedades, tratamientos o situaciones.

- Incluye la reserva o capacidad para resistir los cambios en la propia integridad, formas de tratar el estrés, sistemas de apoyo familiar o de otro tipo y la habilidad percibida para controlar y dirigir situaciones (relajación, ejercicio físico, grupos de autoayuda, medicación....).

**Patrón nº11.** Valores y creencias: Describe el sistema de valores y creencias (incluyendo las espirituales) que guía al individuo en sus decisiones.

- Incluye la valoración de creencias que influyen en la salud y que facilitan o entorpecen la adopción de hábitos saludables, adherencia a tratamientos.
- Incluye lo que es percibido como importante en la vida del paciente/cuidador y cualquier percepción de conflicto en los valores, creencias o expectativas relativas a la salud.
- Incluye opiniones acerca de lo que es correcto, desde el punto de vista personal.

Para favorecer la sencillez en el registro y ayuda a la valoración de enfermería, el GEMMAD ha estandarizado por consenso las preguntas pertinentes a cada patrón que permitan objetivar la normalidad o disfuncionalidad de cada patrón. Ayuda a la gestión del conocimiento para posteriormente emitir un juicio y determinar un problema de salud y/o diagnóstico enfermero.

Evidentemente, cuando se estandarizan las preguntas relativas a cada patrón no se excluyen las valoraciones focalizadas que estarán relacionadas con cada motivo de consulta y que cada enfermero realizará según su experiencia y la práctica asistencial.

La recogida de datos para la valoración de enfermería se desarrollará mediante entrevista clínica en la cual profesional y usuario entran en relación y se comunican, es algo más que un proceso técnico y mecánico de recopilación de datos.

Para mejorar y completar la valoración enfermera se aconseja la utilización de escalas o índices validados y se recomienda su periodicidad:

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

En caso de existir cuidador: Índice de Carga del Cuidador, Test de Zarit:

- Menor de 47: no sobrecarga.
- 47 a 55: sobrecarga leve.
- Mas de 55: sobrecarga intensa.
- Se pasara al inicio, cuando se produzcan cambios

## **2.- NUTRICIONAL-METABOLICO:**

- Dentro de este patrón se valora la piel y mucosas y si existe riesgo de úlceras por presión se pasa Escala Norton.

Índice de 5 a 11: Muy alto riesgo de formación de úlceras.

Índice de 12 a 14: Riesgo de formación de úlceras.

Índice de 15 a 20: Mínimo riesgo.

- La escala de Norton deberá pasarse regularmente y siempre que las condiciones del paciente cambien. Al menos una vez al año.

- Nutritional Screening Initiative:

0-2: No riesgo de desnutrición: Pasar cada 6 meses.

3-5: Riesgo moderado: Pasar cada 3 meses.

6 o más: Riesgo alto: Derivación al médico.

## **4.- ACTIVIDAD EJERCICIO:**

- Se valorará la capacidad funcional física de las actividades de la vida diaria mediante la Escala de Barthel.

Los resultados globales se agrupan en cuatro categorías de dependencia:

- Independiente: De 86 a 100
- Dependencia leve: De 85 a 60
- Dependencia moderada: De 55 a 40
- Dependencia grave: De 35 a 20
- Dependencia total: De 19 a 0.

- La capacidad funcional física de las actividades instrumentales de la vida diaria, mediante la Escala de Lawton y Brody

Independiente: 8 puntos.

Dependencia moderada: De 4 a 7 puntos

Dependencia severa: Cuando la puntuación es inferior a 4

Esta escala se pasará una vez al año pero si la puntuación de la Escala de Barthel es inferior a 35 no hace falta hacerlo.

## **6.- COGNITIVO-PERCEPTIVO**

- El Test de Pffifer detecta el deterioro cognitivo del paciente.

Puntuación normal: De 0 a 2 errores.

Deterioro cognitivo leve: De 3 a 4 errores.

Deterioro cognitivo moderado: De 5 a 7 errores. Patológico.

Deterioro cognitivo importante: De 8 a 10 errores. Patológico.

- Si puntúa normal (0-2) repetir cada tres años.
- Si puntúa entre (3-4) repetir al año.
- Si puntúa (5-7) repetir al año.
- Si puntúa más de 7 no hay que repetir.
- TIN valora el área cognitiva funcional a través del cuidador principal.

### **8.- ROL-RELACIONES:**

- Valorar los factores de riesgo social: Consultar el apgar familiar.
- 0-3 Disfunción familiar grave,
- 4-6 Disfunción familiar leve.
- 7-10 Familia funcional
- Duke apoyo social funcional.

### **10.- ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS:**

- Será muy importante realizar una valoración psíquica mediante la Escala de Ansiedad-Depresión de Goldberg.

Puntuación de la escala: Puntuar por separado la de ansiedad y la depresión.

Puntos de corte: Ansiedad 3 / 4. Depresión 1 / 2.

Se considera ansiedad probable mayor o igual a 4.

Se considera depresión probable mayor o igual a 2.

Se considera caso probable de malestar psíquico cuando puntúa por encima del umbral en cualquiera de las dos subescalas o en ambas.

El GEMMAD de metodología seleccionó una lista inicial de veinte Diagnósticos Enfermeros de la Taxonomía NANDA, hasta llegar a 42 en la 5ª versión. Se han tenido en cuenta las aportaciones que realizaron los diferentes GEM de área cuando sugerían mejoras.

Para finalizar el proceso de Atención de Enfermería se seleccionan por consenso las Intervenciones y Actividades más frecuentes en Atención Primaria y UHD, que suman un total de 200 intervenciones. A continuación clasificamos los diagnósticos e intervenciones por patrones:

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

#### **00126. CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (especificar) p 29**

**Definición:** carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.

#### **INTERVENCIONES**

- 1100 Manejo de la nutrición
- 5624 Enseñanza: sexualidad.
- 5622 Enseñanza: sexo seguro.
- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad.
- 5614 Enseñanza: dieta prescrita.
- 5612 Enseñanza: actividad/ ejercicio prescrito.
- 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos.

7140 Apoyo a la familia.  
5240 Asesoramiento.  
5480 Clarificación de valores.  
5604 Enseñanza: grupo

### **00078 MANEJO INEFICAZ DEL RÉGIMEN TERAPÉUTICO p.33**

**Definición:** Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un programa de tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas que resultan insatisfactorias para alcanzar objetivos específicos de salud.

#### **INTERVENCIONES**

4360 Modificación de la conducta  
4420 ACUERDO CON EL PACIENTE  
5602 Enseñanza : proceso enfermedad  
5614 Enseñanza: DIETA PRESCRITA  
5612 Enseñanza: ACTIVIDAD /EJERCICIO PRESCRITO  
5616 Enseñanza: MEDICAMENTOS PRESCRITOS.  
5270 Apoyo emocional  
8190 Seguimiento telefónico  
5604 Enseñanza: grupo  
8990 CONCERTAR CITA  
7330 Intermediación cultural

### **00079 INCUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO p 34**

**Definición:** Conducta de una persona o de un cuidador que no coinciden con un plan terapéutico o de promoción de la salud acordado entre la persona ( o la familia, o la comunidad) y un profesional del cuidado de la salud.

#### **INTERVENCIONES**

7400 Guías del sistema sanitario  
4420 Acuerdo con el paciente  
5250 Apoyo en la toma de decisiones  
5440 Aumentar sistemas de apoyo  
2380 Manejo de la medicación  
5480 CLARIFICACIÓN DE VALORES

### **00082 MANEJO EFICAZ DEL REGIMEN TERAPÉUTICO p 28**

**Definición:** El patrón de regulación e integración en la vida diaria de una persona para el tratamiento de la enfermedad y de sus secuelas es satisfactorio para alcanzar objetivos específicos de salud.

#### **INTERVENCIONES**

5210 Guía de anticipación  
7400 Guías del sistema sanitario

4420 ACUERDO CON EL PACIENTE  
4410 ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES  
5480 CLARIFICACIÓN DE VALORES

#### **00149. RIESGO DE CAÍDAS p.30**

**Definición:** Aumento de la susceptibilidad a las caídas que pueden causar daño físico.

##### **INTERVENCIONES**

6490 Prevención de caídas  
5486 Manejo ambiental: seguridad  
0222 Terapia de ejercicio: equilibrio  
5616 Enseñanza: medicación prescrita.

#### **00035 RIESGO DE LESIÓN p.31**

**Definición:** Riesgo de lesión como consecuencia de la interacción de condiciones ambientales con recursos adaptativos y defensivos de la persona.

##### **INTERVENCIONES**

5486 Manejo ambiental seguridad  
3500 Manejo de presiones  
2690 Precauciones contra las convulsiones  
6490 Prevención de caídas.

#### **00098 DETERIORO DEL MANTENIMIENTO DEL HOGAR P.35**

**Definición:** Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro y promotor del desarrollo.

##### **INTERVENCIONES:**

8100 Derivación  
7180 Asistencia en el mantenimiento del hogar.  
5440 Aumentar los sistemas de apoyo.  
6486 Manejo ambiental: seguridad.  
7400 Guías del sistema sanitario.

#### **NUTRICIONAL- METABOLICO**

#### **00001 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR EXCESO p.47**

**Definición:** Aportes de nutrientes que exceden las necesidades metabólicas.

##### **INTERVENCIONES**

1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN  
1260 MANEJO DEL PESO  
0200 FOMENTO DEL EJERCICIO  
5606 ENSEÑANZA: INDIVIDUAL

### **00002 DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL POR DEFECTO p.48**

**Definición:** Ingesta de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas.

#### **INTERVENCIONES**

- 1030 Manejo de los trastornos de la alimentación
- 5246 Asesoramiento nutricional
- 1240 Ayuda para ganar peso
- 1100 Manejo de la nutrición
- 1260 Manejo del peso
- 4120 Manejo de líquidos
- 1080 Sondaje nasogástrico
- 1870 Cuidados de la sonda de gastrostomía (PEG)
- 1056 ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA

### **00007 HIPERTERMIA p.40**

**Definición:** Elevación de la temperatura corporal por encima de lo normal.

#### **INTERVENCIONES**

- 3780 Tratamiento de la exposición al calor
- 3900 Regulación de la temperatura
- 6680 Monitorizar los signos vitales
- 1610 Baño
- 4120 Manejo de líquidos

### **00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA p44**

**Definición:** Riesgo de que la piel se vea negativamente afectada .

#### **INTERVENCIONES**

- 3540 Prevención de las úlceras por presión
- 3500 Manejo de las presiones
- 3590 Vigilancia de la piel
- 2316 Administración medicación tópica
- 4070 Precauciones circulatorias
- 1660 Cuidados de los pies
- 0202 Fomento del ejercicio : entrenamiento de extensión.
- 0410 Cuidados incontinencia intestinal
- 1100 Manejo de nutrición
- 1680 Cuidado de las uñas
- 0740 Cuidado paciente encamado

### **00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA p.43**

**Definición:** Alteración de la epidermis, dermis o ambas.

### **INTERVENCIONES**

- 3660 Cuidado de las heridas
- 3440 Cuidado del sitio de incisión
- 3520 Cuidado de úlceras por presión
- 0740 Cuidados del paciente encamado
- 3540 Prevención de úlceras por presión
- 1660 Cuidados de los pies
- 4020 Disminución de la hemorragia
- 1100 Manejo de la nutrición

### **00103 DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN p.45**

**Definición:** funcionamiento anormal del mecanismo de deglución asociado con déficit de la estructura o función oral, faríngea o esofágica.

### **INTERVENCIONES**

- 1860 Terapia de deglución.
- 1050 Alimentación.
- 1056 Alimentación enteral por sonda.
- 1100 Manejo de la nutrición.

### **00045 DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL p.42**

**Definición:** Alteración de los labios y tejidos blandos de la cavidad oral

### **INTERVENCIONES**

- 1730 Restablecimiento de la salud bucal
- 1720 Fomentar la salud bucal
- 1710 Mantenimiento de la salud bucal

## **ELIMINACION**

### **00011 ESTREÑIMIENTO p.60**

**Definición:** Reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación defectuosa o incompleta de heces excesivamente duras/secas.

### **INTERVENCIONES**

- 0450 Manejo del estreñimiento / impactación
- 0440 Entrenamiento del hábito intestinal
- 0430 Manejo intestinal
- 2380 Manejo de la medicación
- 1100 Manejo de la nutrición
- 0200 Fomento del ejercicio
- 0420 Irrigación intestinal
- 4120 Manejo de los líquidos

### **00013 DIARREA p54**

**Definición:** Eliminación de heces líquidas, no formadas.

#### **INTERVENCIONES**

- 0460 Manejo de la diarrea
- 1260 Manejo del peso
- 1100 Manejo de la nutrición
- 2080 Manejo de líquidos

### **00014 INCONTINENCIA FECAL p.55**

**Definición:** Cambio en el hábito de eliminación fecal normal caracterizado por la emisión involuntaria de heces.

#### **INTERVENCIONES**

- 0410 Cuidados de incontinencia intestinal
- 0440 Entrenamiento del hábito intestinal
- 1100 Manejo de la nutrición
- 0200 Fomento del ejercicio
- 1750 Cuidados perineales
- 1804 Ayuda con los autocuidados :aseo

### **00021 INCONTINENCIA URINARIA TOTAL P.57**

**Definición:** Pérdida de orina continua e imprevisible

#### **INTERVENCIONES**

- 0620 Cuidados de la incontinencia urinaria
- 0580 Sondaje vesical
- 0590 Manejo de la eliminación urinaria
- 1750 Cuidados perineales
- 1804 Ayuda con los autocuidados : aseo

### **00023 RETENCIÓN URINARIA p.58**

**Definición:** Vaciado incompleto de la vejiga.

#### **INTERVENCIONES**

- 0620 Cuidados de la retención urinaria
- 1876 Cuidados del sondaje vesical
- 0580 Sondaje vesical
- 0590 Manejo de eliminación urinaria
- 1750 Cuidados perianales
- 0221 Terapia de ejercicios : deambulación

## **ACTIVIDAD- EJERCICIO**

### **00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS p67**

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

#### **INTERVENCIONES**

- 3140 Monitorización respiratoria
- 4490 Ayuda para dejar de fumar
- 5270 Apoyo emocional
- 3140 Manejo de las vías aéreas
- 3250 Mejorando la tos
- 3160 Aspiración de las vías aéreas
- 3320 Oxigenoterapia

### **00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA p69**

**Definición:** Limitación del movimiento independiente, intencionado, del cuerpo o de una o más extremidades .

#### **INTERVENCIONES**

- 0221 Terapia de ejercicios: deambulación
- 0224 Terapia de ejercicios: movilidad articular
- 0201 Fomentar el ejercicio: entrenamiento de extensión.
- 0740 Cuidados del paciente encamado
- 0200 Fomento del ejercicio
- 1780 Cuidado de una prótesis
- 4066 Cuidados circulatorios: insuficiencia venosa.
- 0910 Inmovilización
- 4062 Cuidados circulatorios: insuficiencia arterial
- 1400 Manejo del dolor

### **00108. DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO / HIGIENE p72**

**Definición:** deterioro de la habilidad de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades de baño/ higiene.

#### **INTERVENCIONES**

- 1810 Ayuda en los autocuidados: baño/ higiene.
- 1610 Baño.
- 1680 Cuidados de las uñas.
- 1660 Cuidados de los pies.
- 1750 Cuidados perineales.
- 1710 Mantenimiento de la salud bucal.

### **00102. DÉFICIT AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN p71**

**Definición:** deterioro de la habilidad para realizar o completar las actividades de alimentación.

## **INTERVENCIONES**

1050 Alimentación

1100 Manejo de la nutrición.

1710 Mantenimiento de la salud bucal.

4420 Acuerdo con el paciente

## **SUEÑO- DESCANSO**

### **00092. DETERIORO DEL PATRÓN DEL SUEÑO.**

**Definición:** trastorno de la cantidad y calidad del sueño (suspensión de la conciencia periódica, natural) limitado en el tiempo.

## **INTERVENCIONES**

Fomentar el sueño.

Manejo ambiental: confort

Terapia de relajación simple.

Disminución de la ansiedad.

Fomento del ejercicio.

Manejo del dolor

## **ROL- RELACIONES**

### **00053 AISLAMIENTO SOCIAL**

**Definición:** Soledad experimentada por el individuo y percibida como negativa o amenazadora e impuesta por otros.

## **INTERVENCIONES**

5220 Potenciar la socialización

5270 Apoyo emocional

Asesoramiento

Aumentar sistemas de apoyo

Fomento de la normalización familiar

Potenciación de la autoestima

Grupo de apoyo

Facilitar el duelo

### **00061 CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR**

**Definición:** Dificultad para desempeñar el papel de cuidador de la familia.

## **INTERVENCIONES**

7040 Apoyo al cuidador principal

5440 Aumentar los sistemas de apoyo

Asistencia en el mantenimiento del hogar

Potenciación de roles

### **00061 RIESGO DE CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DEL CUIDADOR (55)**

**Definición:** El cuidador es vulnerable a la percepción de dificultad para desempeñar su rol de cuidador de la familia.

#### **INTERVENCIONES**

Aumentar los sistemas de apoyo  
Apoyo al cuidador principal  
Asistencia en el mantenimiento del hogar  
Estimulación de la integridad familiar  
Cuidados intermitentes  
Grupo de apoyo

### **00097 DÉFICIT DE ACTIVIDADES RECREATIVAS.**

**Definición:** disminución de la estimulación del interés o de la participación en actividades recreativas o de ocio.

#### **INTERVENCIONES**

Terapia de entretenimiento.  
Facilitar la autoresponsabilidad.  
Grupo de apoyo.

### **00135 DUELO DISFUNCIONAL.**

**Definición:** fracaso o prolongación en el uso de respuestas intelectuales y emocionales mediante las que los individuos, familias y comunidades tratan de superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de una pérdida.

#### **INTERVENCIONES**

Facilitar el duelo.  
Apoyo a la familia.  
Asesoramiento.  
Ayuda para el control del enfado.  
Disminución de la ansiedad.  
Escucha activa.  
Intervención en el caso de crisis.  
Presencia.  
Grupo de apoyo.  
Aumentar los sistemas de apoyo.  
Dar esperanza

### **00136 DUELO ANTICIPADO.**

**Definición:** respuestas y conductas intelectuales y emocionales mediante las que las personas, familias y comunidades intentan superar el proceso de modificación del autoconcepto provocado por la percepción de la pérdida potencial.

### **INTERVENCIONES**

Facilitar el duelo.  
Apoyo a la familia.  
Apoyo emocional.  
Cuidados en la agonía.  
Escucha activa.  
Presencia.  
Apoyo espiritual.  
Grupo de apoyo.

### **00060 INTERRUPCIÓN DE LOS PROCESOS FAMILIARES**

**Definición:** Cambio en las relaciones o en el funcionamiento familiar.

### **INTERVENCIONES**

Apoyo a la familia  
Aumentar los sistemas de apoyo  
Estimulación de integridad familiar  
Fomento de normalización familiar  
Terapia Familiar  
Asistencia mantenimiento del hogar  
Apoyo al cuidador principal

### **00052 DETERIORO DE LA INTERACCIÓN SOCIAL**

**Definición:** Intercambio social inefectivo o cuantitativamente insuficiente o excesivo.

### **INTERVENCIONES:**

Potenciación de la socialización.  
Grupo de Apoyo  
Aumentar los sistemas de apoyo.

### **COGNITIVO- PERCEPTIVO**

### **00131 DETERIORO DE LA MEMORIA.**

**Definición:** incapacidad para recordar o recuperar parcelas de información o habilidades conductuales.

### **INTERVENCIONES**

Entrenamiento de la memoria.  
Disminución de la ansiedad.  
Manejo de la demencia.  
Orientación de la realidad.  
Apoyo a la familia.  
Apoyo emocional.

### **00132 DOLOR AGUDO.**

Definición: experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración menor de seis meses.

#### **INTERVENCIONES**

Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (PCA).  
Manejo del dolor.  
Disminución de la ansiedad.  
Baño.  
Dar esperanza.  
Distracción.  
Escucha activa.  
Fomentar el sueño.  
Fomento del ejercicio.

### **00133 DOLOR CRÓNICO.**

**Definición:** experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial o descrita en tales terminos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a severa con un final anticipado o previsible y una duración mayor de seis meses.

#### **INTERVENCIONES**

Asistencia en la analgesia controlada por el paciente (PCA).  
Manejo del dolor.  
Administración de medicación.  
Aplicación de calor o frío.  
Manejo de la medicación.  
Distracción.  
Escucha activa.  
Fomento de ejercicios: extensión.  
Terapia de relajación simple.

### **ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRES**

#### **00069 AFRONTAMIENTO INEFICAZ**

**Definición:** Incapacidad para llevar a cabo una apreciación válida de los agentes estresantes para elegir adecuadamente las respuestas habituales o para usar los recursos disponibles.

#### **INTERVENCIONES**

5250 Apoyo en toma de decisiones  
5230 Aumentar el afrontamiento

Apoyo emocional  
Aumentar los sistemas de apoyo  
Ayuda para el control del enfado  
Intervención en caso de crisis  
Establecer límites  
Establecimiento de objetivos comunes  
Facilitar autorresponsabilidad  
Potenciación autoestima

### **AUTOPERCEPCION- AUTOCONCEPTO**

#### **00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.**

**Definición:** confusión en la imagen mental del yo físico.

#### **INTERVENCIONES**

Potenciación de la imagen corporal.  
Apoyo emocional.  
Asesoramiento.  
Clarificación de los valores.  
Fomento del desarrollo: adolescentes.  
Grupo de apoyo.  
Manejo del peso.  
Apoyo en toma de decisiones.  
Fomento del ejercicio

#### **0120 BAJA AUTOESTIMA SITUACIONAL.**

**Definición:** desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

#### **INTERVENCIONES**

Potenciación de la autoestima.  
Potenciación de la imagen corporal.  
Apoyo emocional.  
Asesoramiento.  
Aumentar los sistemas de apoyo.  
Cuidados de la incontinencia urinaria: enuresis.

#### **00146 ANSIEDAD.**

**Definición:** vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión cansada por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite al individuo tomar medidas para afrontarlo.

### **INTERVENCIONES**

Disminución de la ansiedad.  
Seguimiento telefónico  
Presencia.  
Asesoramiento.  
Grupo de apoyo.  
Terapia de relajación simple.

### **00148 TEMOR.**

**Definición:** respuesta a la percepción de una amenaza que se reconoce consciente como un peligro.

### **INTERVENCIONES**

Aumentar el afrontamiento.  
Disminución de la ansiedad.  
Apoyo emocional.  
Apoyo toma decisiones.  
Presencia.  
Enseñanza: proceso enfermedad

### **00124 DESESPERANZA**

**Definición:** Estado subjetivo en que la persona percibe pocas o ninguna alternativa o elecciones personales y es incapaz de movilizar su energía en su propio provecho.

### **INTERVENCIONES:**

Dar esperanza  
Apoyo emocional  
Apoyo en toma de decisiones  
Aumentar sistemas de apoyo  
Facilitar el duelo  
Grupo de Apoyo

## **SEXUALIDAD -REPRODUCCION**

### **00065 PATRONES SEXUALES INEFICACES**

**Definición:** Expresión de preocupación respecto a la propia sexualidad.

### **INTERVENCIONES**

Asesoramiento sexual  
Enseñanza : sexo seguro  
Potenciación de la imagen corporal  
Enseñanza : sexualidad  
Aumentar el afrontamiento

Grupo de apoyo  
Manejo de conducta: Sexual  
Potenciar autoestima

## VALORES- CREENCIAS

### 00066 SUFRIMIENTO ESPIRITUAL

**Definición:** Alteración del principio vital que satura todo su ser e integra y trasciende la naturaleza biológica y psicosocial del ser humano.

#### INTERVENCIONES:

Apoyo espiritual  
Cuidados en la Agonia  
Dar esperanza  
Disminución de la ansiedad

### RESULTADOS

Se ha presentado la quinta versión de la Valoración del Paciente en Atención Domiciliaria. Se trata de una valoración estructurada que se focaliza en la detección de los Diagnósticos de Enfermería más prevalentes en Atención Domiciliaria. La selección inicial de los problemas fue mediante una revisión bibliográfica y la técnica del grupo nominal. El GEMMAD desarrolló una versión inicial y una segunda versión que recopilaba aquella información clave que, en el proceso de razonamiento diagnóstico, conduce a la identificación de los diagnósticos enfermeros. Esta segunda versión se distribuyó entre los centros piloto para que los responsables de atención domiciliaria realizasen aportaciones.

Con las sugerencias aportadas se elaboró una tercera versión que se utilizó como documento de trabajo y un encuentro para profesionales referentes de metodología de cuidados en los equipos piloto. Con las nuevas sugerencias se elaboró una cuarta versión para Atención Primaria de Salud y se decidió formar un GEM específico de enfermeras de Unidad de Hospitalización a Domicilio que, partiendo de la versión ya consensuada, debería elaborar un valoración que recogiese las características específicas de estas unidades y que fuese compatible con el estándar elaborado para Atención Primaria de Salud.

La cuarta versión de la valoración de enfermería de Atención Primaria de Salud y la segunda versión de Unidades de Hospitalización a Domicilio se expuso en un segundo encuentro multidisciplinar con todos los profesionales de los equipos que pilotarán la IMAD. Fruto de las sugerencias del encuentro se estudiará la elaboración única para Unidades de Hospitalización a Domicilio y Atención Primaria de Salud, dado que los profesionales se decantan porque exista una única valoración ya que las similitudes son mayores que las diferencias. En Junio se define la quinta versión y el pilotaje se inicia en octubre del 2003.

El Centro Salud Florida del Área 18, que es centro piloto, comienza a utilizar la valoración del paciente en Atención a Domicilio de forma progresiva, compartiendo los resultados en sesiones de enfermería semanales, que desde julio del 2003 a febre-

ro del 2004 han sido 32. En estas reuniones se presentaban pacientes concretos, exponiendo la valoración apoyada en escalas, priorización de los diagnósticos identificados y selección de las intervenciones y actividades más adecuadas para el paciente y familia.

Al utilizar de forma sistemática la valoración del paciente, con una cobertura del 35% del total de pacientes en Atención a Domicilio, es decir de 395 tenemos 96 con la nueva valoración, las enfermeras han detectado oportunidades de mejora, sobre todo en actividades de prevención primaria, eligiendo aquellas intervenciones que tienen mayor evidencia en relación con su eficacia y efectividad.

Además de las sesiones de enfermería se han realizado sesiones formativas en relación con intervenciones de: ejercicios de coordinación y equilibrio, incontinencia urinaria de esfuerzo, manejo de inhaladores, fisioterapia respiratoria, ejercicios de relajación...

## **CONCLUSIÓN**

Concluimos que se ha diseñado una herramienta útil en la Valoración de Enfermería por Patrones Funcionales de Salud de Marjory Gordon en el paciente de Atención a Domicilio, que puede implementarse en la historia de papel e informatizada, que permite además identificar los Diagnósticos Enfermeros prevalentes en Atención Domiciliaria y realizar Intervenciones Enfermera.



# **PROYECTO PEYCA.**

## **PROGRAMA DE EVALUACIÓN Y CONSEJO AL ANCIANO**

*(Hospital General Universitario de Alicante)*

*Nieves Martínez Alcolea, Josefa Martínez Cutanda, Antonia Gomariz Martínez,  
M<sup>a</sup> Angeles Cuartero Abril, Trinidad Follana Tovar, Yolanda Planells Aleixandre,  
Jenny de la Torre Aboki, José Miguel Seguí Ripoll.*

### **INTRODUCCIÓN**

La geriatría se define como la rama de la medicina que estudia los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales del anciano, en situación de salud o de enfermedad. Incluye aspectos relativos a la mayor parte de las disciplinas clínicas y constituye una parte de la gerontología. Es también una ciencia relativamente joven.

En 1909 Nascher utilizó por primera vez el término “ geriatría “, refiriéndolo a aquella parte de la medicina relativa a la vejez y sus enfermedades. Es a partir del final de los años treinta, cuando la Dra. Majorie Warren, en el West Middlesex de Londres, demostró que la asistencia específica a determinados ancianos mejoraba, notablemente, la morbilidad y mortalidad de muchos de ellos.

Existen muchas razones para entender el auge que la geriatría está teniendo en todo el mundo durante los últimos años. Entre las más importantes cabe citar las siguientes:

- Presión demográfica: El número de ancianos crece en todos los países desarrollados, y los ancianos cada vez alcanzan edades más elevadas, con un mejor nivel de salud y con una mayor conciencia de sus derechos en éste terreno.

- Socioeconómicas: Derivadas de la trascendencia que las decisiones médicas tienen en la política, en la economía y en lo social. Bastaría recordar el volumen económico que todos los países deben dedicar a pensiones y el derivado del consumo de farmacia o de la necesidad de aportar recursos sanitarios y sociales a los ancianos incapacitados o con problemas de recuperación

- Científicas: El conocimiento de lo que representa el proceso de envejecer y de las consecuencias que se derivan del mismo es algo que se viene produciendo de una manera tardía en relación con otras partes de la medicina, lo que deja un mayor margen para el estudio y la investigación en este campo.

Es conveniente esclarecer algunos conceptos. En primer lugar, que envejecer no es lo mismo que enfermar, si bien, habitualmente, la vejez se acompaña de un mayor número de padecimientos. Además, no siempre está clara la frontera entre los tres grupos de procesos que modulan los cambios que presenta el anciano: a) las modificaciones fisiológicas establecidas por el simple paso del tiempo (envejecimiento); b) las consecuencias de la exposición a lo largo de muchos años a agentes como la contaminación, el humo, las dietas inadecuadas, el alcohol, el estrés o la falta de actividad física, y c) las enfermedades propiamente dichas o sus secuelas acumuladas a lo largo del tiempo. En segundo término, un anciano no es estrictamente un adulto mayor; en su camino hacia el envejecimiento se han producido cambios muy importantes en sus órganos y sistemas a nivel morfológico, funcional, psicológico y también social.

Los ancianos tienen: a) algunas enfermedades específicas de su edad ( muy raras o inexistentes en edades anteriores ); b) otras con una incidencia mucho más alta que la que se encuentra en períodos previos de la vida; c) las mismas enfermedades que a cualquier otra edad pero con peculiaridades específicas que es necesario conocer, y d) con mucha más frecuencia compromiso de otros órganos y sistemas en el curso de sus enfermedades y concurrencia de más de un proceso morboso ( pluripatológico ). Además, en mayor medida que en otras edades, hay que tener en cuenta que todos estos procesos se hallan modulados por problemas sociales, psicológicos, de comportamiento y por la mayor necesidad de considerar factores como la rehabilitación, reinserción social, ...

La atención al anciano esta pasando por un periodo de transformación social, por todo ello es la sociedad quien de manera indirecta asume la responsabilidad del cuidado de los ancianos, provocando que el contacto hospitalario entre los profesionales de la salud y el paciente anciano resulte cada vez mas frecuente, reincidiendo en la Enfermería como profesional sanitario.

Esta manifestación social esta causando un acopio de conocimientos a cerca del envejecimiento de la población y de los cuidados en la ancianidad. Sin embargo el desconocimiento de estos cambios relacionados con la edad, pueden acarrear resultados insatisfactorios.

La dependencia del anciano no es consecuencia de la edad, sino que se debe a problemas de salud y a veces a una sobreprotección del entorno familiar y hospitalario.

La búsqueda de curación para una enfermedad dada o incluso el establecimiento de un diagnóstico específico no es tanto una meta primaria como la formulación de una estrategia, a menudo de naturaleza práctica, para conservar la independencia, la dignidad y la función en un individuo enclenque y con múltiples incapacidades. La hospitalización misma es un riesgo para la precaria homeostasis del anciano,... (Hazzard,1990).

El crecimiento económico, los cambios demográficos y el cambio en los valores de la sociedad actual, donde los roles que habitualmente han desempeñado hombres y mujeres se fusionan, trasciende a los cuidados del anciano y al concepto que de él se tiene.

El profesional de Enfermería por su posición como profesional sanitario y por su intervención en la vida social es el profesional más indicado como mediador en las dificultades que hoy por hoy tienen los ancianos.

La valoración del anciano es un proceso diagnóstico multidimensional, generalmente interdisciplinario que ofrece amplias ventajas puesto que nos permite medir sus capacidades funcionales y sus necesidades reales de cuidado.

El uso de escalas estandarizadas pueden ayudar a la valoración del anciano y por consiguiente a una mejor atención sanitaria. La valoración funcional puede ofrecer índices de predicción de la mortalidad, del riesgo de institucionalización, del deterioro físico y del uso de recursos sociosanitarios.

## **OBJETIVO**

El objetivo primario es la valoración del estado funcional del paciente anciano al ingreso y posteriormente al alta, con el objeto de evaluar si el proceso de hospitalización ha influido favorable o desfavorable en dicho estado.

El objetivo secundario es la realización y entrega al alta de una guía de consejos prácticos del Cuidado del Anciano ( PEYCA ) destinada al paciente anciano, familiares, cuidadores.

## **PACIENTES Y MÉTODO**

**Criterios de inclusión:** se incluirá en el programa a todos los pacientes mayores de 75 años no quirúrgicos que ingresen en la Unidad de Medicina Interna.

**Criterios de exclusión:** pacientes con deterioro cognitivo severo y paciente pendiente de intervención quirúrgica.

**Método:** después de realizar una revisión bibliográfica, se seleccionó el Índice de Katz de independencia de las actividades de la vida diaria y el índice de Lawton que mide 8 actividades instrumentales. Se administraran ambos cuestionarios al ingreso y al alta del paciente.

La valoración integral del anciano es un método diagnóstico multidimensional, generalmente interdisciplinario, que determina en los ancianos frágiles, las capacidades y los problemas médicos, psicosociales y funcionales, con la finalidad de desarrollar un plan integral de tratamiento y de seguimiento a largo plazo. La valoración integral se puede realizar en diferentes ámbitos: los hospitales de agudos, la atención domiciliaria, los hospitales de día, en los programas de rehabilitación y en los programas de atención domiciliaria.

El ámbito donde atendemos al anciano puede tener influencias importantes, obteniendo información de la familia o de los principales cuidadores. La historia clínica y la exploración física van a ser los elementos clave para un diagnóstico correcto, por esto es conveniente utilizar instrumentos adecuados para complementar la historia clínica convencional con aspectos geriátricos. Básicamente la valoración del anciano debe de atender a unas dimensiones concretas: la salud física, valorando problemas de movilidad, alteraciones visuales o auditivas, fatiga, incontinencias, etc. y la salud mental, prestando especial atención a la función cognoscitiva y al estado de ánimo, el talante del anciano. Las circunstancias ambientales sería otra de las dimen-

siones, el ambiente físico en el que el anciano vive, incluso el ambiente físico del hospital (bordes, ángulos prominentes, muebles, desorden, cables sueltos, etc.) ; también tendremos en cuenta los recursos sociales y económicos, identificar a las personas que atenderán al anciano cuando se requiera teniendo muy en cuenta que la fatiga de un cuidador, en muchas ocasiones, puede ser punto de partida de valoración ya que supondría hospitalización o confinamiento prolongado. Además serían de gran valor la búsqueda de fuentes de apoyo indirecto en la comunidad. Como última dimensión a tener en cuenta en la valoración, estaría el estado funcional del anciano, la atención debe adecuarse a la capacidad funcional.

La valoración de la función física la iniciaremos con una medición de las actividades de la vida diaria (AVDB) que son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros; entre ellas se incluyen actividades como: comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etc. Para ello hemos escogido el Índice de Katz (Anexo 1) de independencia de las actividades de la vida diaria, ideado inicialmente en el Hospital Benjamín Rose de Cleveland en 1958 para fracturados de cadera. Desde 1963, su simplicidad lo ha popularizado internacionalmente como instrumento de valoración en instituciones geriátricas, introduciéndose de forma paulatina su uso en la asistencia primaria, para la valoración domiciliar de los pacientes crónicos.

Evalúa la continencia de esfínteres y el grado de dependencia funcional del paciente para la realización de cinco tipos de actividades cotidianas: levantarse, usar el baño y el retrete, vestirse y comer, con tres posibles respuestas que nos permiten clasificar a los pacientes en siete grupos (de mayor dependencia a mayor independencia).

Las situaciones se expresan alfabéticamente en una escala creciente de pérdida de capacidades, a partir de las experiencias de Guttman según la progresión habitual del declive físico filogenético, desde la A, independiente para las tareas mencionadas, hasta la G, dependiente absoluto.

Además utilizaremos una escala para medir las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que incluyen funciones más complejas que requieren un mayor grado de independencia y permiten al anciano vivir de forma independiente en la comunidad. En general se valoran aspectos como el uso del teléfono, hacer la comida, realizar trabajos domésticos, tomar la medicación y manejar con normalidad el dinero. El instrumento más utilizado es el índice de Lawton que mide 8 actividades instrumentales.

Al alta se entregará el programa de consejo al paciente y al cuidador principal con el fin de que ambos mantengan este programa en el domicilio. Basándonos en las escalas citadas anteriormente planteamos una serie de recomendaciones según las necesidades del anciano, utilizando un vocabulario sencillo y de fácil comprensión (indicaciones cortas, dibujos explicativos, letras grandes...) tanto para el anciano como para los cuidadores:

## Anexo 1. Índice de Katz

### **Bañarse (con esponja, ducha o bañera):**

- Independiente: asistencia únicamente al lavar una parte del cuerpo (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se lava sólo completamente.
- Dependiente: asistencia al lavar más de una parte del cuerpo; asistencia al salir o entrar de la bañera o no se baña sólo.

### **Vestirse:**

- Independiente: saca la ropa del armario y los cajones; se pone la ropa, vestidos externos y ropa interior; se maneja bien con los botones; se excluye el acto de ponerse los zapatos.
- Dependiente: no se viste sólo, o queda parcialmente vestido.

### **Ir al servicio:**

- Independiente: llega hasta el servicio; se sienta y se levanta del servicio; se arregla la ropa, se limpia los genitales; (puede manejar la cuña que usa sólo por la noche, y puede que use o no apoyos mecánicos).
- Dependiente: usa la cuña permanentemente, o la silla retrete, o recibe ayuda al ir y usar el servicio.

### **Desplazarse:**

- Independiente: se levanta y se acuesta en la cama con independencia, y se sienta y se levanta de la silla independientemente (puede usar o no apoyos mecánicos).
- Dependiente: asistencia al levantarse o acostarse en la cama y/o silla; no realiza uno o más desplazamientos.

### **Continencia:**

- Independiente: autocontrol absoluto de la micción y la defecación.
- Dependiente: incontinencia parcial o total en la micción o la defecación; control total o parcial por enemas, catéteres, o uso regulado de orinales o cuñas.

### **Alimentarse:**

- Independiente: lleva la comida del plato o equivalente hasta la boca; (el corte de la carne previamente, y la preparación de la comida, como untar el pan, quedan excluidos de la evaluación).
- Dependiente: ayuda al alimentarse; no come nada, o alimentación parenteral.

Independencia significa sin supervisión, dirección o asistencia personal activa excepto en los casos que arriba se señalan. Esto está basado en el "status" actual y no en la capacidad. Si un paciente rehúsa realizar una función se considera que no la realiza, aunque se le considere capaz de ello.

*A. Independiente al alimentarse, ser continente, desplazarse, ir al servicio, vestirse y bañarse.*

*B. Independiente para todas estas funciones menos una.*

*C. Independiente para todas excepto para bañarse y otra función adicional.*

*D. Independiente para todas excepto para bañarse, vestirse y otra función adicional.*

*E. Independiente para todas excepto para bañarse, vestirse, ir al servicio y otra función adicional.*

*F. Independiente para todas excepto para bañarse, vestirse, ir al servicio, desplazarse y otra función adicional.*

*G. Dependiente para las seis funciones.*

*Otras. Dependiente para al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E, o F.*

## Anexo 2. Escala de Lawton y Brody

### Capacidad para usar el teléfono:

- Utiliza el teléfono por iniciativa propia . . . . . 1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares . . . . . 1
- Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar . . . . . 1
- No utiliza el teléfono . . . . . 0

### Hacer compras:

- Realiza todas las compras necesarias independientemente . . . . . 1
- Realiza independientemente pequeñas compras . . . . . 0
- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra . . . . . 0
- Totalmente incapaz de comprar . . . . . 0

### Preparación de la comida:

- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente . . . . . 1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes . . . . . 0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada . . . . . 0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas . . . . . 0

### Cuidado de la casa:

- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) . . . . . 1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas . . . . . 1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un nivel adecuado de limpieza . . . . . 1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa . . . . . 1
- No participa en ninguna labor de la casa . . . . . 0

### Lavado de la ropa:

- Lava por sí solo toda su ropa . . . . . 1
- Lava por sí solo pequeñas prendas . . . . . 1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro . . . . . 0

### Uso de medios de transporte:

- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche . . . . . 1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte . . . . . 1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona . . . . . 1
- Utiliza el taxi ó el automóvil solo con ayuda de otros . . . . . 0
- No viaja . . . . . 0

### Responsabilidad respecto a su medicación:

- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta . . . . . 1
- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente . . . . . 0
- No es capaz de administrarse su medicación . . . . . 0

### Manejo de sus asuntos económicos:

- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo . . . . . 1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos . . . . . 1
- Incapaz de manejar dinero . . . . . 0

**Total puntos:** Máxima dependencia: 0 puntos. Independencia total: 8 puntos.

### **ANEXO 3. Guía de consejos prácticos del Cuidado del Anciano (PEYCA).**

#### **ASEO**

- Higiene diaria
- Ducha no baño
- Adaptación de asiento en ducha
- Suelo antideslizante
- Asideras o agarraderas
- Buen secado corporal (haciendo hincapié en pliegues)
- Buena hidratación de piel (cremas)
- Lavado de ojos, boca y nariz
- Cuidado de uñas: visita periódica al podólogo (si se realiza en casa cortar uñas de los pies rectas)
- Utilizar cepillos de mango largo (para evitar posturas forzadas)
- Si tuviera escaras: curar por enfermería de zona

#### **RECOMENDACIONES:**

- Permitir que el anciano realice su higiene, en lo posible (peinado, lavado de manos, dientes...)

#### **VESTIDO**

- Utilizar ropa cómoda, evitando botones y cremalleras (sustituir por velcro, gomas y/o tirantes)
- Zapatos fáciles de poner sin cordones y planos (para evitar posibles caídas)
- Utilizar zapato de piel y suela de goma.
- Usar tejidos de fibras naturales (algodón, lino...) y procurar no utilizar fibras sintéticas (ya que podrían provocar alergias, rozaduras y sudoración excesiva).

#### **ALIMENTACIÓN**

- Beber abundantes líquidos para evitar la deshidratación (salvo contraindicación)
- Comida: dieta equilibrada, rica en fibra, fruta y verduras para prevenir el estreñimiento
- Consumir proteínas (huevos, carne y pescado) para una mejor cicatrización de posibles heridas.
- Obtener el calcio necesario de lácteos y derivados para conservar la estructura ósea en las condiciones más óptimas.
- Evitar el exceso de grasas en la dieta
- Si faltan piezas dentarias: utilizar dieta triturada y/o suplementos dietéticos
- Si la tensión arterial es alta evitar el consumo de sal
- Los diabéticos podrán tomar zumos naturales pero no consumirlos industriales. Evitar todo lo que contenga azúcares.
- En cuanto a dispensación de medicamentos seguir siempre prescripción médica, respetando horarios y dosis.

#### **CONTINENCIA DE ESFÍNTERES**

- Retrasar en lo posible la utilización de pañales, potenciando ir frecuentemente al WC.
- Si es portador de sonda vesical: extremar higiene de genitales y utilizar bolsas de sistema cerrado.
- Si circunstancialmente precisa uso de pañal, estimular la retirada de éste lo antes posible. Para recuperar su independencia en el uso del WC.

- Para las pérdidas de orina, en mujeres, utilizar compresas tocológicas.
- Si no defeca con regularidad, no demorar consulta con médico de cabecera.
- Si utiliza pañal: cambio frecuente y lavado de zona genital (utilizar cremas para evitar irritaciones y escoceduras).

#### **CONDICIONES PARA EL WC:**

- Utilizar adaptadores para acomodar altura
- Agarraderas cerca del WC
- Evitar alfombrillas que puedan deslizarse provocando una caída.

#### **MOVILIZACIÓN**

##### **PERSONAL:**

- Utilización de bastones y andadores para facilitar la deambulaci3n.
- Agarraderas en pasillos para que el anciano se sienta seguro e independiente en su marcha.
- Es recomendable el paseo diario, siempre que sea posible al aire libre.
- Si esta encamado, cambios de postura frecuentes ayudados por almohadones.
- Estimular movilizaci3n de extremidades (brazos y piernas).

##### **MOBILIARIO:**

- Cama con barandillas y si precisa articulada.
- Si es encamado, se recomienda la utilizaci3n de colch3n antiescaras.
- Evitar alfombras.
- Interruptores de luz grandes.
- Grifos monomando.
- Calentadores con encendido autom3tico.
- Armarios de f3cil acceso (altura adecuada).
- Vivienda de una planta, evitar escaleras.
- Tel3fono con n3meros grandes y memoria.
- Proteger cantos de muebles afilados utilizando cantoneras.

Estos consejos podrían ser modificados, ampliados o simplificados en base a los datos que obtengamos tras la realizaci3n y del estudio y el an3lisis de los datos.

#### **CONCLUSIÓN**

El crecimiento econ3mico, los cambios demogr3ficos y el cambio en los valores de la sociedad actual, donde los roles que habitualmente han desempeñado hombres y mujeres se fusionan, trasciende a los cuidados del anciano y al concepto que de él se tiene.

El profesional de Enfermería por su posici3n como profesional sanitario y por su intervenci3n en la vida social es el profesional m3s indicado como mediador en las dificultades que hoy por hoy tienen los ancianos.

El paciente anciano padece m3s enfermedades, es mucho m3s vulnerable a todo tipo de agresi3n, sus mecanismos de defensa son m3s limitados, en él es menor la reserva fisiol3gica, las patologías se imbrican unas sobre otras en mayor medida que en otras edades y tienen una mayor implicaci3n social; lo que obliga a que deba ser contemplado de una manera integral, en la medida de lo posible, por un equipo inter-

disciplinario constituido por médicos, profesional de enfermería, auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, dietistas, rehabilitadores y psicólogos-psicogeriatras.

Mantenemos que el uso de escalas o estándares simples, según la bibliografía revisada, pueden ayudar a la evaluación del anciano y por consiguiente a una mejor atención sanitaria. La valoración funcional puede ofrecer índices de predicción de la mortalidad, del riesgo de institucionalización, del deterioro físico y del uso de recursos sociosanitarios.

Pretendemos la implantación de estos instrumentos de evaluación y actuación en el servicio de Medicina Interna del H.G.U.A. para alcanzar los objetivos de independencia funcional, autonomía, calidad de vida, bienestar y dignidad para el paciente anciano.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. BOYD, R. y SILK, J. B. (2001), *Cómo evolucionaron los humanos*, Ariel Ciencia, Barcelona.
2. FOLSTEIN, M.F. y otros (1975), *Mini-mental state*, J. Psych. Res.
3. HARRIS, M. (1983), *Antropología Cultural*, Alianza, Madrid.
4. HAZZARD, W.R. (1990), *Principles of geriatric medicine and gerontology*, McGraw Hill, New York.
5. HERNÁNDEZ Conesa, J. (1995), *Historia de la Enfermería. un análisis histórico de los cuidados de enfermería*, McGraw Hill/ Interamericana de España, Madrid.
6. KATZ, P. R. (1985), *Use of a structured functional assessment format in a geriatric consultative service*. J. Am Geriatr Soc.
7. KOTTAK, C.P. (2001), *Antropología. Una exploración de la diversidad humana*, McGraw Hill, Madrid.
8. LAWTON, M.P. y otros (1982), *Research and service oriented multilevel assessment instrument*, J. Gerontol.
9. RODRÍGUEZ, S. y CASTELLANO, A. (1995), *Intervención clínica y psicosocial en el anciano*, ICEPSS, Las Palmas de Gran Canaria.



# ***ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL DE PREVALENCIA EN EL USO DE TERAPIAS COMPLEMENTARIAS (TC)/ ALTERNATIVAS POR EL ENFERMO ONCOLÓGICO***

*(Hospital General Universitario de Alicante)*

*Javier Gómez Robles, M<sup>a</sup> Carmen Gozalves Manzanera, Yolanda Seva Gosalbez, M<sup>a</sup> Teresa Huerta Baydal, Serafina Ibañez Santamaría, M<sup>a</sup> Paz Fernández Ortega.*

## **INTRODUCCIÓN**

Nuestro estudio parte como una iniciativa Europea para conocer los diferentes tipos de Terapias Complementarias T.C en diversos países Europeos. Para ello, se creó en nuestro país un grupo de trabajo entre los diversos hospitales nacionales con enfermeros del área de Oncología con inquietudes y motivaciones en el cuidado del enfermo con cáncer y la investigación. Se contó con más de 15 hospitales inicialmente, y de estos se han recogido datos en 13, con una distribución por toda la geografía nacional y se planificó como estudio de diseño multicéntrico. (Tabla A) La coordinación nacional se ha realizado desde el Institut Català de Oncologia, ICO. Barcelona.

Entendiendo que las Terapias Complementarias son aquellas que se utilizan conjuntamente con las de medicina convencional, mientras que las terapias alternativas son las que se utilizan en lugar de las convencionales. El uso de las terapias/medicinas alternativas y de las complementarias (TA o TC) han presentado un incremento importante en los últimos 10 años en Estados Unidos y en Europa. Su uso específico por parte del enfermo con cáncer es de todos conocido, pero no existen datos de prevalencia en nuestro país, donde se utilizan cifras de otros países del norte de Europa o de USA que no puede ser extrapolables a nuestra realidad sociocultural. Pocos estudios se han realizado en el ámbito de la Enfermería Oncológica Española, a pesar de que los pacientes con cáncer las usan ampliamente y, las relacionan como mínimo, con diversas aportaciones y en general con una mejora en su calidad de vida durante el proceso oncológico.

## **SITUACION ACTUAL DEL TEMA**

La revisión sistemática de Ernst y Cassileth (1998) sugiere y, no significa que pruebe, que el uso de las T.C. entre pacientes con cáncer presenta una prevalencia en

los estudios realizados de 31'4% (rango de 7 a 64%). Esta revisión incluye 26 estudios de 13 países y se realizó entre 1997 y Enero de 1998. Las terapias más populares entre los enfermos eran los tratamientos dietéticos, fitoterapia, homeopatía, hipnoterapia y la visualización o imaginería. La meditación, los suplementos mega-vitámicos, la relajación y el soporte espiritual fueron también descritos entre los más comunes. Un posterior estudio longitudinal, llevado a cabo en Noruega, en el que 252 enfermos con cáncer fueron controlados durante 5 años (Risberg et al, 1998). Al finalizar el estudio, una proporción de 27% de los pacientes habían usado una forma u otra de T.C, con un aumento ligeramente superior durante este final de periodo.

En el estudio realizado con un muestra de 100 enfermos oncológicos en el 1998 y publicado en el 2002. Fernández P, en una unidad de hospitalización del mismo centro coordinador de este estudio compara los niveles de ansiedad de enfermos con cáncer ingresados que utilizan T.C. y los que no utilizan, con una prevalencia en su uso del 27%. Este estudio concluye que presentan menor nivel de ansiedad y que la utilización primordial es para intentar aumentar las defensas de organismo.

A destacar es la publicación de Patterson (2002) y el Fred Hutchinson Cancer Research Center en Washington (USA), que realizó un estudio telefónico con 356 adultos diagnosticados de cáncer de mama, colon y próstata. Los resultados de prevalencia para su población se situaron en el 70% de pacientes que usaban las terapias complementarias a lo largo de la enfermedad oncológica. En éste estudio se analizaron además cuales eran las motivaciones, los factores predictores, los costes de diferentes tipos de terapias complementarias y las actitudes de los pacientes sobre la efectividad de estas terapias. A pesar del estudio de Cassileth (2001), ningún otro ha intentado actualmente obtener una información acerca de este tema en un ámbito Europeo ni Nacional.

### **CAMBIOS SOCIOCULTURALES:**

1. Mayor implicación activa del enfermo en la enfermedad. Este cambio socio cultural en la relación con la propia salud se expresa con una necesidad de realizar actividades de mejora e intervención en el curso de la enfermedad, tanto por parte del enfermo como de las familias. El uso de Terapias Complementarias potencia este sentimiento de “estar haciendo algo contra la enfermedad”, siendo especialmente fuerte en determinados perfiles de pacientes en Oncología.

2. Exportación de hábitos de otras culturas, vinculadas a tradiciones milenarias en otras culturas ajenas a las nuestras.

3. Desconocimiento y rechazo por parte de los profesionales de la Oncología relacionándolos en general con potenciales riesgos. Los expertos en cáncer recomiendan generalmente la supresión de cualquier suplemento. Puede que algunos suplementos dietéticos pudieran causar reacciones de sensibilidad con la exposición a la radioterapia o quimioterapia, Otro ejemplo bien estudiado es la dieta con sobresaturación de soja que estimula la producción de estrógenos que debe ser reducida en ciertos tumores hormonodependientes de mama.

4. Incremento en la toma de decisiones por parte del enfermo y de la familia. Los enfermos deciden la toma de estas terapias de manera libre, ajenos al sistema nacio-

nal de salud y pocas veces informan al profesional de la Oncología. Esta falta de información y de comunicación es bidireccional, tanto por efecto del poco interés de los oncólogos o de las enfermeras de oncología, como por parte de los enfermos que por la percepción de que “lo natural” está exento de riesgos y no lo informan. Este dato, relevante, queda pocas veces recogido en las Historias Clínicas de los pacientes.

5. Megadosis, “cuanto más mejor”. Este sentimiento está fuertemente arraigado en la sociedad moderna. Este error puede derivar en efectos secundarios poco conocidos. Un ejemplo son los antioxidantes y vitaminas que dificultan la absorción de metales y electrolitos, por ser solubles en grasas e incrementar los niveles tóxicos en el organismo.

6. Interacciones medicamentosas desconocidas, con capacidad de aumento o descenso en la absorción de otros fármacos, ya que no se ha realizado experimentación clínica con muchas de las terapias complementarias. Por otra parte la recolección de plantas y raíces no siempre se realiza con la misma sistemática, así la raíz de algunas plantas como “el Diente de León” tiene efecto laxante, pero las hojas son diuréticas.

7. No se solicitan los mismos controles clínicos que a las drogas o fármacos existentes. Los niveles de seguridad, farmacocinética, absorción y niveles de excreción, de muchos productos son desconocidos. En contraste con los estrictos controles de los fármacos quimioterápicos o citotóxicos. ¿Habría algún enfermo que aceptara que la quimioterapia no estuviera contrastada?.

8. Gran diversidad de preparados y compuestos así como, diversidad en las presentaciones al público. Algunos obedecen a una transmisión oral o tradicional, y se alega que no han sido probados en ensayos clínicos. ¿Se han de desechar por ello?. A su vez, existen diversidad de etiquetajes equívocos o ambiguos; “Promueve una circulación adecuada”, “mejora su flujo urinario”, “ayuda a relajarse”. Así, “Ayuda a mantener una próstata saludable”, ¿podría inducir a una lectura de que mantiene la próstata libre de enfermedad?.

9. Confusión entre quimioprevención y efecto protector. Aunque existen estudios de cohortes en personas con riesgo de presentar cáncer a los que se está aplicando aportes de minerales o vitaminas para estudiar el efecto protector antes de que la enfermedad aparezca, ello no implica que tal efecto protector exista una vez se presente el cáncer.

## OBJETIVOS

- Conocer qué prevalencia y tipo de terapias complementarias(TC) se utilizan entre los pacientes con cáncer en el ámbito nacional.
- Conocer qué factores motivan a estos enfermos a utilizar estas terapias, en qué momento se inicia y cual es el coste de estas terapias
- Conocer qué fuentes de información y de acceso tienen los enfermos con cáncer a estas terapias.

## METODOLOGÍA

**Tipo de estudio:** Descriptivo, transversal, multicéntrico nacional con la participación de 12 hospitales de toda las regiones de la geografía. Población de estudio.

Pacientes que reciben tratamiento convencional por una patología oncológica. Área del estudio: Unidades de tratamiento oncológico ambulatorio, o de Hospital de Día, de 12 hospitales de España, (Tabla A). Período de estudio: 8 meses, desde Dic. 2002 hasta Sept. 2003 hasta la obtención del tamaño muestral previsto. Criterios de inclusión: Pacientes mayores de edad, de ambos sexos que estén recibiendo tratamiento oncológico ambulatorio y sean visitados en un servicio de consultas externas o en hospitales de día oncológicos. Pacientes conocedores de su diagnóstico, capaces de entender los objetivos del estudio, sin discapacidad intelectual y que consientan en participar (firma del Consentimiento Informado). Uno de los criterios esenciales a estudio ha sido el recibir, o haber recibido tratamientos oncológicos convencionales; (Cirugía, Quimioterapia, Radioterapia, Inmunoterapia, Hormonoterapia o Transplante de Médula Ósea). Criterios de exclusión: Pacientes oncológicos en primer tratamiento o que no hayan sido todavía diagnosticados de neoplasia, o estén en periodo de estadiaje.

**Tamaño muestral y selección de la muestra:** La selección de los pacientes ha sido no aleatorizada, consecutiva y prospectiva. Se ha considerado usuario de terapias complementarias a las convencionales al paciente con criterio de inclusión que afirme utilizar o haber utilizado algunos de estos tratamientos a lo largo del proceso de su enfermedad. Hospitales: De los 15 hospitales inicialmente dispuestos para el reclutamiento se ha realizado finalmente, en 12 hospitales españoles distribuidos en distintos puntos de la geografía nacional que están ubicados en zonas urbanas y semi-urbanas o rurales. De pacientes: Para estimar la prevalencia de las T.C. con una precisión de más menos el 3% y con un error de tipo alfa del 5% (confianza del 95%) se han incluido 573 enfermos, 313 mujeres (54,6 %) y 260 hombres (45,4%).

**Variabes: Socio-demográficas:** Edad, sexo, raza, estado civil, convivencia, nivel de estudios, nivel socioeconómico, profesión, situación laboral, nivel de adherencia a creencias personales y rezos y nivel de práctica religiosa. El grupo étnico mayoritario de nuestra muestra corresponde al tipo Europeo 98,6%, con pocas personas de otras razas; 2 Negros, 2 Suramericanos y 1 persona de etnia Gitana, esta variable poco incidente en nuestro país, podría ser relevante en el estudio europeo.

**Variabes relacionadas con el uso de terapias complementarias:** Uso de terapias, tipo de terapia, uso de terapia anteriormente a la enfermedad, profesional al que acude, coste económico dedicado, tiempo transcurrido desde el diagnóstico y momento de inicio, tiempo de uso de las terapias alternativas, efectos secundarios y/o adversos e información recibida y persona que la ha otorgado.

**Variabes clínicas y asistenciales:** Diagnóstico principal o primario, que ha sido categorizado según los grandes grupos; Cabeza y cuello, digestivos, mama, pulmón, colorrectal, ginecológicos femeninos, próstata y vejiga, leucemia, linfomas, testiculares, piel y una categoría que agrupa diversos tumores de baja prevalencia. La localización de la enfermedad comprende el lugar anatómico de afectación ya que interviene en las implicaciones funcionales. El estadiaje de la enfermedad (avanzado o no) se ha determinado según la clasificación de los tumores TNM. La fecha y tiempo transcurrido desde el diagnóstico será la variable para definir el contacto del

enfermo con la enfermedad. Los tipos de terapias médicas convencionales recibidas anteriormente, los tratamientos actuales que está recibiendo y el síntoma/s que presenta en el momento de la recogida de datos.

**Cuestionario de recogida de datos:** Consta de tres partes: La primera, de tipo general para todos los pacientes (sigan o no terapias complementarias), una específica sólo para los pacientes que siguen terapias complementarias y la última y también general con datos clínicos que son recogidos de la historia clínica de los pacientes.

## RESULTADOS

En la tabla A se presentan los doce centros hospitalarios participantes en el estudio y se identifica al coordinador de cada uno de ellos, junto a la distribución de reclutamiento de los participantes.

Los 573 pacientes presentan un rango de edad situado entre 18 años y 85 con una media de 54,58 años y una mediana de 54. Los resultados de prevalencia (Tabla 1) se sitúan en 24,4% a un nivel nacional, con un rango de 20,8% a 27,9% en las diferentes provincias, proporción cercana a 1 de cada 4 pacientes oncológicos que han utilizado las T.C. en nuestro país. El estudio de la correlación por edades y uso de T.C. muestra 7 años de diferencia entre los dos grupos, con medias de edad de 49,61 años para los que han utilizado T.C., frente a los 56,19a. del grupo que no ha utilizado T.C. (IC. 95%). La prueba de T para igualdad de medias, asumiendo varianzas iguales en los dos grupos de edades es de 5,715, con una significación  $= < 0,001$  (Tabla 2). La contingencia entre el uso de T.C resulta estadísticamente significativa con la variable de sexo ( $p = < 0,001$ ). Presentando una razón de proporciones de 2,01 en las mujeres con 31,6% en contraste con el 15,8% para el grupo masculino. (Tabla 3).

El tipo de terapias más utilizadas se consulta en tres apartados: Antes del diagnóstico de cáncer, tras y actualmente y los resultados antes de ser diagnosticados se distribuyen entre todas las terapias con ligero incremento en la Homeopatía con 28 como más utilizada y persiste con 44 participantes en la más utilizada después de ser diagnosticados, seguido de la Fitoterapia en 34 enfermos. La Relajación es utilizada por 28 y las altas dosis de vitaminas y minerales por 26. La Visualización (19) y la Naturopatía se incrementa su uso tras ser diagnosticado, por otra parte los masajes terapéuticos que son más utilizados antes del diagnóstico dejan de ser utilizados a lo largo del proceso. (Tabla B)

Las razones que aducen los enfermos para acercarse a las T.C. en nuestra muestra, reflejan que los pacientes mayoritariamente buscan en estas terapias aumentar las capacidades del organismo en un 22,4%, una mejoría emocional en el 14,5% y un deseo de hacer todo lo posible y contrarrestar efectos secundarios de los tratamientos antitumorales en igualdad de proporción con un 14,2%. (Tabla 4). A destacar que sólo el 6,6% intenta luchar directamente con estas terapias contra la enfermedad oncológica. Ello refuerza que el concepto de complementariedad de estas terapias es bien conocido por nuestros enfermos. En contrapartida los beneficios subjetivos que los enfermos describen que obtienen de las T.C. son en mayor medida físicos (26,3%) y de mejoría emocional (24,1%), junto con un 23,7% que describen aumento de

capacidades del organismo para luchar contra la enfermedad y sus secuelas, sólo un 1,85% perciben una disminución subjetiva del tumor como consecuencia de estas terapias (Tabla 5). Los enfermos tardan una mediana de 6 semanas en iniciar el uso de terapias complementarias, pensamos que ello se debe al tiempo necesario para la aparición de los primeros efectos secundarios de los tratamientos médicos oncológicos.

La distribución por diagnósticos se distribuye de manera desigual entre las categorías con diferencias a destacar para las enfermas con tumores ginecológicos y de mama que utilizan estas terapias en el 35,5% y en el 32,1%, los enfermos con cáncer de piel y leucemia con 33,3% y 30,8%, frente a los enfermos con tumores del área de cabeza y cuello que sólo los utilizan en un 3,8%, (tabla 6).

Existe correlación significativa ( $p < 0,001$ ) entre el nivel superior de estudios y el uso de terapias complementarias (Tabla 7), pero no existe con la variable de ingresos económicos, ni con la variable de adherencia a creencias religiosas. El tipo de profesión, con representantes de todas las profesiones, con dispersión entre todas las categorías y sin correlación significativa con el uso de TC. Tampoco resulta haber recibido quimioterapia o quimioterapia y otras terapias con los que no la han recibido nunca, con diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,213$ ), (Tabla 8). Las fuentes de información para el uso de las T.C son mayoritariamente informales (tabla 9) 38% son los amigos, seguido de 25,9% de la propia familia que presiona o busca este tipo de soporte complementario.

Los participantes no describen efectos secundarios a los tratamientos complementarios (88,9%), sólo un 5,9 han descrito problemas de índole gastrointestinal (gastritis, plenitud, vómitos, diarreas). Se describe un cuadro severo de diarreas y pérdida de 6Kg en 3 días que requirió ingreso hospitalario.

El coste de los productos o de las visitas se sitúa en torno a una media de 120,27 Euros/mes.

El nivel de satisfacción (en una escala de 1 a 7) es de 5/7 y de efectividad percibida aumenta a 6/7.

Llama la atención el número tan bajo de visitas a los profesionales de T. C. con una media de 4,14.

Las razones que aducen en el grupo de los que no usan T.C. son en primer lugar 46,46% estar contento con el tratamiento que reciben y un 31,92% no haber pensado nunca en ellas. (Tabla 10).

## **LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Las limitaciones del estudio tienen que ver con la selección de la muestra ya que se ha reclutado al enfermo oncológico que acude al servicio hospitalario y desde los mismos servicios de tratamiento. Este sesgo de selección, se ha intentado controlar con una selección de los pacientes a conveniencia en diferentes días de estudio pero con la mayor alternancia, adecuándose a las diferencias estructurales de funcionamiento de cada servicio y hospital. Se solicitó por tanto, al enfermo oncológico haga o no haga terapias la participación en el estudio ya que es importante conocer tam-

bién la opinión de los que no han utilizado nunca estas terapias. La generalización de los datos requiere un análisis más detallado por regiones.

## CONCLUSIONES

En este estudio nacional se describe que 1 de cada cuatro enfermos con cáncer utiliza o ha utilizado alguna forma de Terapia complementaria T.C. La prevalencia es menor que los resultados descritos en Europa y otros países, pero el tipo de persona que las utiliza confirma lo descrito en otros estudios. El prototipo es mujer, más joven que el resto de la muestra con mayor nivel de estudios, afectadas con tumores ginecológicos, mama, piel o leucemia, que se acerca a las terapias complementarias sobre todo para reforzar sus capacidades y tolerar o contrarrestar los efectos secundarios a los tratamientos oncológicos convencionales.

Se puede concluir que las razones y las percepciones de beneficios que los enfermos indican son adecuadas y realistas ya que la mayoría atribuye un rol de complementariedad a estos tratamientos como soporte externo para tolerar mejor los tratamientos oncológicos. Existe solo, un pequeño grupo de personas, 6,6% que les atribuye capacidad para luchar directamente sobre el tumor

## IMPLICACIONES EN LA PRÁCTICA

El impacto de esta prevalencia permite incorporar los criterios de los pacientes en el diseño de nuevas estrategias terapéuticas y de educación Enfermeras, ya que contiene las nuevas tendencias y los cambios que los propios enfermos oncológicos incorporan en materia de su propio cuidado.

Será necesario una aproximación terapéutica multidisciplinar con atención concreta a pautas de información específicas sobre comportamientos positivos y canalizar mejor las informaciones poco contrastadas sobre hábitos y conductas dietéticas y de salud.

Aportar mejor información bidireccional paciente y enfermera en un ámbito cambiante y moderno apunta a mejorar la relación de todas las intervenciones, las propias del Sistema de salud como las de los enfermos en particular para abordar más ampliamente el proceso oncológico

La intervención Enfermera debe promover una adecuada discriminación de los enfermos en la elección de sus terapias de soporte y complementariedad en el proceso del cáncer

(Estudio no financiado)

**Agradecimientos:** A todos los enfermos oncológicos participantes, por su inestimable colaboración. A todos los centros que han procurado el soporte y ayuda para la realización de este estudio y a todos los coordinadores que han ofrecido tiempo, esfuerzo y motivación en conocer más a nuestros enfermos para mejorar en nuestros cuidados.

**Coordinadora Nacional: Paz Fernández Ortega**  
**Coordinadora de Investigación de Enfermería del Instituto Calalán de Oncología**

Hospital Donostia	San Sebastián	José San Francisco
C. Sanitaria Miguel Servet	Zaragoza	M <sup>a</sup> Luz Hospital
Hospital Dr. Trueta. ICO-Girona	Girona	José M <sup>a</sup> . Izquierdo
Hospital de Alicante	Alicante	Javier Gómez
ICO, Institut Català Oncologia	Barcelona	Cristina Sánchez
H. Duran i Reynals		Raquel Legido
H. Clínico Universitario	Salamanca	Amelia de León
Hospital Clínico de Madrid	Madrid	Concha Vila
Hospital Carlos Haya	Málaga	Soledad García
Residencia Sanitaria Lugo	Lugo	Concha Vallejo
Consorcio Hospital Gral. Universitario de Valencia	Valencia	Elisa Holgado
R. Sanitaria. Virgen de las Nieves	Granada	Justa Rodríguez Orduña
Hospital General de Vic	Vic	Emi Chirveches
Instituto Oncológico de Guipúzcoa	San Sebastián	M <sup>a</sup> Paz Zabaleta

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ernst E, Cassileth BR. 1998. The prevalence of complementary/alternative medicine in cancer. A systematic review. *Cancer*, 83: 777-782.
2. Cassileth BR, Schraub S, Robinson E, Vickers A. 2001. Alternative medicine use worldwide. *Cancer*, 91: 1390-93.
3. Ernst E. 1995. Complementary cancer treatments: Hope or Hazard?. *Clin Oncol*, 7:259-263.
4. Ernst E, White A. 2000. The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complement Ther. Med*, 8: 32-36.
5. Risberg T, Lund E, Wist E, Kaasa S, Wilsgaard T. 1998. Cancer patients use of nonproven therapy. A 5-year follow-up study. *J. Clin Oncol*, 16: 6-12.
6. Patterson et al. 2002. "Types of alternative Medicine Used by Breast, Colon and prostate Cancer patients: Predictors Motives and costs, *The Journal of alternative and Complementary Medicine: Paradigm, Practice and Policy*, Vol. 8, n 4. 2002, 477-485
7. Fernández P, Martínez I, Iglesias S, Eito C. Fernández I. 2002 ¿Existe un perfil de paciente oncológico que utiliza terapias alternativas o complementarias?, *Enfermería Oncológica*, Vol 8, n 2: 5-12.

# **GUÍA DE CUIDADOS PARA EL PACIENTE DEL HOSPITAL DE DÍA DE ONCOLOGÍA. HGUA.**

*(Hospital General Universitario de Alicante)*

*M<sup>a</sup> Carmen Gozalves Manzanera, Serafina Ibañez Santamaria, M<sup>a</sup> Teresa Huertas  
Baydal, Yolanda Seva Gosalbez, Javier Gómez Robles*

## **INTRODUCCIÓN**

En el último año, el HDO atendió a un total de 813 nuevos pacientes, con un total de 3801 visitas totales, incluyendo consultas programadas, administración de quimioterapias, transfusiones, pruebas diagnóstico terapéuticas, asesoramientos, etc. Debido al impacto que tiene en los pacientes el diagnóstico de cáncer, la complejidad terapéutica, los numerosos efectos secundarios de la quimioterapia y la repercusión de todo el proceso en la calidad de vida de los pacientes, la información sanitaria es un punto fundamental para afrontar la enfermedad y el tratamiento. Hasta el momento, en el HDO la información ofrecida por las enfermeras se presta de forma oral, sin material escrito de apoyo, como recomienda la bibliografía.

## **OBJETIVO**

Elaborar una guía de cuidados para el paciente del HDO que sirva de apoyo escrito a la información verbal que ya se facilita.

## **METODOLOGÍA**

- Revisión bibliográfica sobre los cuidados en pacientes oncológicos ambulatorios (varios grupos de trabajo).
- Puesta en común del resultado de la revisión.
- Acuerdo en la estructura y contenidos de la guía.
- Elaboración de la guía definitiva tras varias revisiones.

## **RESULTADOS**

La estructura final de la guía es la siguiente:

- Presentación
- Ubicación
- Funcionamiento
- Información para el paciente que recibe Quimioterapia

1. ¿cómo se administra la quimioterapia?
2. ¿qué es la quimioterapia?
3. efectos secundarios de la quimioterapia
  - 3.1 Alteraciones en la analítica.
  - 3.2 Alteraciones en la mucosa de la boca.
  - 3.3 Alteraciones del gusto y olfato.
  - 3.4 Alteraciones en el sistema Digestivo.
  - 3.5 Efectos en su cabello, alopecia.
  - 3.6 Cambios cutáneos.
  - 3.7 Función renal.
  - 3.8 Alteración de la fertilidad.
4. Preguntas y respuestas

## **CONCLUSIONES**

La guía empezará a repartirse próximamente el la futura consulta de enfermería. Compararemos los resultados de las encuestas de satisfacción de octubre 2004 con las que se pasarán pasados unos meses de la implantación de la guía. Esperamos aumentar el nivel de satisfacción con la información recibida y la seguridad del paciente al tener siempre en casa un apoyo escrito a la información que se le da en el servicio.

# 16. MEMORIA DE LAS IX JORNADAS

## “La Comunicación en la actuación profesional”

**FECHAS:** 21 y 22 de noviembre de 2.003

**LUGAR:** Alicante

**SEDE:** Salón de Actos del Hospital General Universitario de Alicante

Las IX Jornadas de Enfermería de trabajos científicos, fueron organizados por profesionales del Hospital General Universitario de Alicante y Centro de Especialidades Babel.

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), reconocidas por la Comisión de Cursos Especiales y Créditos de Libre Elección Curricular (CECLEC) de la Universidad de Alicante.



### OBJETIVOS GENERALES

- Profundizar en las estrategias para la mejora de la comunicación en los ámbitos de actuación profesional.
- Divulgar la producción científica de los profesionales de Enfermería de la Provincia de Alicante.

### OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. IMPULSAR la comunicación como estrategia de mejora de las organizaciones.
2. PROVOMER la intercomunicación de los profesionales con el paciente y su entorno.
3. FOMENTAR la comunicación para la salud desde los centros asistenciales.
4. CONOCER las nuevas tecnologías de comunicación visual en el contexto sanitario.

### PROGRAMA CIENTIFICO

La Conferencia Inaugural la pronunció D. Luis Galindo Olivera, bajo el título: “La comunicación en la actuación profesional”, en la que explicó los siguientes aspectos de la Comunicación.

- La Comunicación y sus dimensiones
- La Comunicación positiva/transparente
- La Comunicación Verbal y No Verbal
- Crear espacios de confianza
- Sintonía: la plena comunicación
- Comunicar positiva y eficazmente, para entender y hacerse entender
- Comunicando emociones



## **MESAS DE TRABAJO**

El Comité Científico aceptó 29 trabajos que se expusieron en forma de comunicación y 9 póster científicos. Durante los 2 días se celebraron 5 Mesas de trabajo y 1 Mesa redonda.

Las mesas de Trabajo y sus lemas fueron:

**Mesa de Trabajo Nº 1.** Moderada por, Dña. Isabel Chaves Muñoz-Alcon, Supervisora General H.G.U.A.

**"La comunicación como estrategia en las organizaciones"**

**Mesa de Trabajo Nº 2.** Moderada por D. Rafael Calderón Reig, Supervisor de Radiología del H.G.U.A..

**"La imagen de la Comunicación"**

**Mesa de Trabajo Nº 3.** Moderada por Dña. Nieves Izquierdo García, Supervisora Neurología H.G.U.A.

**"La intercomunicación con el paciente y su entorno"**

**Mesa de Trabajo Nº 4.** Moderada por Dña. Sofía Gutiérrez López, Coordinadora Centro de Salud San Blas.

**"La salud hablada"**

**Mesa de Trabajo Nº 5.** Moderada por Dña. Juana Rodríguez Lozoya, Supervisora Reanimación H.G.U.A.

**"Las Nuevas tecnologías y la comunicación"**

**Mesa Redonda:** Moderada por **D. José Joaquín Mira Solbes**, Profesor Universidad Miguel Hernández de Elche.

**"La responsabilidad de comunicar correctamente"**

### **Intervienen:**

- D. Luis Cibanal Juan, Director del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante
- D. José Antonio Ávila Olivares, Presidente del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana.
- D. Julio José Úbeda de los Cobos, Magistrado de la Audiencia Provincial de Alicante

A destacar la participación muy activa, tanto de ponentes y comunicantes, así como de todos los asistentes en cada una de las sesiones, en las que surgieron discusiones de interés. Con ellas se pretendió impulsar el deseo de abrir canales de comunicación entre profesionales, pacientes y sus familiares como elemento clave para prevenir la ansiedad, el miedo, el aislamiento. Como en la mesa redonda, compuesta por un equipo multidisciplinar de expertos todos ellos en tema de comunicación y moderados por D. José Joaquín Mira Solbes, en la que se abordó, entre otras cues-

ciones, el derecho o no a ser informado y la necesidad de utilizar la comunicación escrita con la responsabilidad de hacerlo correctamente.

## TALLERES DE ENFERMERÍA

Como novedad este año se ha presentado en estas Jornadas el “Stand de Enfermería” dándonos a conocer a todos, como primicia, las herramientas con las que en estos momentos cuenta la División de Enfermería del Hospital General Universitario de Alicante.

El stand de enfermería presentó el nuevo portal de la División donde se pueden consultar, a través de las secciones principales (Dirección de enfermería, docencia e investigación, cuidados de enfermería y registros enfermeros) información muy relevante para los profesionales de enfermería. Además en el stand se pudo revisar los planes de cuidados validados por la comisión de planes y también se abordaron los siguientes temas:

- El marco conceptual de los cuidados.
- Actividad asistencial de cuidados en el HGUA.
- Cartera de servicios HGUA.
- ¿Quiénes somos la División de Enfermería?
- Actividad científica en el HGUA.

Para contribuir a la divulgación del trabajo que realiza la Enfermería en su ámbito de actuación y siguiendo la línea satisfactoria de los talleres iniciados en las 5ª Jornadas, se organizaron paralelamente 4 Talleres de Enfermería que sirvieron de motivación para que la participación fuera más numerosa, en cuanto a los profesionales que quisieron confeccionarlos y dárnoslos a conocer. Cumpliendo los requisitos científicos, fueron, además: divertidos, creativos, participativos, actuales, y con los siguientes lemas:

**Coordina: Mercedes Albaladejo Tello.**

### TALLER: BIOSEGURIDAD.

**Responsable:** D. Norberto Martínez Soler. Enfermero de Medicina Preventiva del H.G.U.A.

En este taller se desarrollaron las siguientes actividades:

- Dar a conocer el material de Bioseguridad en los procedimientos de Enfermería
- Demostrar el funcionamiento de los distintos materiales de bioseguridad



### TALLER: ENDOSCOPIAS: "La Enfermera en endoscopias".

**Responsable:** Dña. Luisa Baño Guedea. Supervisora del Servicio de Digestivo/U. Sangrantes del H.G.U.A.

Taller interactivo en el que se dió a conocer los distintos procedimientos en endoscopia digestiva y los cuidados que requieren.



En este taller se desarrollaron las siguientes actividades:

- Charla sobre el Servicio de Endoscopias
- Charla sobre la Gastrostomía Endoscópica Percutánea



### **TALLER: ALERGIA. ¿Qué sabes sobre alergias?. Pilar Plana Serra**

**Responsable:** Dña. Pilar Plana Serra. Supervisora de Consultas Externas del H.G.U.A.

Prevención, diagnóstico, tratamiento y manejo de las alergias desde la experiencia del equipo de alergología del H.G.U.A.

En este taller se desarrollaron las siguientes actividades:

- Dar a conocer la alergia a la enfermería
- Enseñar las distintas técnicas diagnósticas
- Mostrar los cuidados al paciente alérgico (atópico)
- Reforzar conocimientos en tratamiento de anafilaxia y alergia al látex



### **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.*

## **COMITÉ CIENTÍFICO**

### **PRESIDENTA**

D<sup>a</sup>. Mercedes Albaladejo Tello

### **VOCALES**

Dña. Nieves Izquierdo García	Dña. Inés González Sánchez
Dña. Pilar Toboso González	Dña. Lorena Jiménez Ballester
M <sup>a</sup> José Muñoz Reig	Dña. Emilia Bielsa Juliá
Dña. Asunción Sempere Quesada	Dña. Mar Torres Marín
Dña. Josefa Martínez Gil de Arana	Dña. Rosa Serrano Borrell
Dña. Mercedes Segura Cuenca	Dña. Bienvenida Pérez Vázquez
Dña. Rosa Herrero Mataix	Dña. Alicia Muñoz Moll
Dña. Pilar Pérez Alcántara	D. Francisco Ballesta López

## **COMITÉ ORGANIZADOR**

### **PRESIDENTE**

D. Ginés A. Rodríguez Aguilar

### **VOCALES**

Dña. Ana I. Mira Abad	Dña. Asunción Pérez Andreu
Dña. Mónica Fernández Nadal	D. Pedro Hernández Bermúdez
D. Pedro Muñoz Puller	D. José Borrell Climent
D. Francisco Blanes Compañ	D. Fidel Climent Aragó
Dña. M <sup>a</sup> Dolores Martín García	Dña. Teresa Clemente Mañez
D. Héctor Terol Royo	Dña. Manuela Domingo Pozo
Dña. Catalina Pardo López	D. Javier Gómez Robles
Dña. M <sup>a</sup> Victoria Burguera Anguiano	Dña. María Torres Figueiras
D. Francisco Pérez Useros	Dña. María González Cerro
Dña. Encarnación Farach Montero	Dña. Josefina Soriano García
Dña. Rosa M <sup>a</sup> Gómez García	Dña. Isabel Chaves Muñoz-Alcón
Dña. Francisca Milán Navarro	

### **SECRETARIAS**

Dña. M<sup>a</sup> Dolores Más Planelles

Dña. Fernanda Fernández Gil

Dña. M<sup>a</sup> José Jaén Garrido

## **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. Algunas revistas especializadas de Enfermería reseñaron la celebración de estas Jornadas en sus páginas.

## INSCRIPCIONES

En la 9ª edición el número de inscripciones fue de 1.300, superando ampliamente el número de ediciones anteriores. 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 IX Jornadas.



## VALORACION ENCUESTAS

Nº Encuestas contestadas: 391

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.

Para esta edición el 84 % de los asistentes procedían de Hospitales de toda la provincia, el 8 % fueron alumnos de ciencias de la salud, y un 3 % procedían de Centros de Salud.

Un 33 % de los encuestados valoró la divulgación de las Jornadas como muy buena, frente a un 13 % que lo hizo como mala.

El esfuerzo realizado por la organización ha sido gratamente valorado con un 46 % manifestó ser muy buena.

Tan sólo un 2 % consideró la calidad global de la formación recibida como mala frente a un 47 % que lo consideró buena.

El interés por asistir a las Jornadas ha sido el de ampliar conocimientos en un 61 %, dato interesante ya que en ediciones anteriores este ítem no había sido valorado tan altamente.

El 43 % de los encuestados ha presentado algún trabajo, de los cuales un 5'3 % solicitó asesoramiento, siendo las áreas de Docencia e Investigación los lugares a los cuales han acudido para ello.

En el apartado de posters, sólo un 2 % los han considerado de mala calidad frente al 33 % que los consideró como buena en cuanto a calidad científica aplicabilidad o un 27 % que consideró muy buena la presentación.

Los talleres con un total de 1.000 asistentes en las distintas sesiones y horarios, quedaron repartidos en:

Taller de Alergia:	413
Taller de Endoscopias:	244
Taller de Bioseguridad:	343

Considerados todos ellos como muy útiles e interesantes.

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:

- Educación Sexual
- Bulimia y Anorexia
- Clonación
- Tatuajes
- Habilidades de Comunicación
- Esclerosis
- Geriatría
- Educación Diabetológica, etc

#### **DOCUMENTACION 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

#### **DOCUMENTACION MODERADORES**

- Documentación Asistentes
- Certificado de Moderadores
- Gastos de viaje y alojamiento
- Cámara de Fotos ó Reloj ó Brújula

#### **DOCUMENTACION PONENTES**

- Documentación Asistentes
- Certificado de Ponentes
- Gastos de viaje y alojamiento
- Gastos dietas
- Reloj

#### **DOCUMENTACION EQUIPO ORGANIZATIVO**

- Documentación Asistentes
- Certificado de Comités
- Cámara de Fotos
- Obsequios Casas Comerciales

## **RELACION 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 y Centro de Especialidades Babel

## **RELACION DE CASAS COMERCIALES COLABORADORAS**

- 3M España, S.A.
- ABBOTT LABORATORIES, S.A.
- ABBOTT NUTRICION
- ALDIMESA
- ANALIZER, S.A.
- ASEVAL
- B.BRAUN O.P.M.
- B.BRAUN. Productos Farmaceuticos
- B.BRAUN. Surgical
- BANCAJA
- BECTON DICKINSON
- CENTRO ORTOPEDICO MARVA
- COBE CARDIO-VASCULAR
- COLOPLAST
- CONVATEC, S.A.
- COORDINACION DE TRASPLANTES DEL HGUA
- EL CORTE INGLÉS. DIVISIÓN COMERCIAL
- ELITE BAGS, S.L.
- FUNDACION VICENTE FERRER
- HOTEL ABBA ALICANTE
- INDAS
- INDUSTRIAS HIDRAULICAS PARDO, S.A.
- JOHNSON & BABY
- JOHNSON & JOHNSON
- JOYERIA PEDRO BARBERA
- LABORATORIOS BAMA-GEVE,S.A.
- LABORATORIOS FARMACEUTICOS ROVI, SL
- LABORATORIOS LAUCLAR
- LABORATORIOS UNITEX-HARTMANN, S.A.
- LABORATORIOS VYGON
- LORCA MARÍN
- M.B.A.
- MCGRAW-HILL
- MEDILEVEL
- MENARINI
- MÖLNLYCKE HEALTH CARE

- NOVARTIS ABA
- NOVARTIS NUTRICION
- NUTRICIA
- ORTOPEDIA AMERICANA
- ORTOPEDIA O`DONNELL
- PODOLAB
- PRIM, S.A.
- PULEVA
- REVISTA “METAS DE ENFERMERÍA”
- REVISTA ROL
- REVISTA TU BEBE
- ROCHE DIAGNOSTICS
- SMITH + NEPHEW, S.A.
- TECNOVA
- TYCO CRITICAL CARE / TYCO HOSPITAL CARE / TYCO-AUTOSUTU-RE ESPAÑA



### ACTOS SOCIALES

El Acto Inaugural lo presidió el Ilmo. Sr. D. José Cano Pascual, Director General de Recursos Humanos, a quién acompañaban el Director del Hospital General Universitario de Alicante, Dr. D. Rafael Díaz Bonmatí, y el Director de Enfermería y Presidente de las Jornadas, D. Miguel Angel Fernández Molina.



A continuación se procedió a la Conferencia Inaugural a cargo de D. Luis Galindo Olivera, y con el título: “La comunicación en la actuación profesional”.

La Mesa de Clausura estuvo compuesta por el Ilmo. Sr. D. José Cano Pascual -Director General de Recursos Humanos-, 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, Ilmo. Sr. D. Luis Cibanal Juan –Director del Departamento de Enfermería de la Universidad de Alicante, D. Miguel Ángel Fernández Molina –Director de Enfermería del H.G.U.A. y Presidente de estas IX Jornadas de Enfermería-, D. Ginés A. Rodríguez Aguilar –Subdirector de Enfermería del H.G.U.A. y Presidente del Comité Organizador de las IX Jornadas de Enfermería-, y Dña. Mercedes Albaladejo Tello –Adjunta de Enfermería del H.G.U.A. y Presidenta del Comité Científico de las IX 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  
**"IMPLANTACION DE PLANES DE CUIDADOS  
ESTANDARIZADOS EN EL HOSPITAL GENERAL  
UNIVERSITARIO DE ALICANTE"**



2º PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN  
**; NO ME HAGA DAÑO, POR FAVOR!**

3er. PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN  
**"VULNERABILIDAD DE LOS PACIENTES MAYORES DE 64 AÑOS A  
TRAVÉS DE UNA VALORACIÓN MULTIDIMENSIONAL"**

4º PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN  
**"PERCEPCION, CALIDAD DE VIDA Y PERSONAS MAYORES"**

1º PREMIO AL MEJOR CARTEL CIENTIFICO  
**"PROCEDIMIENTO ENFERMERO EN LA PIELOGRAFIA DESCENCEN-  
TE POR NEFROSTOMIA PERCUTANEA"**

2º PREMIO AL MEJOR CARTEL CIENTIFICO  
**"ATLAS GRAFICO DE LA MALA PRAXIS EN LA PREVENCION Y TRA-  
TAMIENTO DE LAS ULCERAS POR PRESION"**

PREMIO POR VOTACION POPULAR:  
**NO ME LLAMES NIÑO DE LA CALLE**

*Una vez entregados los premios se dieron por clausuradas  
las IX Jornadas de Enfermería.*

**EL PRESIDENTE DE LAS JORNADAS**  
*Miguel Ángel Fernández Molina*  
**DIRECTOR DE ENFERMERIA DEL H.G.U.A.**

